

(Über)leben in der Krise

Medizinische Hilfe zwischen Anspruch und Wirklichkeit

Dokumentation des VI. Kongresses Theorie und Praxis der humanitären Hilfe

29. und 30. Oktober 2004
Kaiserin-Friedrich-Haus, Berlin



*Mit freundlicher Unterstützung der Wali-Nawaz-Stiftung, der Hans-Neuffer-Stiftung,
der Deutschen Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ) GmbH,
des Vereins zur Errichtung evangelischer Krankenhäuser (VzE) e.V. und von Herrn
Oliver Dodt*

Inhaltsverzeichnis

Grußwort: Christa Nickels, Vorsitzende des Ausschusses für Menschenrechte und Humanitäre Hilfe, Deutscher Bundestag, Berlin, zur Bedeutung der humanitären Hilfe heute	5
1. Einführung in die Thematik	7
Dr. Mit Philips, Vorstandsmitglied Médecins Sans Frontières (MSF), Brüssel	7
Dr. Assia Brandrup-Lukanow, Leiterin Abteilung für Gesundheit, Bildung und Soziale Sicherheit, Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ) GmbH, Eschborn	7
Diskussion moderiert von Dr. Carsten Mantel, Leiter des Master-Studiengangs International Health, Tropeninstitut Berlin	8
2. Fallbeispiel: Wiederaufbau des Gesundheitswesens in Afghanistan	11
Dr. Egbert Sondorp, Senior Lecturer Public Health and Humanitarian Aid, London School of Hygiene & Tropical Medicine (LSHTM), London	11
Dr. Peter Schmitz, Leitender Arzt Malteser Auslandsdienst, Köln Wiederaufbau der Gesundheitsversorgung in einer Provinz in West Afghanistan – Erfahrungen der Malteser	11
Eileen Daly, Health Coordinator Afghanistan, Internationales Komitee des Roten Kreuzes (IKRK), Kabul	12
Dr. Laurence Laumonier-Ickx, Principal Program Associate, Management Sciences for Health (MSH), Kabul	12
Dr. Guy Caussé, Head of Mission Ärzte der Welt (MDM), Kabul	12
Diskussion moderiert von Dr. Egbert Sondorp, Senior Lecturer Public Health and Humanitarian Aid, London School of Hygiene & Tropical Medicine (LSHTM), London	13
3. Kostendeckung und Behandlungsgebühren: Hilfe oder Hindernis für eine effiziente medizinische Versorgung?	16
Dr. Mit Philips, Vorstandsmitglied Médecins Sans Frontières (MSF), Brüssel Ausgrenzung aus der unerlässlichen Gesundheitsvorsorge im ländlichen Burundi	16
Dr. Egbert Sondorp, Senior Lecturer Public Health and Humanitarian Aid, London School of Hygiene & Tropical Medicine (LSHTM), London Jemand muss zahlen	17
Dr. Friedrich von Massow, Fachberater für Pharmazie, Institute for Life Sciences and Environment (I-LSE) GmbH, Heidelberg Arzneimittel – Marktbestimmte Kosten bei der Behandlung	18
Dr. Joachim Schüürmann, KfW (Kreditanstalt für den Wiederaufbau) Bankengruppe, Frankfurt/Main Kostendeckung und Behandlungsgebühren: Hilfe oder Hindernis für eine effiziente medizinische Versorgung?	18

4. Wenn humanitäre Hilfe politischen Zielen untergeordnet wird	21
Stéphane Sisco, Leiter Crises Analysis Group, Médecins du monde (MDM), Paris Humanitäre Hilfe im breiten politischen Kontext	21
Emmanuel Tronc, Policy & Advocacy Coordinator, Médecins Sans Frontières (MSF), Genf	22
Dr. Michael Schloms, Forscher, German Institute for Development Policy (DIE), Bonn Das Dilemma Humanitärer Hilfe in Nordkorea	23
Diskussion moderiert von Michael Franzke, ehemaliger Afrika-Korrespondent der ARD, Köln	25
5. Nachhaltigkeit: Voraussetzung für HIV/Aids-Behandlung in Ländern mit hoher Prävalenz?	28
Dr. Daniel Tarantola, Instructor Department of Population and International Health, Harvard School of Public Health (HSPH), Boston Sustainable Access to HIV/AIDS – Care and Treatment	28
Dr. Gilles Raguin, Leiter der internationalen Programme, Médecins du Monde (MDM), Paris Ist Nachhaltigkeit eine Voraussetzung?	29
Dr. Sybille Rehmet, Senior Advisor, Disease Control/ART/Epidemiology, Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ) GmbH, Berlin Muss Nachhaltigkeit als Voraussetzung für die Einführung von ART gefordert werden?	29
Dr. Tido von Schön-Angerer, Leiter Programmabteilung Médecins Sans Frontières (MSF), Berlin	31
Diskussion moderiert von Katja Roll, Pressesprecherin Aktionsbündnis gegen Aids, Tübingen	32
6. Herausforderungen bei der Ausweitung der HIV/Aids-Behandlung	34
Dieter Wenderlein, Leiter der Abteilung „Eine-Welt-Arbeit“, Gemeinschaft Sant'Egidio, Würzburg Aids-Therapie in Mosambik - Erfahrungen aus dem DREAM-Programm der Gemeinschaft Sant'Egidio	34
Dr. Gilles Raguin, Leiter der internationalen Programme, Médecins du Monde (MDM), Paris Challenges for scaling up ARVs	35
Dr. Heiko Karcher, PMTCT Co-ordinator Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ) GmbH, Berlin Implementing and scaling up PMTCT Plus Programmes-Experience from East Africa	36
Ricardo Kuchenbecker, Koordinator des Ntwanano Projekts – Zusammenarbeit zwischen Brasilien und Mosambik in HIV/Aids, Porto Alegre The Challenges for Scaling Up Treatment: The Brazilian Experience	38
Diskussion moderiert von Tobias Luppe, Kampagne für den Zugang zu unentbehrlichen Medikamenten, Ärzte ohne Grenzen (MSF), Berlin	39
7. Schwierigkeiten bei der Einführung moderner Malaria-Behandlung und Diagnose	42
Dr. Carsten Mantel, Leiter des Master-Studiengangs International Health, Tropeninstitut Berlin	42

Dr Alan Schapira, Koordinator Strategy and Policy Team, Roll Back Malaria Department, Weltgesundheitsorganisation (WHO), Genf	The 42
Dr. Frank Mockenhaupt, Tropeninstitut, Berlin	Malaria: Treatment, Drug Resistance, Options
Dr. Kai Braker, Medizinischer Berater, Médecins Sans Frontières (MSF), Berlin	47
Diskussion moderiert von Dr. Carsten Mantel, Leiter Master-Studiengang International Health, Tropeninstitut Berlin	48
8. Herausforderungen bei der Therapie vernachlässigter Krankheiten: Forschungslücken und mangelnde Behandlungsprogramme	50
Dr. August Stich, Chefarzt Missionsärztliches Institut, Würzburg	Tropenmedizinische Medikamente, speziell der Schlafkrankheit
	50
Dr. Ole Wichmann, Tropeninstitut Berlin	Dengue: Epidemiologie, Management und Prävention ei
Dr. Christian Wagner, BUKO Pharma-Kampagne, Bielefeld	Arzneimittelversorgung bei Vernachlä
Dr. Jean-René Kiechel, Projektmanager Drugs for Neglected Diseases Initiative (DNDi), Genf	Überwindung der Krise in Arzneimittelforschung für vernachlässigte Krankheiten
	53
Diskussion moderiert von Prof. Dr. Ulrich Bienzle, Direktor Tropeninstitut Berlin	54
9. Darfur: Analyse der Krise im Westsudan	56
Dr. Ulrike von Pilar, Geschäftsführerin Médecins Sans Frontières (MSF), Berlin	56
Matthias Meyer, Referatsleiter, Referat Mittlerer Osten, Maghreb und Sudan, Auswärtiges Amt, Berlin	56
Dr. Hans-Joachim Preuß, Generalsekretär Deutsche Welthungerhilfe, Bonn	57
Diskussion moderiert von Michael Franzke, ehemaliger Afrika-Korrespondent der ARD, Köln	59
Anlage: Programm der Veranstaltung	61

Grußwort: Christa Nickels, Vorsitzende des Ausschusses für Menschenrechte und Humanitäre Hilfe, Deutscher Bundestag, Berlin, zur Bedeutung der humanitären Hilfe heute

Frau Nickels berichtet, dass heute schätzungsweise 45 Millionen Menschen unter Kriegen, Konflikten und Naturkatastrophen leiden.

Die Situation im Sudan zeige den weltweit fortbestehenden Bedarf an Entwicklungshilfe. Humanitäre Hilfe kann jedoch weder im Sudan noch anderswo politische Konfliktlösungen ersetzen. Die humanitäre Krise in Darfur zeigt, dass gewalttätige Konflikte noch frühzeitiger erkannt und auf internationaler Ebene durchsetzbare politische Lösungen gefunden werden müssen.

In der Wahrnehmung von Weltöffentlichkeit und Medien spielen nur einige wenige aktuelle Krisen und Konfliktherde eine Rolle.

Die reichen Nationen dieser Welt haben die ethische Pflicht, Menschen in Not zu helfen. Diese Hilfe geschieht zugleich im eigenen Interesse, denn menschenunwürdige Lebensbedingungen tragen zur Destabilisierung ganzer Regionen bei und bergen ein regionales und internationales Sicherheitsrisiko.

Maßnahmen und Mittel der Bundesregierung:

Christa Nickel weist auf die finanzielle Unterstützung der Bundesregierung hin: „Im Jahr 2003 hat die Bundesregierung 71,5 Millionen Euro für humanitäre Hilfe zur Verfügung gestellt, davon 16,1 Mio. Euro für Projekte des humanitären Minenräumens. Schwerpunktländer waren Maßnahmen und Mittel der Bundesregierung im Irak, Liberia, die Demokratische Volksrepublik Kongo, Afghanistan und der Nordkaukasus.“ Sie betont außerdem die Bedeutung des Engagements der NGO's und kirchlicher Organisationen.

Weitere Fakten:

- Seit 1994 existiert der Koordinierungsausschuss für Humanitäre Hilfe, der die wesentlichen Akteure der humanitären Hilfe in Deutschland in einem Dialogforum zusammenführt.
- 1998 wurde die Stelle eines/r Beauftragten für Menschenrechte und humanitäre Hilfe eingerichtet mit dem Ziel, durch den Dialog mit Regierungen und Hilfsorganisationen Betroffenen schnell und effektiv zu helfen und die Katastrophenvorsorge zu verbessern.
- Mit der Einführung der „entwicklungsorientierten Not- und Übergangshilfe“ wurde ein Bindeglied zwischen humanitärer Hilfe und Entwicklungszusammenarbeit geschaffen, in dem jenseits der reinen Überlebenshilfe rasch mit kleinen zukunftsorientierten Projekten begonnen wird, die in längerfristige Maßnahmen übergehen sollen.
- Die Bundesregierung arbeitet mit Gremien der internationalen humanitären Hilfe wie UN, ECOSOC, ICRC, UNHCR, WEP und ECHO zusammen.
- 2001 wurde die Einrichtung eines globalen Fonds zur Bekämpfung von AIDS, Malaria und Tuberkulose (Global Fund to Fight AIDS, Tuberkulose and Malaria, GFATM) in New York beschlossen.

Probleme:

Die humanitäre Hilfe hat immer mehr mit unklaren Fronten in gewaltsamen Konflikten zu tun (Warlords, lokale militärische Kräfte, Rebellengruppen, internationale Streitkräfte).

Das Entscheidungsdilemma zwischen Präsenz vor Ort und Verlust der Neutralität hat Konsequenzen:“ Wenn humanitäre Helfer nicht mehr als unabhängig und unparteilich wahrgenommen werden, können sie selbst zu Zielscheiben der Konfliktparteien werden. In Fällen, in denen die Streitkräfte gleichzeitig Konfliktpartei sind, bringt die Verbindung von Militär und humanitärer Hilfe oftmals nicht ein Mehr an Sicherheit für die Helfer mit sich, sondern kann im Gegenteil die Risiken erhöhen“. Christa Nickels betont noch einmal die Notwendigkeit der Neutralität von humanitärer Hilfe um das Ziel „Hilfe für den Menschen“ erreichen zu können. Hilfsorganisationen sollten zu Recht deswegen für eine klare Trennung zwischen beiden Bereichen plädieren.

Aktionsplan Krisenprävention:

Christa Nickels führt aus, dass eine erfolgreiche Krisen- und Konfliktprävention die Notwendigkeit der humanitären Hilfe verringert. Im Rahmen des Gesamtkonzepts der Bundesregierung zur zivilen Krisenprävention aus dem Jahr 2000 und dem daraus entwickelten Aktionsplan der Bundesregierung vom Mai 2004 „Zivile Krisenprävention, Konfliktlösung und Friedenskonsolidierung“ bilden der Zivile Friedensdienst (ZFD) und das Zentrum für Internationale Friedenseinsätze (ZIF) wichtige Instrumente zur Operationalisierung, so Frau Nickels.

1. Einführung in die Thematik

Dr. Mit Philips, Vorstandsmitglied Médecins Sans Frontières (MSF), Brüssel

Frau Philips definiert „Humanitäre Hilfe“:

- die Bereitstellung unabhängiger und unvoreingenommener Hilfe
- die Verteidigung, Bewahrung internationaler humanitärer Grundrechte

Ziel ist es dabei:

- den Schaden/das Unglück zu reduzieren, welches durch Kriege/Konflikte entsteht
- die Bedürfnisse der Menschen zu decken, die Sterblichkeit und das Leiden zu verringern, wie z.B. in Burundi
- sich zu orientieren an den Konsequenzen einer Krise, weniger an den Ursachen.

Sie geht dann mit dem Fallbeispiel Afghanistan auf die „post conflict situation“ (= Situation nach einem Krieg, Konflikt oder einer Krise in einem Land) ein. Dort gibt es z.B. das Problem für humanitäre Organisationen sich an die staatlichen Dienste anzupassen, sich einzugliedern und mit Entwicklungshilfeorganisationen zusammenzuarbeiten.

Weitere Schwierigkeiten sind die immer kleineren Handlungsspielräume in Krisengebieten.

Dr. Mit Philips führt 3 Hauptprobleme in „post conflict situations“ an:

- 1) humanitäre Bedürfnisse stehen hinter politischen Zielen an zweiter Stelle (Bsp. Burundi, Angola)
- 2) die politischen Akteure benutzen humanitäres Image für sich (d.h. das Militär übernimmt humanitäre Aufgaben, Folge ist die Bevölkerung kann die einzelnen Gruppen nicht mehr unterscheiden – Bsp. Afghanistan, Irak)
- 3) Probleme wegen des ethnischen Imperativs (d.h. aus der der Sicht der humanitären Hilfe, hat jeder Mensch das Recht auf die Linderung seines Leidens, aus einer anderen Perspektive gesehen ist Gesundheitsversorgung ein erster Schritt um z.B. ein politisches System aufzubauen. Der humanitären Hilfe geht es nur um den Menschen, während eine utilitaristische Sichtweise die Gesundheit von Menschen „benützt“ um etwas anderes zu erreichen.

Frau Philips erklärt, dass das Beispiel Afghanistan zeige, wie das Militär zunehmend humanitäre Aufgaben übernimmt. Dies führt zu Konfusion in der Bevölkerung und macht die Arbeit humanitärer Organisationen schwieriger und gefährlicher. Dr. Mit Philips fordert die Unabhängigkeit und betont den Wert der humanitären Hilfe, der für sich alleine steht. Sie fordert eine bessere Zusammenarbeit zwischen humanitären und politischen Organen (wie z.B. bei Aids). Als Voraussetzung dazu, sieht sie den Willen zum Verständnis der jeweils anderen Position und den gegenseitigen Respekt.

Dr. Assia Brandrup-Lukanow, Leiterin Abteilung für Gesundheit, Bildung und Soziale Sicherheit, Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ) GmbH, Eschborn

Frau Dr. Brandrup-Lukanow zeigt die sich ergebenden Schwierigkeiten für Menschen vor in und nach Konfliktfällen auf und erklärt wie die GTZ als Entwicklungshilfeorganisation, und weniger als humanitäre Organisation versucht Hilfe zu leisten. Dazu baut die GTZ ihre Entwicklungshilfe ähnlich wie in der Medizin auf und zwar in die Abschnitte Prävention, Intervention und Rehabilitation.

In Krisengebieten werden diese drei Punkte vor allem über eine Förderung der strukturellen Stabilität angestrebt (politisch, Gesetze, sozialer Frieden, Menschenrechte, Bildung, Ausbildung).

Unter **Prävention** versteht die GTZ

- Förderung einer guten Regierungsweise
- Förderung von Wirtschaftswachstum
- Bildung
- Jugendarbeit
- Förderung der Gleichberechtigung

Intervention bedeutet:

- humanitäre Hilfe, orientiert an der Entwicklung der Gesellschaft (Beziehung zur Zivilgesellschaft)
- Bereitstellung von Services (Gesundheit, Bildung), die auch in Zukunft genutzt werden können
- Prävention von Gewalt, Förderung der Gesundheit

Rehabilitation meint:

- von der humanitären Hilfe zur Kooperation der Entwicklungshilfe
- Förderung der Infrastruktur (Straßenbau ect.)
- die Versorgung mit Lebensmitteln sicherstellen
- Aufbau eines Gesundheitssystems
- Enttraumatisierung von Menschen
- die Rolle der Frau stärken
- Arbeit mit Kindersoldaten
- Jugendarbeit

Diskussion moderiert von Dr. Carsten Mantel, Leiter des Master-Studiengangs International Health, Tropeninstitut Berlin

Frage 1: Ist es notwendig, dass die humanitäre Hilfe langfristig tätig wird, also auch länger nach Konflikten in den Ländern verbleibt?

Frage 2: Beinhalten die Prinzipien der humanitären Hilfe den Ansatz einer längerfristigen Assistenz und falls nicht, sollten diese angepasst werden?

Dr. Mit Philips: Die/der Spender entscheide(t)n meist wie eine humanitäre Organisation tätig wird, in welchen Feldern und wie lange. So ist es oft die Entscheidung des Geldgebers die entscheidend ist was für Konsequenz hat, dass der Handlungsspielraum der humanitären Hilfe ist zu gering. Deshalb sollten humanitäre Organisationen möglich privat finanziert werden, um unabhängige Entscheidungen treffen können.

Dr. Brandrup-Lukanow: Konfliktprävention darf nicht zurückstehen. Dafür muss die jeweilige Situation lang bevor ein Konflikt entstehen kann genau betrachtet werden. Dies muss weiterentwickelt werden.

Dr. Mit Philips: Politische Aktivität ist wichtig, humanitäre Hilfe kann dies nicht ersetzen. Aber es kann auch nicht sein, dass humanitäre Hilfe ein Instrument der Politik ist.

Dr. Carsten Mantel: Sind wir uns über das humanitäre Mandat klar. Was können wir tun damit der humanitäre Auftrag klar wird.

Dr. Brandrup-Lukanow: Das Mandat ist nicht eindeutig – es gibt verschiedene kulturelle Hintergründe der Mitarbeiter der NGOs die dazu führen sich mit einer bestimmten Politik zu identifizieren und auch zu vertreten. So kann es dazu kommen, dass humanitäre Organisationen als Feinde betrachtet werden.

Friedrich von Massow (Publikum): Die Aufspaltung in einzelne Organisationen und Aufgaben ist dem humanitären Gedanken schädlich – praktisch orientiert soll die humanitäre Hilfe eine ganzheitliche Sichtweise annehmen.

Dr. Brandrup-Lukanow: Humanitäre Hilfe ist einerseits politisch und ganzheitlich, aber es ist auch notwendig Aufgaben zu teilen um erfolgreich zu sein. Es muss auch immer klar sein wer macht was, Aufteilung ist wichtig.

Dr. Mit Philips: Aufteilung der Arbeit ist genauso notwendig wie die ganzheitliche Sicht

Publikum: Humanitäre Hilfe geht zusammen mit Entwicklungshilfe, dem Aufbau einer Gesellschaft, dem politischen Neuanfang – es ist das Ziel die einzelnen Aufgaben zu verknüpfen. Humanitäre Hilfe und Entwicklungshilfe sollen stärker verbunden werden.

Publikum: Es stellt sich die Frage, ob die humanitären Organisationen sich nicht selbst überschätzen, da z.B. der Aufbau eines funktionierenden Gesundheitssystems Aufgabe der Regierung sein sollte und nicht der humanitären Organisationen.

Publikum: Oftmals gibt es keine Absicht der humanitären Organisationen, sich an das örtliche System anzupassen in welchem erste Hilfe geleistet wurde. Dies führt dann dazu, dass örtliche Politiker sagen: „Das Problem sind die humanitären Organisationen“.

Dr. Mit Philips: Meist macht es Sinn, das örtliche System zu unterstützen, doch manchmal ist es völlig unsinnig – Ziel ist es, die Sterblichkeit zu senken. Ist dies mit einem örtlichen System nicht möglich, ist es notwendig eine eigene parallele Lösung zu finden. Jedes mal muss explizit die spezielle Situation betrachtet werden um dann zu entscheiden, ob man mit dem örtlichen System zusammenarbeiten kann (z.B. in Mozambique funktioniert es im Falle von Aids mit der Regierung zusammenzuarbeiten). Und manchmal ist es nötig ein eigenständiges System abseits von der Politik zu schaffen, weil es nicht möglich ist mit örtlichen Gegebenheiten zurechtzukommen.

Dr. Mantel beendet die Diskussion und weist darauf hin, dass Themen wie Kostendeckung der medizinischen Versorgung oder Aids am folgenden Tag wieder aufgegriffen werden.

2. Fallbeispiel: Wiederaufbau des Gesundheitswesens in Afghanistan

Dr. Egbert Sondorp, Senior Lecturer Public Health and Humanitarian Aid, London School of Hygiene & Tropical Medicine (LSHTM), London

Herr Dr. Sondorp gibt einen kleinen geschichtlichen Abriss des Gesundheitswesens in Afghanistan, von den Mujahideen über die Taliban bis zum jetzigen Zeitpunkt der Regierung Karsai. Beim Aufbau des Gesundheitssystems wird im Moment das System des BPHS (Basic Package of Health Service to all Afghans) eingeführt. NGO's können sich darum bewerben, das BPHS in einem Gebiet zur Bevölkerung zu bringen. Dabei seien sie weitgehend frei in ihren Entscheidungen, berichteten die Teilnehmer bei dem Berliner Kongress. Dreieinhalb Dollar pro Kopf der Bevölkerung erhalten sie dafür von der Weltbank. Fünf Dollar deckten den Bedarf eher, berichteten die Helfer aus der Praxis.

Dieses Basic Package of Health Services (BPHS) enthält sieben Versorgungsschwerpunkte. Diese Anstrengungen sollen die erschreckend hohe Kindersterblichkeit von 165 toten Kindern auf 1000 Geburten und die Sterblichkeit von Müttern bei der Geburt (1700/100 000) verringern. Impfungen sind ebenso Teil des Programms wie die Verbesserung der Ernährungssituation, der Kampf gegen Infektionskrankheiten, die Versorgung geistig und körperlich beeinträchtigter Menschen sowie die Ausstattung der Gesundheitsposten und Krankenhäuser mit Medikamenten.

Weite Teile des Landes erreicht das Programm nicht, vornehmlich die abgelegenen Rückzugsgebiete der Taliban und Regionen, in denen Drogenbarone die Anwesenheit ausländischer Helfer und Soldaten nicht gerne sehen.

Dr. Peter Schmitz, Leitender Arzt Malteser Auslandsdienst, Köln Wiederaufbau der Gesundheitsversorgung in einer Provinz in West Afghanistan – Erfahrungen der Malteser

Herr Dr. Schmitz stellt die Erfahrungen des Malteser Hilfsdienstes beim Wiederaufbau der Gesundheitsversorgung in einer Provinz in West-Afghanistan vor (Badghis). Nach der Beschreibung der schwierigen momentanen Arbeitssituation in Afghanistan (Nachkriegszeit, zerstörte Infrastruktur, politische Instabilität...) geht Herr Dr. Schmitz auf die Tätigkeiten des Malteser Hilfsdienstes ein (Aufbau einer Schule, Mithilfe beim Bau von Krankenhäusern, Ausbau des BPHS Systems).

Laut dem Malteser Hilfsdienst erfolgte die Einführung des neuen Gesundheitssystems in Afghanistan zu schnell, lokale Verantwortliche wurden nicht eingebunden und deren Gefühl der Mitverantwortung wurde bis jetzt teilweise nicht erreicht. Örtliche Gegebenheiten wurden auf ihre Tauglichkeit für das Gesundheitssystem nicht geprüft und angepasst, der Betrag von 3,5 \$ pro Person ist zu niedrig, 5 \$ wären angemessener. NGO's können damit nur zweifelhafte Unterstützung leisten. Sehr besorgt äußert sich Dr. Schmitz auch über die Qualität

der Medikamente, die verbessert werden müsse. In Verhandlungen mit dem Ministerium für Gesundheit will der Malteser Hilfsdienst versuchen diese einzelnen Punkte zu verbessern.

Eileen Daly, Health Coordinator Afghanistan, Internationales Komitee des Roten Kreuzes (IKRK), Kabul

Zuerst gibt Eileen Daly einen Überblick über die Rolle des IKRK in Afghanistan (1988- heute) während der unterschiedlichen Machthaber. Ziel von IKRK ist es, den Aufbau von Krankenhäuser im städtischen und ländlichen Raum zu unterstützen und einen Notfalldienst zu installieren, sowie die Grundversorgung der Gesundheit sicherzustellen. Probleme, die jetzt auftreten und die Verwirklichung beeinträchtigen sind das Auslaufen der Programme der Weltbank, UN, der Europäischen Union (EU), der Koalitionskräfte sowie von Unicef. Nur das Programm von USAID läuft weiter.

Die Tätigkeiten von IKRK in Afghanistan beschränkt sich nun auf den Aufbau von Krankenhäusern mit Hilfe von USAID und den Aufbau von einem gesundheitlichen Notfalldienst („Emergency Response“). Die großen Herausforderungen für IKRK sind, die Unabhängigkeit zu bewahren und trotzdem mit den Gesundheitsbehörden zusammenzuarbeiten und sich an örtliche politische Gegebenheiten anzupassen. Schwierigkeiten gibt es durch die politisch instabile Lage, die ungleiche regionale Gesundheitsversorgung, gerade auch bei der Verteilung des BHPs, die auslaufenden Hilfsprogramme, das wenig ausgebildete Personal.

Dr. Laurence Laumonier-Ickx, Principal Program Associate, Management Sciences for Health (MSH), Kabul

Dr. Laurence Laumonier-Icks berichtet von der Arbeit des MSH in Afghanistan – die gesundheitliche Situation hat sich bis heute nicht wesentlich geändert (Kindersterblichkeit etc.). Anschließend stellt sie das Projekt REACH (Rural Expansion of Afghanistan's Community-based Healthcare) vor, welches MSH in Afghanistan betreibt.

Frau Laurence Laumonier-Icks betont die Wichtigkeit der Zusammenarbeit mit dem Ministerium für Gesundheit für den Aufbau des Gesundheitssystems.

Dr. Guy Caussé, Head of Mission Ärzte der Welt (MDM), Kabul

Dr. Guy Caussé stellt die gegenwärtige Lage des Gesundheitssystems dar. Anschließend bespricht er aktuelle Probleme (hohe Kindersterblichkeit, schlechter Zugang zu ärztlicher Hilfe).

Im Rahmen von „performance based partnership agreements“ machen Geldgeber mit Zustimmung des Gesundheitsministeriums eine Ausschreibung, auf die sich NROs und Privatfirmen bewerben können. Die NRO oder die Privatfirma, die den Auftrag erhält, verpflichtet sich das Basic Package of Health Services (BPHS) einzuhalten und erhält Mittel entsprechend den erbrachten Leistungen. Dieses

Antragssystem ist für drei Jahre aufgelegt worden und internationale sowie afghanische NROs nehmen an dieser Strategie der Regierung für den Aufbau eines Gesundheitssystems unter der federführenden Kontrolle der Weltbank teil.

Nach zwanzig Jahren ohne humanitäre Hilfe in Afghanistan, in der kaum weiblicher Gesundheitspersonal eingestellt bzw. ausgebildet wurde, wird heute die Medizin für Mutter und Kind ins Abseits gedrängt. Außerdem besteht das Risiko, dass die lokalen Gemeinden ausschließlich von ausländischen NROs unterstützt werden, und dass sie nur wenig Möglichkeiten einer Mitwirkung haben. In Ihren Augen zieht sich der Staat aus seiner Gesundheitsverantwortung zurück und das Geld wird über ausländische Akteure verteilt. Weiterhin wird die lokale Bevölkerung feststellen, dass die Weltbank ihre Gesundheit zu Schleuderpreisen verkauft hat. Sie hat die Investitionssumme von 4,5 Dollar pro Einwohner festgelegt, obwohl die Weltgesundheitsorganisation eine Investition von 7,5 Dollar pro Kopf fordert.

Im Sinne von Médecins du Monde, unterliegt Afghanistan internationaler Treuhandschaft und muss sehr schnell seine Würde und Freiheit zurückbekommen. Die gegenwärtige Hilfe ist zugegebenermaßen notwendig. Diese Etappe muss aber staatliche Strukturen aufbauen und stärken, damit der Staat in der Wahrnehmung seiner Bevölkerung Verantwortung tragen kann.

Trotz der gegenwärtigen Notwendigkeit und Eile, den Zugang zur Gesundheitsversorgung für die Bevölkerung im ganzen Land zu ermöglichen, darf nicht aus den Augen verloren werden, dass ein Staat seiner Bevölkerung beweisen muss, dass er souverän, unabhängig und verantwortungsvoll handeln kann. Humanitäres Handeln darf dieser Zielsetzung dienen und soll sie unterstützen und fördern. Unsere Rolle ist nicht die der Substituierung der lokalen Gesundheitsstrukturen, sondern die der Ausbildung und der Übertragung von Verantwortung auf das afghanische Gesundheitspersonal.

„In Afghanistan ist der Aufbau eines kompetenten Staates der einzige Weg zu einer nachhaltigen Entwicklung“ gemäß Dr. Bouhoure.

Diskussion moderiert von Dr. Egbert Sondorp, Senior Lecturer Public Health and Humanitarian Aid, London School of Hygiene & Tropical Medicine (LSHTM), London

Fragen aus dem Publikum:

1. Warum ist der Betrag von 3,5 \$ so niedrig?
2. Wie kommt es dazu, dass sich alle humanitären Organisationen der Regierung, bzw. dem Ministerium für Gesundheit unterzuordnen haben? Warum ist so wenig eigener Handlungsspielraum vorhanden?
3. Gibt es nur internationale NGO's, die am Aufbau des Gesundheitssystems beteiligt sind oder sind auch lokale Organisationen beteiligt?
4. Sind die Menschen in Afghanistan auch bereit, sich selbst zu helfen?

Kurze Antworten zu den Fragen durch Dr. Egbert Sondorp:

Zur Frage 1: Durchschnitt ist 4,82 \$. Das ist ein Startpunkt und muss gesteigert werden.

Zur Frage 3: Ja es gibt viele lokale NGO's, sie spielen eine wichtige Rolle (11 internationale + 13 afghanische NGO's).

Zur Frage 2: Regierung und NGO's sollten sich zusammensetzen und eine Lösung finden. Beide Seiten können voneinander profitieren.

Dr. Laurence Laumonier-Icks: Geldgeber müssen beachtet werden, schon jetzt ist es jedoch ein kleiner Erfolg, dass NGO's in die Entwicklung des Gesundheitssystems eingebunden sind. Es ist wichtig ein starkes Ministerium für Gesundheit zu fördern, denn irgendwann müssen sie selbstständig arbeiten können. Frau Laumonier-Icks ist der Ansicht, dass die Entwicklung des Gesundheitssystems in den 2 Jahren sehr gut ist.

Eileen Daly: Sie findet die momentane Situation der Entwicklung des Gesundheitssystems auf dem richtigen Weg, jedoch sollte noch eine Menge geschehen, damit dieses System wirklich funktionieren kann. Z.B. sei die Ausbildung des Personals, der Ausbau der Kapazitäten wichtig.

Frage 5: Ist es berechtigt so viele NGO's in Afghanistan zu haben?

Frage 6: Sollte nicht für mehr Sicherheit als Voraussetzung für die Gesundheitsversorgung gesorgt werden?

Frage 7: Wieviele Möglichkeiten gibt es noch als humanitäre Organisation unabhängig tätig zu sein?

Frage 8: Ist es sinnvoll vorhandene funktionierende humanitäre Leistungen (Krankenhäuser) zu adaptieren – welche sind die Prioritäten?

Dr. Peter Schmitz (Publikum): Bei der Übernahme kommt es immer darauf an, ob diese durch einen kompetenten Nachfolger erfolgt.

Dr. Laurence Laumonier-Icks: Die Regierung entscheidet, natürlich ist noch nichts perfekt, viel muss noch geschehen in Afghanistan. Es gibt deswegen regelmäßige Treffen zwischen den Verantwortlichen, um Probleme zu lösen.

Dr. Tido von Schön-Angerer (Publikum): Das Ministerium (Regierung) entscheidet nicht alleine, dahinter stehen amerikanische Interessen. Die Unabhängigkeit ist nicht gewährleistet.

Dr. Guy Caussé: Training des Personals ist der nächste große Schritt, der das Gesundheitssystem verbessern wird.

Dr. Laurence Laumonier-Icks: Warum teilen die NGO's nicht das Wissen mit den afghanischen NGO's? Es gibt immer noch unbesetzte Landstriche, dort arbeiten afghanische NGO's. Die afghanische Regierung ist nicht die USA.

Dr. Peter Schmitz: Militärische Kräfte können nicht mehr von den humanitären Organisationen unterschieden werden. Dies führt zu gefährlichen Verwechslungen und Terroristen attackieren deswegen humanitäre Hilfsdienste. Es gibt klare ökonomische Einflüsse von der Seite der USA. Das ist der Grund für die Probleme der humanitären Arbeit in Afghanistan. Eine Lösung kann die Fortführung der Arbeit

der humanitären Hilfe und die Einbindung und Fortbildung der afghanischen Bevölkerung sein.

Dr. Ulrike von Pilar (Publikum): Afghanistan ist ein wichtiges Beispiel für die gefährlich Vermischung von Politik und humanitäre Hilfe. Nach dem Mord an unsere 5 Kollegen von Ärzte ohne Grenzen im Juni 2004 sprachen die Taliban sogar von legitimen Angriffen auf MSF da wir ja im Diensten der Amerikaner stünden. Die Taliban wissen es ganz genau, dass es nicht stimmt, aber sie benutzen das Argument um die Stellung der humanitären Organisationen zu schwächen. Das ist einer von vielen Gründen, warum wir unsere Arbeit in Afghanistan einstellen mussten.

3. Kostendeckung und Behandlungsgebühren: Hilfe oder Hindernis für eine effiziente medizinische Versorgung?

**Dr. Mit Philips, Vorstandsmitglied Médecins Sans Frontières (MSF),
Brüssel**

Ausgrenzung aus der unerlässlichen Gesundheitsvorsorge im ländlichen Burundi

Frau Dr. Philips erläutert anhand des Beispiels der Situation des Gesundheitssystems in Burundi das Thema des Panels „Kostendeckung und Behandlungsgebühren“.

Es gibt derzeit folgende Situation in Burundi

- 6.9 Mio. Einwohner (91% ländlich)
- Konflikt seit einer Dekade; viele Opfer, Vertriebene
- Verbesserung der Sicherheit, jedoch weiterhin gewalttätige Übergriffe
- Seit 2002 Einführung von Benutzergebühren für Leistungen Gesundheitszentren („User Fees“)

Wie sieht das Gesundheitssystem aus:

- Staatliches System (Bevölkerung: 5 Mio.)
Kosten für die Medikamente betragen 100-150% vom Anschaffungspreis. Dazu muss eine Behandlungsgebühr gezahlt werden.
- Alternative Systeme der NGOs (750.000 Menschen):
 - Cordaid: Kostenteilung, 50% der Kosten zahlt der Patient
 - GVC (Gruppo Volontariato Civile) und MSF: Flat Fee all inclusive zwischen 50 and 300 Fbu (3,4 bis 22 Euro Cent)
- Malaria Kombinationstherapie seit November 2003
Im Gebührenbereich von 100 Fbu für Kindern bis 200 Fbu (7,4 bis 14,8 Euro Cent)
- Gebührenfreie Versorgung von Armen (carte indigence) sowie Zahlungskarten der CAM oder der Beamten Genossenschaftskasse

Nach eingehender Untersuchung der Funktionalität des neuen gebührenpflichtigen Gesundheitssystems stellte sich heraus, dass dies weiteren Ausschluss und Verarmung der Bevölkerung verursacht. Von 5 Millionen Einwohnern in Burundi werden durch die Einführung der Benutzergebühren für die Gesundheitsversorgung 1 Million ausgeschlossen. 3 Millionen Menschen bewältigen die anfallenden Gebühren mit größter Mühe und sind in Gefahr weiter zu verarmen.

Was sind die Konsequenzen der Politik :

- Teilnahme am neuen System sank dramatisch, die Einnahmen sanken ebenso
- Die Qualität der med. Versorgung leidet unter
 - Unvollständigen oder unterbrochenen medizinische Behandlungen,
 - Verwendung von weniger teuren, aber teilweise uneffektiven Medikamenten,
 - Zurückweisung einer Untersuchung, falls nicht bezahlt werden konnte.
- Schulden des Gesundheitssystems;
- Patienten verkaufen ihre eigenen Medikamente

- Größere Verzögerung bei der Freistellung von der Gebührenpflicht
- Preis für einen Besuch eines Gesundheitscenters entspricht 12 Tage Arbeit
 - Keinen Schutz der armen und vulnerablen Bevölkerung
 - Keine Möglichkeit für flexible angepasste Kosten bei der Malariabehandlung (d.h. alle zahlen den gleichen Preis)

Welche Möglichkeiten zur Lösung des Problems sieht MSF:

- Den Zugang zum Gesundheitssystem verbessern
- Sich verabschieden von der Logik des Gebührensystems, Gesundheitsversorgung bezuschussen: MSF schlägt vor die med. Grundversorgung für Patienten gebührenfrei anzubieten
- Mehr Ressourcen für das Gesundheitssystem: Lösung nicht durch das Gebührensystem, eher durch nationale und internationale Akteure und deren finanzielle Unterstützung

Dr. Egbert Sondorp, Senior Lecturer Public Health and Humanitarian Aid, London School of Hygiene & Tropical Medicine (LSHTM), London
Jemand muss zahlen

Dr. Sondorp benennt 5 Quellen der Finanzierung eines Gesundheitssystems:

1. die Möglichkeit eines steuerfinanzierten Systems
2. Privatversicherung
3. Sozialversicherung
4. Benutzergebühren („User-Fees“)
5. Externe Finanzierung über Spenden

Nachdem Dr. Sondorp die Möglichkeiten der Finanzierung des Gesundheitssystems genannt hat, geht er insbesondere auf die Gründe ein, welche zur Rechtfertigung der Einführung der User-Fees angeführt werden. Einer der Gründe sind die zu erwartenden steigenden Einnahmen (15 – 20 % des Aufwandes schätzt man). Andere Gründe sind die wachsende Effizienz (Missbrauch sinkt, Fokus auf wichtige gesundheitliche Primärversorgung), .

Einer weitere Punkt ist die steigende Effizienz: Abraten von unnötigen Verbrauch, Fokus auf primäre und prioritäre Vorsorge; Ungerechtigkeits-effekte sollten durch Befreiungsrichtlinien und verbesserten Zugang minimal sein.

Zusammenfassend erklärt Dr. Sondorp das enttäuschende Ergebnis der User-Fees. Gebühren brächten weniger Einnahmen als erwartet, könnten die Lücken der Finanzierung des Gesundheitssystems nicht schließen, verhindern den freien Zugang für alle Bevölkerungsschichten und nicht zuletzt sei es schwierig, Ausnahmeregelungen (Befreiung von den Gebühren) festzulegen. Zusätzlich sollte man sich auch über schlecht konstruierte Systeme und deren Transaktionskosten immer bewusst sein.

Dr. Sondorp berichtet, dass seit der Einführung von User-Fees mehr als ein Jahrzehnt vergangen ist und dass die erwarteten Erfolge sich immer noch nicht zeigen. Kurzfristiges Ziel muss sein: mehr Hilfe von Geberländern, zusammen mit einer größeren Budget-Umverteilung im Gesundheitssektor des unterstützten

Landes. Auf lange Sicht, sollten Strategien angewandt werden, die ein Ziel des Versicherungssystems zum Vorbild haben.

Dr. Sondorp spezifiziert noch einmal, jemand müsse zahlen, jedoch gäbe es keinen Grund dafür, dies die Not leidende Bevölkerung tun zu lassen.

Dr. Friedrich von Massow, Fachberater für Pharmazie, Institute for Life Sciences and Environment (I-LSE) GmbH, Heidelberg
Arzneimittel – Marktbestimmte Kosten bei der Behandlung

Grundlage des Vortrags von Friedrich von Massow ist das Thema: „Gesundheit muss finanziert werden – ohne Finanzierung keine Gesundheitsvorsorge“.

Dabei konzentriert sich Herr Massow sich bei seinen Ausführungen auf die Arzneimittelkosten. Sind die Kosten zu hoch, kann eine Gesundheitsvorsorge nicht stattfinden. Bsp. Aspirin, bei einem derzeitigen Preis des Aspirin von 20 Euro Cent ist es nicht möglich diese Behandlung zu finanzieren. Vor zwanzig Jahren betrug der Preis für eine Tablette Aspirin 1 Euro Cent – in diesem Bereich wäre die Behandlung zu finanzieren.

Herr Massow betont, dass Gesundheit ohne ökonomische Überlegungen pures Hoffen auf eine bessere Situation von morgen sei. Bsp. Kamerun: dort müssen Arzneimittel generell bezahlt werden, die Arzneimittelpreise sind 100 % Kosten deckend, 80 % der Bevölkerung können diese Kosten zahlen – damit wird ein höherer Preis ermöglicht, welcher Rücklagen ermöglicht. Diese Rücklagen sorgen dafür, dass die 20 % der Bevölkerung mitversorgt werden können, die sich die Gesundheitsversorgung nicht leisten können.

Der Wirtschaftlichkeitsaspekt kann nicht vernachlässigt werden. Gesundheitskosten können und müssen kalkuliert werden. Bsp. Syrien: 100 Mio. Euro Kosten für Arzneimittel im Jahr – d.h. 6 Euro pro Jahr/Person – ohne Krebsbehandlung sind dies 3 Euro pro Jahr/Personen für alle wichtigen Krankheiten, die damit abgedeckt werden (Basic Package of Health Services – BPHS). Diese Überlegungen zu den Kosten von Arzneimitteln sollten am Anfang durchgeführt werden

Nach einer kurzen Phase der Nothilfe, des anschließenden Wiederaufbaus, ist in der Entwicklungszusammenarbeit die Notwendigkeit der Berücksichtigung der Arzneimittelkosten und insbesondere auch das Vertrauen der Bevölkerung in das Gesundheitssystem oberste Priorität (Bsp. Indonesien: Bevölkerung geht nicht zum Arzt bei bestimmten Krankheiten, aufgrund fehlenden Vertrauens.)

Herr Massow sieht das Vertrauen der Bevölkerung in das Gesundheitssystem als mindestens so wichtig wie die Beteiligung der Patienten an den Kosten. Qualität als Voraussetzung beim Aufbau eines Gesundheitssystems. Bei ausführlicher Diskussion der Punkte „Qualität“, „Preis“ und „Lieferzeit“ zeigt sich, dass insbesondere der Aspekt einer qualifizierten lokalen/regionalen Beschaffung (für Afrikaner in Afrika) ein Ziel beim Aufbau eines Gesundheitssystems darstellt.

Dr. Joachim Schüürmann, KfW (Kreditanstalt für den Wiederaufbau) Bankengruppe, Frankfurt/Main
Kostendeckung und Behandlungsgebühren: Hilfe oder Hindernis für eine effiziente medizinische Versorgung?

Dr. Schüürmann legt die Position der KfW dar: sie ist keine durchführende Organisation sondern spricht lediglich Empfehlungen aus und stellt ein Instrument der Bundesregierung dar. Die KfW unterstützt Länder finanziell beim Wiederaufbau, z.B. des Gesundheitssystems, jedoch während unterschiedlicher Entwicklungsstadien.

Hintergrund der Arbeit von KfW ist das Problem „Armut und Gesundheit“. Dabei stellt sich eine schlechte Gesundheit als Folge oder Ursache von Armut dar. Nach dem „Pro-Poor-Approach“ wurden die Millenium-Development-Goals, auch im Bereich der Gesundheit formuliert:

1. Kindersterblichkeit zu senken
2. Müttergesundheit zu verbessern
3. Infektionskrankheiten zu bekämpfen (Malaria, HIV)

Ein Problem, so Dr. Schüürmann, ist dass User Fees (zu entrichtende Benutzungsgebühren für Leistungen des Gesundheitssystems) Arme von der Gesundheitsversorgung abhalten.

Bsp. Uganda, nach Abschaffung der User-Fees ist die Inanspruchnahme des Gesundheitssystems stärker angestiegen als die Weltbank prognostizierte.

Die KfW Ausrichtung ist die Finanzierung der Krankheitsversorgung des Gesundheitssystems. Dies versucht sie zu erreichen durch folgende Maßnahmen:

- Transparenz für Kosten und Gebühren
- Businesspläne als aktive Projektteile
- Wartungspflicht für Nachhaltigkeit (bei Geräten)
- Alternative Mischfinanzierung: Krankenversicherung, Nutzergebühren
- Garantierter Zugang für Arme

Die KfW betrachtet dabei insbesondere die Kosten, Deckung und Nachhaltigkeit des Gesundheitssystems. Dr. Schüürmann stellt zudem den Inhalt des standardmäßigen Basic Package of Health Services (BPHS) in Frage. Sollte das BPHS nicht auch eine Operation, eine Röntgenmöglichkeit etc. enthalten?

Ziel einer solidarischen Versorgung muss laut Dr. Schüürmann eine Mischung aus Pooling und Cross Subsidy sein:

- „Pooling“ – Risiko wird verteilt – Pooling stellt sicher, dass alle Mitglieder des Gesundheitssystems das finanzielle Risiko tragen für evtl. anfallende Kosten einer notwendigen med. Behandlung und nicht eine einzelne Person
- „Cross Subsidy“: Menschen mit hohem Einkommen geben an Menschen mit niedrigem Einkommen.

Dr. Schüürman wirft außerdem Fragen auf, welche Folgen die User Fees haben könnten. Möglich wäre eine erhöhte inadäquate Inanspruchnahme zugunsten kostengünstiger PHC (Primary Health Care). Haben die „User-Fees“ überhaupt einen Einfluss auf das Outcome (Leistungsstärke des Gesundheitssystems)? Führen sie zu einer Qualitätsverbesserung? Dr. Schüürmann ist der Meinung, dass bis jetzt noch nicht klar ist, ob User-Fees die Leistungen, die Qualität – also das Outcome eines Gesundheitssystems überhaupt verbessern. Mit User-Fees könnte ein Anspruch der Patienten an das System verbunden sein, der Glaube an das System.

Es stellt sich auch die Frage, ob Arme von der Zahlungspflicht nicht befreit werden sollten. Sie könnten als Patienten zweiter Klasse gelten – weiterhin fragt Dr. Schüürman, ob „User-Fees“ die Arbeit des Gesundheitspersonals beeinflussen? (Bsp. Uganda – nach Einführung von „User-Fees“ Abnahme der Patienten in den „urban Areas“ – Zunahme in den „rural Areas“). Nach Einführung von User-Fees war das Personal mehr im Health Center und die Gesundheitsversorgung verbesserte sich. Die Motivation der Mitarbeiter verbesserte sich.

Rationale zur Einführung der „User-Fees“:

- Enhancing efficiency: Nutzung des Primärlevels der Gesundheitsversorgung, bevor man über das Referenzsystem zu einer höheren Stelle verwiesen wird
 - Angemessenere Nutzung des Referenzsystems (Steuerungselement)
 - Ressourcen für kosteneffektive PHC
 - Rationale Inanspruchnahme der Gesundheitsdienste
- Enhancing („system“) sustainability: Verlagerung der Gesamtverantwortung hin zur Bevölkerung – weg vom Staat
 - Ergänzung des Regierungsbudgets
 - Topping-up anderer Finanzquellen: User-Fees können nicht 100 % der Finanzierung des Gesundheitssystems ausmachen (app. 10-20%)
- Enhancing equity
 - Cost sharing der „Reichen“, dadurch „Subventionierung“ der Armen

Zu den Rahmenbedingungen von User-Fees: Regierungen ziehen sich zurück, leisten weniger, „User-Fees“ können nur in einem Mischsystem gesehen werden. Ziel soll auch die garantierte Berücksichtigung Armer (durch fokussierte Subventionierung), sowie die Transparenz der Kosten und Gebühren sein. Limitierte Krankenversicherungen durch Prämienbegrenzung oder Leistungsdeckelung; User-Fees sollen außerdem zur Qualitätskontrolle beitragen.

4. Wenn humanitäre Hilfe politischen Zielen untergeordnet wird

Stéphane Sisco, Leiter Crises Analysis Group, Médecins du monde (MDM), Paris

Humanitäre Hilfe im breiten politischen Kontext

Stéphane Sisco ist überzeugt, dass humanitäre Hilfe der Politik – politischen Zielen – nicht untergeordnet werden darf. Sie soll geleistet werden nach den Prinzipien: Humanität, Neutralität und Unparteilichkeit.

Damit humanitäre Hilfe funktionieren kann, muss sie finanziell und logistisch unabhängig sein. Humanitäre Organisationen dürfen auch von der eigenen Regierung nicht beeinflusst werden.

Humanitäre Hilfe steht zwischen den Fronten von Militär, Behörden, lokalen Meinungsmachern, Oppositionsgruppen – sie wird aber ebenso beeinflusst von den Geldgebern und hängt letztendlich von der Anpassungsfähigkeit der humanitären Organisation an die spezifische Situation im Land ab.

Leistet ein Staat, eine Regierung, humanitäre Hilfe, so ist diese immer verbunden mit politischen, wirtschaftlichen oder religiösen Zielen des Staates, der Regierung. Humanitäre Hilfe wird benutzt, um eigene Ziele zu verwirklichen. Regierungen unterscheiden sich aber auch hinsichtlich ihrer Fähigkeit eine Verbindung herzustellen zwischen humanitären Hilfe, politischen Zielen und militärischen Operationen. Sie haben auch verschiedene Ansichten über die Religion, die sie einführen, bzw. unterstützen wollen.

Beispiel Frankreich – die humanitäre Hilfe ist Teil der französischen Außenpolitik – das französische Außenministerium gründete die Abteilung der humanitären Hilfe und das Verteidigungsministerium gründete die Task-Force für zivile und militärische Hilfe (Eingreiftruppe für zivile und militärische Aktionen). Diese Vermischung von Politik und humanitärer Hilfe stellt bei der Ausführung humanitärer Aktionen eine Schwierigkeit dar.

Beispiel USA – humanitäre Hilfe im Irak wird als Instrument benutzt, um Wohlwollen gegenüber der Besatzungsmacht zu erlangen. Die Bevölkerung bekommt humanitäre Hilfe wenn sie kooperiert.

Stéphane Sisco sieht in der Vermischung von Politik und humanitärer Hilfe ein großes Hindernis, wenn es darum geht, den Not leidenden Menschen zu helfen.

Er sieht folgendes methodisches Vorgehen, um bei Notfallsituationen echte humanitäre Hilfe leisten zu können:

1. Langzeitinvestitionen – um Vertrauen aufbauen
2. Ortsansässige Arbeitskräfte – als Verbindung zur Bevölkerung
3. Die Rolle von internationalem Personal der humanitären Organisationen und insbesondere deren Leitung vor Ort – Verhandeln mit Konfliktparteien, Regierungen
4. Transparenz und Effizienz der humanitären Hilfe

Emmanuel Tronc, Policy & Advocacy Coordinator, Médecins Sans Frontières (MSF), Genf

1. Was ist MSF?

Historischer Abriss von MSF.

2. Was verstehen wir unter humanitärer Hilfe?

Humanitäre Hilfe heißt Leben retten und Leiden lindern in Situationen extremer Not – Kriegen, Konflikten, Naturkatastrophen, Epidemien.

Humanitäre Organisationen berufen sich unter anderem auf 6 internationale Verträge (das humanitäre Völkerrecht, daran müssen sich im Prinzip alle Länder, Organisationen, Kriegsparteien, Unabhängigkeitsbewegungen (UCK in Kosovo, SPLA in Sudan) usw. halten.

Diese 6 Abkommen sind:

- Die vier Genfer Abkommen von 1949;
- Die zwei Zusatzprotokolle von 1977.

Diese Abkommen gelten für internationale Auseinandersetzungen und z.T. für Konflikte innerhalb eines Landes. Diese Verträge begrenzen die Methoden der Kriegsführung, geben der Zivilbevölkerung sowie verwundeten oder gefangenen Soldaten das Recht auf Hilfe und Schutz und garantieren humanitäre Hilfe in Konfliktsituationen.

Insbesondere die medizinische Hilfe ist garantiert durch das humanitäre Völkerrecht. In diesem Sinne handelt eine Organisation wie MSF völlig legal, wenn sie in Konfliktsituationen interveniert. Falls eine humanitäre Organisation von den Rechten und dem Schutz der internationalen humanitären Gesetze weiterhin profitieren will, muss sie sich vor allem den folgenden humanitären Prinzipien verpflichtet fühlen „Unparteilichkeit, Unabhängigkeit und Neutralität“:

- Unparteilichkeit Humanitäre Hilfe muss geleistet werden ohne irgendeine Art von Diskriminierung und nur nach Maßgabe der Bedürftigkeit. Alle Menschen sind gleich in ihrem Leiden. Keiner darf benachteiligt werden aufgrund seiner Hautfarbe, Religion, Ethnie, Nationalität...
- Damit eine Organisation in der Lage ist, unparteiliche Hilfe zu leisten, muss sie unabhängig von politischen, wirtschaftlichen oder sonstigen nicht-humanitären Interessen handeln können. Humanitäre Hilfe darf nicht einer politischen Agenda untergeordnet werden.
- Neutralität bedeutet, dass eine humanitäre Organisation in dem jeweiligen Konflikt nicht Position bezieht. Die Neutralität ist kein Wert an sich, sondern ein Instrument, eine Verhaltensregel, die den humanitären Organisationen auch mitten in einem Konflikt Zugang zu der betroffenen Bevölkerung ermöglichen soll...

Das erste Ziel humanitärer Hilfe in einer Krisensituation ist es, Leben zu retten und Menschen aus umkämpften Gebieten in neutrale geschützte Gegenden zu transferieren, mit dem Respekt der Kriegsteilnehmer und deren Wissen, dass dies durchgeführt wird von einer humanitären Organisation, welche keine politischen, strategischen und militärischen Ziele hat, sondern nur versucht, der Not leidenden Bevölkerung zu helfen. Kein Staat, keine Armee haben in nur humanitäre Interessen,

sie haben immer per definitionem in erster Linie politische Ziele, die nicht unbedingt deckungsgleich sind mit den humanitären. Weder die Nato noch die UN-Organisationen sind in diesem Sinne humanitäre Organisationen und werden es niemals sein, da die UN immer in erster Linie ein politischer Zusammenschluss der Staaten ist.

Ein paar Beispiele aus Afghanistan dafür, wie humanitäre Hilfe manipuliert und für politische Ziele eingesetzt wird: US Streitkräfte werfen über Südafghanistan Flugblätter mit der Botschaft ab, dass bei fehlender Kooperation die humanitäre Hilfe eingestellt wird. Bewaffnetes Militär in ziviler Kleidung leistet sogenannte humanitäre Hilfe. Dies führt dann dazu, dass für die Bevölkerung die Rolle und Aufgaben der verschiedenen Akteure unklar werden. Es kann somit nicht mehr klar unterschieden werden, wer die humanitären Organisationen sind und wer das Militär. Dies führt zu immer gefährlicher werdenden Situationen für humanitäre Organisationen. Im Falle Afghanistan hat MSF mehrmals öffentlich versucht klar zu machen, dass die Organisation nicht politisch motiviert ist und hat versucht, sich klar von der Koalition wie auch der Regierung zu distanzieren. Trotzdem kam und kommt es zu Übergriffen auf humanitäre Organisationen mit der Begründung, sie stünden im Dienst der Koalition.

3. Schwierigkeiten zwischen humanitärer Hilfe und Militär

Tronc führt zwei Gedanken an:

- a) MSF ist keine anti-militärische Organisation – aber MSF legt Wert darauf, dass es bei einer klaren Trennung zwischen Militär und humanitärer Hilfe bleibt. Humanitäre Organisationen sind neutral, sie sind nicht gegen Krieg an sich, stellen sich nicht auf eine Seite der Kriegsteilnehmer und vollziehen keine Wertungen (Schuld am Krieg).
- b) MSF ist nur daran interessiert, das Leiden der Bevölkerung zu lindern – MSF plädierte sogar für ein militärisches Einschreiten im Falle Ruanda und wandte sich damals an die Öffentlichkeit in der Überzeugung, dass mitten in einem Völkermord humanitäre Hilfe total sinnlos ist und nur militärische Gewalt das Morden beenden kann. Diese klare Verletzung der Neutralität ist aber eine seltene Ausnahme für die Organisation.

Schlusswort:

In den letzten 10 Jahren zeigt sich eine klare Zunahme von militärischen Einsätzen, die als humanitäre Aktionen dargestellt und instrumentalisiert werden. Problem dabei ist, dass diese Interventionen niemals nur einzig und allein humanitären Zielen dienen, sondern in erster Linie politischen und strategischen Zielen.

Aus diesem Grund werden für die Bevölkerung die Positionen der einzelnen Akteure unklar, was wiederum zu einer erschwerten und äußerst gefährlichen Arbeitsbedingung für humanitäre Organisationen führt. Möglicherweise hat die in diesem Sinne verschärfte Situation in Afghanistan mit dazu beigetragen ein Klima zu schaffen, in dem der grausame Mord an fünf MSF-Mitarbeitern möglich wurde

Dr. Michael Schloms, Forscher, German Institute for Development Policy (DIE), Bonn
Das Dilemma Humanitärer Hilfe in Nordkorea

Einleitung:

Inwiefern passt die Panel-Überschrift auf Nordkorea? Oder: Wird Humanitäre Hilfe in Nordkorea politischen Zielen untergeordnet?

Humanitäre Hilfe kann auf vielfältige Weise politisch genutzt werden, wenn Geber und/oder Empfänger mit der Hilfe politische Motive verfolgen. In Nordkorea spielen politische Interessen sowohl auf Geberseite („Soft-Landing“, Öffnung, „Verhandlungstrumpf“) als auch auf Empfängerseite (Gesichtswahrung des Staates) eine wesentliche Rolle.

1. Effekte der Hilfe in Nordkorea

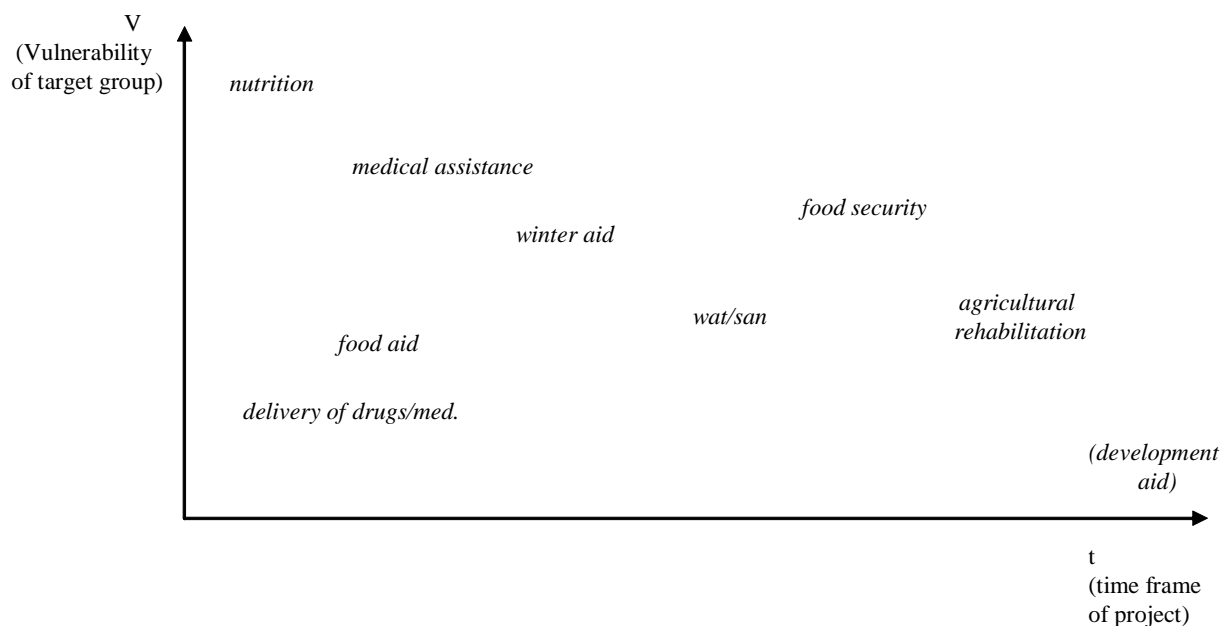
Wohin gelangt die Hilfe in Nordkorea? Inwiefern sind die Effekte der Hilfe aus Sicht der Hilfsorganisationen problematisch?

Humanitäre Hilfe ist in Nordkorea außerhalb staatlicher Formen nicht möglich – d.h. es können nicht alle Bevölkerungsschichten erreicht werden. Einerseits ist diese Hilfe erfolgreich, weil die Verteilung der Lebensmittel und medizinische Grundversorgung gut funktioniert. Andererseits kommt die Hilfe im ländlichen Bereich nicht an.

Somit sind die Arbeitsbedingungen und die Effekte der Hilfe für Hilfsorganisationen, die sich in Nordkorea auf die bedürftigsten Gruppen zu konzentrieren versuchten (z.B. medizinische Soforthilfe) inakzeptabel. Organisationen, deren Projekte Bevölkerungen zugute kommen, die über Zugang zu öffentlichen Strukturen verfügen, sind dagegen eher in der Lage, Kompromisse einzugehen (z.B. Nahrungsmittelhilfe, landwirtschaftliche Rehabilitation). (siehe Fig. 1). Die Debatte der Hilfsorganisationen legt nahe, dass solch eine Differenzierung – d.h. Anerkennung der unterschiedlichen Mandate und Aktivitäten – oftmals nicht vorgenommen wird.

Dr. Schloms zeigt eine Einteilung der humanitären Aktivitäten anhand des Beispiels Nordkorea. Dort könne man die im Laufe der Zeit sich verändernden Aufgaben und Leistungen der humanitären Aktivitäten gut erkennen. Die Abfolge der zu leistenden Hilfe ist in der folgenden Grafik (Fig.1) zu erkennen.

Fig. 1: Humanitarian Activities in North Korea






2. Umgang mit Dilemmasituationen

Hilfsorganisationen sehen sich grundsätzlich mit drei Arten von (moralischen) Verpflichtungen konfrontiert, die unter Umständen miteinander in Konflikt geraten und Dilemmasituationen auslösen können (humanitärer Imperativ, Mandat und Tradition, externe politische Interessen). Humanitäre Hilfe kann sich in ethisch ambivalenten Situationen wie in Nordkorea entlang dieser Verpflichtungen orientieren, so dass drei grundsätzliche Vorgehensweisen unterschieden werden können (siehe Fig. 2):

- Opferzentrierte Sichtweise: Ausrichtung exklusiv am humanitären Imperativ (Ausklammern jeder politischen Sichtweise)
- Introvertierte Sichtweise: Ausrichtung an Codes of Conduct, Common Statements etc.
- Extrovertierte Sichtweise: Ziel der Einflussnahme auf politische Akteure durch Mediendruck, im Extremfall Stoppen der Hilfe

Der Fall Nordkorea zeigt, dass jede dieser Strategien mit Risiken (Fig. 2) behaftet ist.

Fig. 2: Strategies to cope with moral dilemmas

<i>Focus</i>	<i>Instruments</i>	
Individual recipient	<ul style="list-style-type: none"> • refuse political agenda • withholding aid is no option • “a hungry child knows no politics” (R. Reagan) 	 <i>victim-centered approach</i>
aid agency	<ul style="list-style-type: none"> • set up principles and codes of conduct • withholding some aid donations is an option • “principled aid in an unprincipled world” (ECHO/ODI) 	 <i>introvert approach</i>
political environment	<ul style="list-style-type: none"> • exert pressure on political actors • stopping the aid program is an option • “savoir dire non” (R. Brauman) 	 <i>extrovert approach</i>

Schlussfolgerung:

Insgesamt lässt sich aus der seit 1997 laufenden Hilfsaktion die Lehre ziehen, dass das Spektrum humanitärer Organisationen eine Vielfalt erreicht hat, die einen Konsens selbst über grundlegende Prinzipien Humanitärer Hilfe erschwert. Gleichzeitig zeigt der Fall Nordkorea, dass es an einem offenen Dialog zwischen den Hilfsorganisationen fehlt, der diese grundlegenden Unterschiede anspricht.

Diskussion moderiert von Michael Franzke, ehemaliger Afrika-Korrespondent der ARD, Köln

Dr. Ulrike von Pilar (Frage 1):

Was hat die Hilfe erreicht in Nordkorea ?

Sollten humanitäre Organisationen ein Land bei Sicherheitsdefiziten verlassen?

Es gibt Regeln – humanitäre Prinzipien wie die Unparteilichkeit, nachdem sich humanitäre Organisation sich unbedingt richten müssen. Wieso müssen sich Regierungen von Geberländer das nicht (siehe die Unterstützung von der Nordkoreanische Regierung durch humanitäre Hilfe).

Publikum (Frage 2):

Es ist notwendig sich an die gegebenen Situationen anzupassen – sonst ist keine humanitäre Hilfe möglich.

Publikum (Frage 3):

Ist es nicht auch eine Chance, dass es viele verschiedene humanitäre Organisationen gibt, weil damit eine breitere Ebene abgedeckt werden kann.

Publikum (Frage 4):

Kann man nachvollziehen, wohin das Geld (1,3 Milliarden \$) in Nordkorea hin geflossen ist?

Dr. Schloms (zur Frage 3):

Mit Sicherheit ist es auch eine Chance, z.B. würden Entwicklunghilfeprojekte, wie ein Winterweizenprojekt weiterhin fortgesetzt, während MSF z.B. längst aus dem Land ist – jedoch die negative Seite ist, wenn humanitäre Hilfe gegeneinander ausgespielt wird – z.B. bei Verhandlungen über Preise. Zur Frage 4, man kann nachvollziehen was mit dem Geld in Nordkorea geschehen ist. Dort arbeitende Menschen berichten von einer Verbesserung der Situation dort. Ein positiver Effekt ist festzustellen. Ein überwiegender Anteil der Bevölkerung profitiert davon.

Emmanuel Tronc (zur Frage 4):

Es gibt eine Verantwortung gegenüber dem Spender – Spenden müssen transparent eingesetzt werden.

Publikum (Frage 5):

Wie koordiniert man unabhängige humanitäre Organisationen?

Publikum (Frage 6):

Wie viel Verantwortung liegt bei den Organisationen selber – eigene Projekte / Länder auszuwählen.

Publikum (Frage 7):

Gibt es regelmäßige Analysen der Länder.

Stéphane Sisco:

Zur Frage 5 – Es ist manchmal schwer, mit anderen humanitären Organisationen zu kooperieren (Bsp. Irak).

Zur Frage 7 – ohne eine Analyse der Situation vor Ort ist es kaum möglich der Bevölkerung zu helfen.

Tronc:

Zur Frage 5 – Koordination ist sehr schwierig und kann nur über Transparenz der Arbeit und Informationsaustausch funktionieren.

Zur Frage 6 – MSF ist nicht nur in Ländern, die im Blickpunkt der Weltöffentlichkeit stehen, sondern auch in vielen anderen. MSF versucht eine Balance zu wahren – jedoch stecken alle humanitären Akteure in einem Dilemma. Oft gibt der Spender Gelder für eine begrenzte Zeit und für bestimmte Projekte.

Dr. Schloms:

Zur Frage 7 – Es ist enorm wichtig regelmäßige Analysen durchzuführen. Sie sollten Bestandteil jeder humanitären Aktion sein.

5. Nachhaltigkeit: Voraussetzung für HIV/Aids-Behandlung in Ländern mit hoher Prävalenz?

Dr. Daniel Tarantola, Instructor Department of Population and International Health, Harvard School of Public Health (HSPH), Boston
Sustainable Access to HIV/AIDS – Care and Treatment

In Dr. Tarantolas Vortrag geht es um den nachhaltigen dauerhaften Zugang zu HIV / Aids Behandlung und Therapie (siehe Fig. 1).

Zugang:

Das Problem des nachhaltigen dauerhaften Zugangs zur Aids Behandlung und Therapie kann man auf verschiedenen Ebenen angehen. Auf der örtlichen lokalen Ebene gäbe es die Möglichkeit routinemäßige HIV Tests einzuführen, diese müssten sich auf nationale Partnerschaften stützen – mit einer Voraussetzung einer echten Partnerschaft, mit gleichen Rechten auf beiden Seiten. Global gesehen, gibt es inzwischen mehr als 70 Organisationen, die sich auf dem Aids Sektor engagieren, Regierungen müssen dabei die richtige Wahl treffen und die Organisation auswählen, welche am besten für die örtlichen Gegebenheiten passt.

Finanzierung:

Neben dem Zugang spielt auch die Finanzierung eine große Rolle. Wie kann die Aids Behandlung und Pflege finanziert werden? Dies stellt gerade auf der lokalen Ebene eine Herausforderung dar – z.B. ist es überhaupt möglich die Menschen gleich zu behandeln? Wer muss wie viel zahlen? Wer bekommt welche Art und Menge der med. Versorgung? Ist eine faire Behandlung überhaupt möglich – welche Kriterien wenden das Personal vor Ort an?

Auf nationaler Ebene hat man mit dem Problem zu tun, ob die Gelder für eine Aids Behandlung zusätzlich gegeben werden, oder einfach nur aufgrund von Druck von Außen eines Geldgebers, umverteilt werden. Werden die Gelder von einer Krankheit (Krebs, ect.) zur anderen (Aids) umgelenkt? D.h. fehlt die Finanzierung anderer Bereiche der Gesundheitsversorgung? Laut Dr. Tarantola ist dies oft der Fall.

Wiederum in globaler Sichtweise betrachtet gibt es weitere Faktoren, die eine nachhaltige dauerhafte Aidsbehandlung beeinflussen. In erster Linie die Regierungen, welche die Gelder steuern, aber auch die wenigen Geldgeber, die meist die Richtung vorgeben in welche Kanäle die Hilfe fließt. Es spielt also die Effektivität der Steuerung der Mittel zur Aidsbekämpfung eine große Rolle. Ein wichtiges globales Instrument ist der Global Fund zur Bekämpfung der Tuberkulose, Aids und Malaria sowie die 3by5 Initiative (Ziel der WHO ist es 3 Millionen Menschen bis 2005 mit antiretroviralen Medikamenten behandeln zu können).

Fig. 1: Sustainable Access to HIV/AIDS Care and Treatment

	Local	National	Global
Access	“ Routine“ HIV Testing?	Effective partnerships?	Unstructured discontinuation of treatment?
Financing	Equity? Fairness? Rationing?	Additionality or substitution?	3x5? GFTAM? Governance and

			effectiveness
--	--	--	---------------

Dr. Gilles Raguin, Leiter der internationalen Programme, Médecins du Monde (MDM), Paris
Ist Nachhaltigkeit eine Voraussetzung?

Dr. Raguin stellt die Frage, ob Nachhaltigkeit eine Voraussetzung für die Arbeit einer humanitären Arbeit sein soll. Was soll zuerst kommen? Dogmas und Ökonomie oder Ethik und Handeln? Heute, 10 Jahre nachdem man sich an Kosten und Nachhaltigkeit orientiert hat, stellt sich dies als Fehler heraus, als Misserfolg, nicht sofort gehandelt zu haben.

Die Kostenfrage der medizinischen Versorgung wird heutzutage sehr viel Gewicht zugesprochen, die Frage ist wie genau diese betrachtet werden sollte. Dr. Raguin ist der Meinung, dass es trotz der Wichtigkeit der Betrachtung von Kosten, einen freien Zugang zum Basic Package of Health Services (BPHS) geben muss.

Sieht man sich „internationales Funding“ an, so sollte die größte Rolle der „Global Fund“ spielen, nicht „Bilateral Funds“ wie der President's Emergency Plan for AIDS Relief (PEPFAR) (Zusage des amerikanischen Präsidenten 15 Milliarden Dollar für Aidsbehandlung zu geben).

Bis jetzt kann man feststellen, dass die humanitäre Hilfe und deren Ethik respektiert wird und dass die Hilfsprojekte laufen. Nun sollte darauf Wert gelegt werden nach und nach eine Nachhaltigkeit in vielen Bereichen einzufordern: wie im Bereich der Gesundheitssysteme, dem Zugang zur Gesundheit für Arme und dem Handeln von Regierungen.

Dr. Raguin erwähnt, dass nun auch ECHO (European Commission Humanitarian Office) der Ansicht ist, dass Aids ein Desaster ist und als Notfall behandelt werden muss.

Zusammenfassend lässt sich also sagen: Nachhaltigkeit ist nicht Voraussetzung für Humanitäres Handeln sondern es ist ein Prozess, der durch Humanitäres Handeln unterstützt werden sollte.

Aber NGOs sollten nicht die Rolle haben, staatliche Aufgaben oder die der internationalen Gemeinschaft zu ersetzen, auch nicht auf lange Sicht

Dr. Sybille Rehmet, Senior Advisor, Disease Control/ART/Epidemiology, Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ) GmbH, Berlin
Muss Nachhaltigkeit als Voraussetzung für die Einführung von ART gefordert werden?

Frau Dr. Rehmet berichtet über das Thema: Muss Nachhaltigkeit als Voraussetzung für die Einführung von ART (Anti-Retroviral Treatment) gefordert werden, oder wie

viel Nachhaltigkeit müssen wir verlangen, um verantwortungsvoll und qualitativ gut behandeln zu können?

Dazu meint Frau Dr. Rehmet, dass die Qualität sichergestellt sein muss. Dafür gibt es folgende Gründe:

- Medizinische Gründe
 - Resistenz, Übertragbarkeit von resistenten Stämmen, 2nd line Treatment (bei den Patienten, wo Resistenzen sich entwickelt haben bzw. die mit resistente Stämmen infiziert wurden) ist teurer und komplizierter
- Ethische Gründe
 - Zugang zu qualitativ guter Therapie als Menschenrecht
- Ökonomische und soziale Gründe
 - Produktivität muss erhalten werden, Morbidität und Mortalität dauerhaft gesenkt werden
- Psychologische Gründe
 - Eine Motivation für präventives Verhalten im Gesundheitsbereich senkt Kosten der Gesundheitsversorgung

Der Nachhaltigkeitsbegriff soll erweitert werden, Qualität beinhaltet noch mehr, nämlich die Entwicklung leistungsfähiger Gesundheitssysteme, gut ausgebildetes Personal sowie eine Einbettung in umfassende Programme mit Prävention, PMTCT (Prevention of Mother-To-Child Transmission), ART oder „home based care“.

Sie stimmt den Zitat von DR. J.W. Lee aus dem World Health Report 2003 zu: “Scaling up ARV therapy in resource-poor settings has to be done in such a way as to strengthen health systems based on primary health care.”

Wo kann man Sinnvollerweise unterstützen, um die Voraussetzungen für eine Nachhaltigkeit zu verbessern. Ansatzpunkte welche eine Nachhaltigkeit verbessern sind folgende:

- eine politische Unterstützung,
- funktionierende Gesundheitssysteme,
- Infrastruktur,
- ausgebildetes Personal,
- Finanzierung,
- Gesellschaftliche und soziale Bedingungen,
- Destigmatisierung,
- Stärkung der Stellung von Frauen,
- Armutsminderung,
- Unterstützung in der Gemeinschaft.

Die GTZ arbeitet zur Zeit in PMTCT/Plus- und ART-Projekte in Kenia, Tansania, Uganda, DR Congo, Mosambik, Guinea, Ghana vor. Beispielweise erwähnt sie das HIV-Programm in Tansania, welches in folgenden Bereichen aktiv ist:

1. Gesundheitsförderung
2. Verminderung von Stigma und Diskriminierung
3. „Sicheres Krankenhaus“ und Qualitätssicherung im Labor
4. Freiwillige Testung und Beratung
5. Bekämpfung und Behandlung von STIs
6. Zugang zu Kondomen z.B. über soziales Marketing

7. Beratung und Unterstützung zur häuslichen Pflege AIDS-Kranker
8. Ausbildung lokaler Fachkräfte auf allen Ebenen
9. Zusammenarbeit mit Nationalen AIDS-Gremien, NGOs, Mobilisierung lokaler Ressourcen
10. PMTCT, ART

Nachhaltigkeit ist eine Notwendigkeit. Sie kann aber nicht sofort erreicht werden, jedoch über eine Einbettung in PHC (Primary Health Care) Strukturen ist dies zu erreichen. HIV kann kein vertikales eigenes System sein.

Als Organisation verlangt die GTZ in pragmatischer Weise ein Minimalziel. Therapie muss mindestens während der vereinbarten Projektlaufzeit in guter Qualität gesichert sein und Anstrengungen zur dauerhaften Verankerung müssen Teil von Behandlungsprogrammen sein.

Dr. Tido von Schön-Angerer, Leiter Programmabteilung Médecins Sans Frontières (MSF), Berlin

Zur Einführung gibt Dr. von Schön-Angerer folgende Definition zur Nachhaltigkeit.

“Nachhaltige Entwicklung ist eine Entwicklung, die die Bedürfnisse der Gegenwart befriedigt, ohne zu riskieren, dass künftige Generationen ihre eigenen Bedürfnisse nicht befriedigen können“, so im Brundtland Bericht der Weltkommission für Umwelt und Entwicklung (WCED), 1987.

Im Moment werden 440.000 Menschen mit Aids Therapie behandelt – 6 Millionen brauchen eine Behandlung. Die Vorgabe der WHO 3x5 im Jahre 2005 ist deshalb zu gewagt und zu zurückhaltend. Zu zurückhaltend, weil 3 Millionen wären immer noch viel zu wenig - und zu gewagt, weil diese Zahl nicht zu erreichen ist. Mit 150 \$ pro Person pro Jahr könnte die erste Therapie für Menschen, die an HIV erkrankt sind, geleistet werden – dies stellt sich schon als schwierig heraus. Jedoch die anschließende Therapie (Second Line Therapy), welche nötig wird aufgrund von Resistenzen, ist um ein 10faches höher.

Dies wird uns neuer Herausforderungen stellen, so Dr. von Schön-Angerer. Falls die Preise die gleichen bleiben, wird MSF nicht im Stande sein dies leisten zu können. Eine Behandlung wird nicht möglich sein, geschweige denn eine lebenslange Therapie. Mit den gegenwärtigen Konzepten wird ein weiteres Management nicht möglich sein.

Es stellt sich somit die Frage, ob antiretrovirale Medikation überhaupt sinnvoll ist – sie löst das Aids-Problem nicht. Es bleibt keine andere Wahl als diese Art der Medikation durchzuführen, allein aus ethischen Gründen – wegen des humanitären Imperativs, so Dr. von Schön-Angerer.

Aids stellt die größte gegenwärtige humanitäre Katastrophe dar und muss mit den Mitteln bekämpft werden, die jetzt zur Verfügung stehen.

Dr. von Schön-Angerer glaubt dass Aids-Kranke einen wichtigen Beitrag in unserer Gesellschaft leisten, sogar dass sie die Gesellschaft verändern.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Art der heutigen Aids Behandlung nicht als finanziell nachhaltig angesehen werden kann. Antiretrovirale Therapie ist ein schlechtes Instrument des Gesundheitssystems, aber es muss fortgeführt werden, um das Leiden zu lindern. Genau wie wir unsere Großeltern gefragt haben, was sie

gegen den Holocaust gemacht haben, werden unsere Enkelkinder uns fragen, was wir gegen Aids gemacht haben.

Diskussion moderiert von Katja Roll, Pressesprecherin Aktionsbündnis gegen Aids, Tübingen

Publikum (Frage 1): Wie gehen sie mit dem Spannungsverhältnis zwischen den einzelnen Krankheiten um, also da gibt es Aids, Malaria ect., aber meist zu wenig Mittel?

Dr. von Schön-Angerer: Wir sollten nicht differenzieren zwischen der Wichtigkeit der einzelnen Krankheiten, jeder Mensch hat ein Recht darauf Hilfe zu bekommen. Allerdings gibt es immer einen Einfluss der Geldgeber, der Spenden für bst. Zwecke gibt und dies führt dann bestimmt auch zur Vernachlässigung von best. Krankheiten. Es ist sehr schwierig für eine humanitäre Organisation in diesem Feld Entscheidungen zu treffen.

Publikum (Frage 2): Ist es zusätzliches Geld, dass für Aids ausgegeben wird?

Dr. Raguin (zur Frage 2): Es ist immer sehr schwierig zu klären woher die Gelder für Aids genau kommen, ob es wirklich zusätzliches Geld ist oder nicht – z.B. bei der PEPFAR-Kampagne, kommt das Geld von den Steuerzahlern der USA. Auf jeden Fall sollte kosteneffektiv gewirtschaftet werden. Eine nachhaltige Aidsbehandlung in Entwicklungsländern scheint momentan nicht möglich zu sein, doch sie muss trotzdem fortgeführt werden.

Dr. von Schön-Angerer (zur Frage 2): Geld für Aids ist meist zusätzliches Geld und hat andere Programme nicht beeinflusst. Aber es kommt immer auf das jeweilige Land an, die Situation muss dort genau betrachtet werden.

Emanuel Tronc (Frage 3): Wie funktioniert der Zugang in komplexen Notsituationen, gibt es eine Möglichkeit HIV-infizierten Menschen dort zu helfen?

Dr. von Schön-Angerer (zur Frage 3): Es gibt meist keine erste HIV Versorgung, jedoch werden schon eine ganze Reihe von normalen Krankheiten schon abgedeckt und es ist auch in Planung, die HIV Versorgung in Notsituationen in die Projektplanung aufzunehmen.

Publikum (Frage 4): Welche Rolle spielt die Prävention?

Dr. Raguin (zur Frage 4): Präventionsprogramme haben einen großen Einfluss, sie sollten nie getrennt von anderen Programmen betrachtet werden.

Dr. Rehmet (zur Frage 4): Ja, es gab Wettbewerb zwischen Prävention und der medizinischen Versorgung (Behandlung und Pflege) – der größte Teil der Gelder geht in die direkte medizinische Versorgung. Prävention sollte aber in einem größeren Zusammenhang gesehen werden. Sie sollte eingebettet werden in Ausbildung und in andere Bereiche der Gesellschaft. Ressourcen können dann besser genutzt werden. Unterschiedliche Teile der Gesellschaft können erreicht werden, gerade junge Menschen.

Publikum (Frage 5): Wie sieht es mit der Gesundheitsversorgung von Flüchtlingen aus – gerade auch in Bezug auf HIV?

Dr. Tarantola (zur Frage 5): Flüchtlinge sind nicht in größerer Gefahr. In Bezug auf HIV gibt es kein größeres Problem bei Flüchtlingen. Vor allem sollten sie nicht noch mehr stigmatisiert werden.

Dr. Raguin (zur Frage 5): Flüchtlinge stellen einen sehr großen Anteil an behandlungsbedürftigen HIV Patienten dar – es ist inzwischen sehr schwierig geworden diesen Menschen zu helfen und es kann nicht durch Abschiebung in Länder gelöst werden, wo nur ein paar hundert HIV-Infizierten Hilfe zur Verfügung steht. Die französische Regierung hat inzwischen die Bedingungen verschärft und schiebt die Flüchtlinge verstärkt ab. Es ist nicht akzeptabel, dass diese Menschen abgeschoben werden. Das zu verhindern ist eine große Herausforderung für die NGOs.

6. Herausforderungen bei der Ausweitung der HIV/Aids-Behandlung

Dieter Wenderlein, Leiter der Abteilung „Eine-Welt-Arbeit“, Gemeinschaft Sant'Egidio, Würzburg Aids-Therapie in Mosambik - Erfahrungen aus dem DREAM- Programm der Gemeinschaft Sant'Egidio

Herr Wenderlein stellte zunächst das DREAM-Programm (Drug Resource Enhancement against Aids and Malnutrition) der Gemeinschaft Sant'Egidio in Mozambique vor.

Zielgruppen sind

1. Personen mit HIV/Aids (insbesondere Teile der armen Bevölkerung)
2. Schwangere HIV-positive Frauen mit ihren Familien

Projektziele sind

1. medizinisch-therapeutische Maßnahmen incl. HAART (Highly Active Antiretroviral Therapy)
2. Präventionen bei Mutter-Kind-Übertragung von HIV (PMTCT: Prevention of Mother-To-Child Transmission) und Unterstützungsmaßnahmen für weitere Familienteilnehmer (PMTCT plus)

Wichtige Komponenten des DREAM-Projektes:

- Molekularbiologisches Labor:
zur Viruslastbestimmung, sowie zur Immunverlaufskontrolle (CD4-/ CD8-Anzahl)

weiterhin Laborparameterbestimmung (Hämoglobin, Albumin, Transaminasen, etc.)
- Tageskliniken und Home Based Care (häusliche Versorgung):
Im Rahmen dieser Tageskliniken wird zum einen die First-Line-Therapie (Patienten ohne Resistenzen) angewandt. Dieses HAART-Regime beinhaltet 2 verschiedene Nucleosid-Riverse-Transkriptasehemmer + 1 Nonnucleosid-Riverse-Transkriptasehemmer. Der Kostenfaktor liegt etwa bei 300 US\$ pro Patient pro Jahr.
Bei der Second-Line-Therapie (Patienten mit Resistenzen) handelt es sich um Generika aus Indien, der Kostenfaktor ist etwa 10-15 fach höher als bei der First-Line-Therapie.
10-15% der Patienten sind in häuslicher Umgebung untergebracht.
- Es wird versucht das Infektionsrisiko mit weiteren Krankheiten zu minimieren, indem man Moskitonetze und Wasserfilter verteilt. Ein weiteres Problem stellt die Behandlung von Kindern dar, da hier keine geeigneten antiretroviralen Medikamente zur Verfügung stehen.
Im Laufe der Zeit haben sich Selbsthilfegruppen gebildet, geleitet werden diese von Patienten, die selbst aktiv geworden sind, um bei der Gesundheits- und Hygieneaufklärung zu helfen.

Prävention bei der Mutter-Kind-Übertragung

Die Wirksamkeit dieses Programms konnte bestätigt werden: die Infektionsrate sank, von 750 Kindern HIV-positiver Mütter waren nur 4% infiziert. Diese Senkung der Infektionsrate konnte erreicht durch das Einsetzen von PMTCT plus werden.

Bei den Müttern:

- wird ab der 25. Schwangerschaftswoche (SSW) bis zum 6. Monate nach der Geburt HAART angewandt.
- wird das Abstillen empfohlen und weitere Alternativen, wie Wasserfilter und Milchpulver zur Verfügung gestellt.
- Regelmäßige Labor- Kontrollen während der ersten 6 Monate nach der Geburt

Bei Neugeborenen:

- Regelmäßige Viruslastbestimmung
- Bei einer diagnostizierten HIV-Infektion wird HAART angewandt.

Kriterien für die HAART-Anwendung:

1. Symptomatische Patienten
2. Asymptomatische Patienten mit verminderter CD4-Zahl und erhöhter Viruslast

Klinische Wirksamkeit von HAART:

- Virologie: VL (Viral Load) sinkt
- Immunologie: CD4-Zahl steigt
- Mortalität sinkt

Faktoren, die die Compliance positiv beeinflussen:

- Fixdosenkombination, einfaches Handlungsregime (2x tgl.), günstiges Nebenwirkungsprofil, intensive Beratung, Behandlung von opportunistischen Krankheiten und anderen Infektionen.
- Kostenloser Schnelltest, Medikamentenausgabe leicht zugänglich, Community-basierte Strukturen (Aktivistinnen etc.), kostenlose Hilfsmittel (Moskitonetze, Wasserfilter, Body Mass Index (BMI) basierte Nahrung), regelmäßige Schulung von Patienten und Personal, EDV-gestützte Patientendaten-Verwaltung

=> enorme Compliance der Medikamenteneinnahme im DREAM-Programm: 94%

Grundvoraussetzung für eine effiziente AIDS-Behandlung:

Capacity building durch

- Kompetentes Fachpersonal (Ausbildung einheimischen Gesundheitspersonals)
- Gewährleistung in allen Regionen (Nord-Süd-Transfer)
- Diagnostik und Medikamente, die den Anforderungen der Entwicklungsländer entsprechen (z.B. adäquate pädiatrische Behandlung)
- die Basis wie Geld, Kapazitäten und Kompetenzen ist vorhanden, jedoch fehlt der politische Wille im Kampf gegen Aids.

Dr. Gilles Raguin, Leiter der internationalen Programme, Médecins du Monde (MDM), Paris

Challenges for scaling up ARVs

Dr. Raguin sieht die aktuelle Situation der HIV-Therapie wie folgt: Auf der einen Seite ist eine deutliche Verbesserung im Vergleich zu den letzten Jahrzehnten zu erkennen, jedoch sollte man nicht vergessen, dass der Kampf um eine adäquate HIV-Behandlung für jedermann noch lange nicht vorbei ist. Um die Behandlung zu

verbessern, fordert er eine vermehrte Produktion von Generika sowie deren Import in die entsprechenden Länder. Des Weiteren weist er auf die Veränderung der Patentrechte hin, die gegebenenfalls eine Verbesserung mit sich bringen würde. Eine schon bestehende Innovation, ist die FREEby5-Campaign, mit der der Zugang zur Basisgesundheitsversorgung für die Allgemeinheit geschaffen wurde.

Eine der größten Problematiken stellt jedoch die enorme Lücke beim Personal im Gesundheitsbereich dar, da es allein in Afrika an etwa 700.000 Ärzten und Krankenschwestern fehlt. Diese erschreckende Zahl kommt unter anderem auf Grund der hohen Sterberate in der medizinischen Berufsgruppe zustande. Hinzu kommt, dass sich diese Situation eher verschlimmert als verbessert.

Ein weiteres Problem sieht Dr. Raguin in den unzureichenden fachlichen Kompetenzen sowie in der schlechten Ausbildung. Nicht zu vergessen sind außerdem die miserablen Arbeitsbedingungen, wie zu wenige oder keine Gebäude und fehlendes Arbeitsmaterial.

Um diese Situation zu verbessern sieht er Möglichkeiten im Bereich ehrenamtlicher Arbeit im Gesundheitsbereich und bei der medizinischen Ausbildung (Nord/ Süd Partnerschulen). Zusätzlich sind unterstützende Abkommen zwischen Nord und Süd notwendig, um eine Durchführung zu erleichtern. Jedoch befürchtet er, dass eine Umsetzung dieser Ziele 5 bis 10 Jahre dauern wird.

Er betont, dass der öffentliche Gesundheitssektor immer weiter schrumpft, da die meisten Patienten nicht in der Lage sind, die Krankenhaus- oder Behandlungsgebühren zu zahlen.

Auch im politischen Bereich sind noch einige wünschenswerte Veränderungen zu erwähnen, denn nach wie vor sind Diskriminierung und ungerechte Behandlung aktuell, da viele der HIV-Infizierten Prostituierte und Straßenkinder sind, die keinerlei Interessenvertreter haben.

Bis jetzt kann man feststellen, dass die humanitäre Hilfe und deren Ethik respektiert werden und dass die Hilfsprojekte laufen. Nun sollte darauf Wert gelegt werden mehr Nachhaltigkeit in vielen Bereichen einzufordern: wie im Bereich der Gesundheitssysteme, dem Zugang zur Gesundheit für Arme und dem Handeln von Regierungen.

Dr. Heiko Karcher, PMTCT Co-ordinator Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ) GmbH, Berlin Implementing and scaling up PMTCT Plus Programmes-Experience from East Africa

Dr. Karcher sieht in der Umsetzung des PMTCT (Prevention of Mother-To-Child Transmission) Plus Programms folgende Problembereiche.

1. Personal & Ausbildung:

Die Versorgung von HIV-Patienten ist sehr kompliziert und vor allem zeitaufwendig. Hieraus ergibt sich, dass eine spezielle Fachausbildung des Personals wichtig ist um eine gute Behandlung durchführen zu können, diese findet jedoch nur ungenügend statt. Hinzu kommt ein genereller Mangel an Arbeitskräften in vielen Bereichen des

Gesundheitssystem, sodass das Personal in den Krankenhäusern absolut überlastet und zudem noch unterbezahlt ist. Diese Situation lässt zweifellos befürchten, dass es schnell zu einer qualitativ schlechten Versorgung kommen kann.

2. Infrastruktur:

Das vorhandene Gesundheitsnetzwerk ist mangelhaft, eine adäquate Umsetzung der HIV-Versorgung erfordert einen Aus- und Umbau der gesamten Krankenhausinfrastruktur (spezielle Laboreinrichtung etc.). Hierbei muss man jedoch bedenken, dass solch eine Modernisierung und somit die Schaffung von geeigneten Bedingungen für das PMTCT/plus Programm, enorme Kosten mit sich bringen.

3. Labor:

Die ständigen Laborkontrollen stellen eine hohe Arbeitsbelastung dar, hinzu kommt, dass das Personal keinerlei Erfahrung mit der modernen Ausstattung wie Cytometer oder Photometer hat. Diese Faktoren führen zu dem enormen Risiko, das Personal maßlos zu überfordern und somit zu der Gefahr fehlerhafte Laborwerte zu erhalten.

4. Antiretrovirale Behandlung:

Bezüglich der antiretroviralen Therapie ist zu sagen, dass nur ein geringer Teil des eigentlichen Medikamentensortimentes zur Verfügung steht. Hauptsächlich sind es Präparate der First-Line-Therapie (ca. 30 US\$/ Monat), hingegen die kostspieligere Second-Line-Therapie (ca. 180 US\$/ Monat), die enorm wichtig für eine effiziente HIV Behandlung ist, ist nicht verfügbar. Auch hierbei zeigt sich wieder einmal, dass ausschließlich eine qualitativ schlechte Versorgung durchgeführt werden kann.

5. Kosten:

Ein Überblick über die laufenden Kosten zeigen die folgenden Beispiele, um eine HIV-Infektion bei einem Kind einer positiven Mutter zu verhindern werden etwa 800-1200 EUR benötigt. Die anfallenden Behandlungskosten für einen HIV-Patienten betragen 60 EUR im Monat, wobei nicht vergessen werden darf, dass die Kosten auf Grund der Second-Line-Therapie im Laufe der Zeit ansteigen. Auf Grund des enormen Arbeitsaufwandes bringt die Einstellung von zusätzlichem Personal weitere Kosten mit sich.

6. Fazit:

Was muss in der Zukunft getan werden um die Versorgungsmöglichkeiten zu erweitern?

Es sollten weitaus mehr Patienten die Möglichkeit haben, behandelt zu werden, jedoch darf man dabei die Qualität der Versorgung nicht vernachlässigen. Eines der wichtigsten Ziel sollte es sein, eine geeignete Finanzierung für die Second-Line-Therapie zu entwickeln, da diese unverzichtbar ist. Hierzu müsste gewährleistet sein, dass finanziellen Subventionen bestehen blieben, wenn nicht sogar erweitert werden. Die schon vorher erwähnten Defizite im Personalwesen sowie in der Infrastruktur müssen behoben werden um eine erfolgreiche Versorgung durchführen zu können. So sollten Anreize wie einen höheren Lohn geschaffen werden, besonders um den Mangel an Medizinerinnen decken zu können, da diese bis dato absolut unterbezahlt werden.

Die Gesellschaft muss in diese Prozesse unbedingt mit einbezogen werden, um erfolgreich politische Kampagnen durchführen zu können und Stigmata zu reduzieren.

Doch wie können wir eine qualitativ hochwertige Versorgung für jeden ermöglichen? In den meisten Entwicklungsländern werden im Vergleich zu den Industrieländern andere HIV-Versorgungsstandards angewandt. Um diese Differenz auszugleichen sollten die folgenden Aspekte in jedem Land gewährleistet werden: Behandlung mit Verlaufskontrollmöglichkeiten, First-Line-Behandlung, Zugang zu den nötigen Medikamenten, kompetente Fachausbildung sowie Diagnostikmöglichkeiten.

Welche weiteren experimentellen Möglichkeiten stehen uns noch zur Verfügung?

Eine Monotherapie mit einem Proteaseinhibitor, die Unterbrechung der Behandlung mit einem möglichen Benefit, wobei jedoch das Risiko einer Resistenzbildung nicht außer Acht gelassen werden sollte. Einen weiteren Fortschritt bringen neue Laborgeräte zur CD4-Zellen-, Resistenz- und Viruslastbestimmung sowie eine erweiterte PMTCT-Intervention.

Die wichtigste Frage ist aber: Gibt es in den Entwicklungsländern ein höheres Risiko der Resistenzentwicklung als in den Industrieländern? Um diese beantworten zu können müssen Beobachtungsstudien durchgeführt werden.

Trotz aller bestehenden Schwierigkeiten, sollte es jedoch nach wie vor das Hauptziel sein, Menschen vor dem Krankwerden und Sterben zu bewahren.

Ricardo Kuchenbecker, Koordinator des Ntwanano Projekts – Zusammenarbeit zwischen Brasilien und Mosambik in HIV/Aids, Porto Alegre

The Challenges for Scaling Up Treatment: The Brazilian Experience

1. Der universelle Zugang zu ARVs in Brasilien

440.000 HIV/Aids-Patienten in Brasilien

140.000 von diesen Patienten bekommen ARV-Medikamente

Was zeichnet die brasilianische Verhaltensweise aus?

Schon sehr früh, seit dem Jahre 1983, reagierte die Regierung Brasiliens auf das Problem HIV-Behandlung. Hinzu kam eine hohe Anteilnahme der Zivilbevölkerung. Es fand eine Mobilisierung in den unterschiedlichsten Bereichen statt (Medizin, Politik, Wirtschaft).

Dies führte zu einer ausgeglichenen Mischung zwischen Prävention und Behandlung. Das AZT-Behandlungsprogramm wurde Ende der 80er Jahre eingeführt.

Die Vorgehensweise um einen allgemeinen und freien Zugang zu ARV-Medikamenten zu schaffen, konnte Mitte der 90er umgesetzt werden (Bundesgesetz, November 1996), und sollte somit für jedermann als Anrecht gewährleistet sein.

Der Erfolg der antiretroviralen Therapie in den Jahren 1996-2002 ist sehr prägnant:

- Die Mortalitätsrate konnte um 40% gesenkt werden
- 90.000 Sterbefälle konnten verhindert werden
- Die Morbidität wurde um 70% gesenkt
- Die Einweisungen ins Krankenhaus konnten um 80% gesenkt werden

Daraus ergibt sich eine Summe von 2,2 Milliarden US\$, die gespart werden konnte.

2. Logistik und Beschaffung

Wie wird der Zugang zu den Therapiemöglichkeiten gewährleistet?

Es gibt etwa 950 unterschiedliche Einrichtungen in Brasilien, in den sich die Aids-Patienten behandeln lassen können.

Davon sind:

- 388 Krankenhäuser
- 79 Tageskliniken, in denen die Patienten ausschließlich ambulant behandelt werden
- 63 Pflegeeinrichtungen
- 420 ambulante Pflegedienste

Aktuelle Strategien für die Erstellung von ARV-Medikamente

Im Hinblick auf die ARV-Medikamente werden diese vermehrt vor Ort produziert. Des Weiteren finden Verhandlungen zwischen der Regierung und Vertretern der Pharmaindustrie statt, um eine Reduzierung der Preise zu ermöglichen. Ein anderer wichtiger Punkt ist der Artikel 6 der Doha Konferenz, der einen Im- und Export von Generika erlaubt.

3. Die Nachhaltigkeit dieser Verhaltensweise

Im Durchschnitt konnten in den letzten Jahren (1996-2002) die Kosten der ARV-Therapie durch lokale Produktion um 87% gesenkt werden, jedoch gibt es immer noch drei Medikamente, welche in den national Richtlinien empfohlen werden, die bis zu 63 % des Budgets ausmachen.

Es bestehen zahlreiche, internationale Kooperationen, unter anderem mit Angola, Mozambique, Guinea-Bissau und Botswana.

Diese unterschiedlichen Programme in Afrika werden subventioniert mit einer Summe von 3.258.100 US\$.

Jedoch ist eine der wichtigsten Initiativen das Netzwerk mit China, Nigeria, Russland und der Ukraine, bei der diese Länder versuchen ihre Erfahrungen, in Bezug auf Produktion von Generika, Labortests und technologischen Innovationen, auszutauschen.

Diskussion moderiert von Tobias Luppe, Kampagne für den Zugang zu unentbehrlichen Medikamenten, Ärzte ohne Grenzen (MSF), Berlin

Question 1: We know a lot about the treatment in countries with high income, but what about countries with low income, how can you scale up treatment in both areas? What do you think of pilot studies in Haiti giving access treatment only on clinical symptoms without any further lab tests?

Question 2: It seems, that money is not the problem, but politics, why are governments so often the problem?

Answer Q.1 and Q.2 (Ricardo Kuchenbecker): Laboratory capacities are far too small. Of course, if you do not have cd4 you can provide ARV therapy without having the cd4counts or virus load.

Talking about the political will you can say, most countries do not only have Aids but also corruption. This is a huge problem in most countries because of a lack of political will to fight the latter. Lack of political will has to do with lack of capacity and corruption. This is the main barrier to provide drugs.

Answer Q.1 and Q.2 (Dieter Wenderlein): The concept to bring ARV therapy in underdeveloped areas is the following. Big medical centers invite other small hospitals to use the infrastructure we built. Sometimes these hospitals are 400 kilometers away from us; however they get the drugs from us and manage to send us the blood. The big centers then make the diagnostic. Satellite centers work quite well in bringing the treatment from the cities to the underdeveloped regions.

Nevertheless, the quality of the therapy must be controlled very strictly: we are afraid of developing a two class medicine, cd4 counts are necessary for everybody. Furthermore, it is better to use high diagnostics: for a good treatment Cd4 count is not enough, the viral load will be needed. Of course, everybody should start the treatment but there is great risk to make the wrong treatment since bad quality means creating high resistance.

Political will: The problem of the society here in the North is that we are not very interested in Africa, because they cannot pay for the treatment. Money is always lacking, but at the moment the question is to find out what the Ministry of Health for example in Mozambique does with the money they receive from donors? Mozambique has never had so much money: Our fear is that they hurry too much under a high political pressure to start treating people. They wanted to create 25 hospitals in 6 months. In practice it is not possible, they will make a bad therapy that will create more problems in the future.

Answer Q.1 and Q.2 (Gilles Raguin): A lack of political will leads to corruption. Decisions are made in the World Bank not inside the country. If the government does not put the money in the fight against Aids because they do not want to take care of their HIV-infected people (drug users, underprivileged people), we should fight with the civil society and local NGOs against their own governments.

We don't need cd4 and virus load to start with the treatment. We need to rise up the standard.

Question 3: Talking about generic productions, what is the connection between the networking (NGO, other initiatives) and the Ministry of Health and the Ministry of Commerce?

Answer Ricardo Kuchenbecker: It is the issue of monitoring in Brazil. We have had cd4 cell counts and viral load since the beginning, but in Africa we are losing parts of the civil society so it is an emergency, people are dying. Most of the active ingredients we got from India, therefore Brazil started talks with India to coordinate the production of generic drugs but India decided not to discuss with Brazil. Brazil has got two main objections on that network: share technology and sustainability of the own internal policy.

Question 4: What is the problem about standard treatment and other therapies and what is the problem of resistance?

Answer Heiko Karcher: WHO recommends drugs for PMTCT. We can see that there are several groups of drugs, with already a high resistance, which means that you

can not use them anymore. This means that you should go for second line treatments which are even more expensive and difficult to implement on a larger scale.

Question 5: What is the position of the Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria?

Question 6: How do people in Mozambique try to break the stigmata?

Question 7: What about sections as a therapy?

Answer Q.6 and Q.7 (Dieter Wenderlein): In the North there are 3 interventions for successful mother and child-prevention: section, ARV and stopping of breast feeding. In Mozambique there aren't any sections but hopefully soon.

The catalyst for breaking the stigmata is the hope of the mother not to infect her child, therefore they stop breast feeding. Hard triple therapy after birth is an important point of the mother & child-prevention, too.

Answer Q.6 and Q.7 (Heiko Karcher): The studies say, that with ARV the viral load is low and so a section would not be effective. Fact is, that women will get problems with their husbands and family, if they do not breastfeed their child. The fear of negative consequences if the woman tells the truth about the infection to their husband is quite high.

Answer Q.5 (Gilles Raguin): Its not the job of NGOs to fight for global access to ARVs, the fight should be passed to the civil society. We should build the capacity and help the society to gain access to treatment. We have to pass the fight as well to the politicians; they are able, if they want, to raise funds. The NGOs, they should not be in a position like in Afghanistan, where we participate in a system which is paving the privatization.

7. Schwierigkeiten bei der Einführung moderner Malaria-Behandlung und Diagnose

Dr. Carsten Mantel, Leiter des Master-Studiengangs International Health, Tropeninstitut Berlin

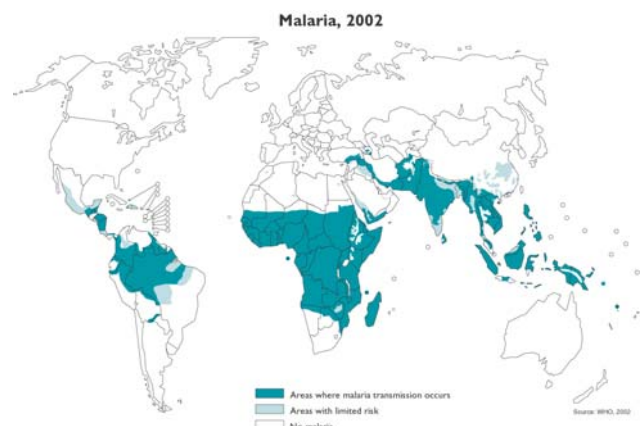
Malaria causes 1-2 millions deaths per year. It hits mainly the poor and is Africa's leading cause of mortality. There is a crisis in malaria medicines: one of the plasmodium has developed resistance against all available drugs especially against Chloroquin drugs.

Overview about Malaria treatment:

Chloroquin is historically the most important therapy, but now shows some difficulties. It makes it necessary to use new medicine, which is more expensive and has more side effects. There is also a need for reliable biological diagnostic, because many people without malaria are getting treated against malaria. Therefore a better diagnostic will reduce the drug costs and the resistance. Finally, there is a lack of research and development, because it is not a lucrative area for the pharmaceutical industry. Regarding research on vaccines, new clinical trials are ongoing with vaccines for children. They bring 30% reduction of death and moderate infections. This is not a good result, but it is better than nothing. We are still waiting for a vaccine - in the mean time the main issue is the treatment.

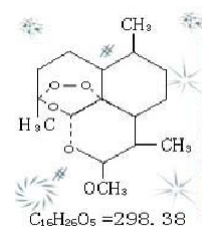
Dr Alan Schapira, Koordinator Strategy and Policy Team, Roll Back Malaria Department, Weltgesundheitsorganisation (WHO), Genf
The role of confirmatory diagnosis in malaria case management

57 million people die worldwide each year, 1 million of them die of malaria, 90 % of these deaths are in Africa (90% being children under 5). Malaria represents an important part of the disease burden of complex emergencies, and this is increasing. The current tools for Malaria control are prevention or treatment. Treatment is what we are focussed on. But is it really the most important? Finally, drug resistance is a major contributor to malaria mortality.



Therapy

Artemisinin and its derivatives (originally a Chinese herbal medicine) brings a very rapid resolution of fever and parasitaemia and is excellent for severe malaria. Furthermore it has a low toxicity and is well tolerated. There is not yet a resistance of Plasmodium falciparum. Artemisinin-based combination therapy (ACT): Only 3 days treatment to produce cure and without any resistance.



Current WHO Recommendations on malaria diagnosis

Overriding principles:

In malaria patients a prompt and accurate diagnosis is the key to effective disease management, to:

- High sensitivity of malaria diagnosis is essential in all settings, as malaria can be rapidly fatal.
- Clinical diagnosis alone, based on presence of fever or recent history of fever, has high sensitivity, - but low specificity.

Epidemiological Settings:

Areas of intense transmission: In early childhood practically all are infected, symptomatic infections are less frequent in adolescents and still less in adults.

Areas with low to moderate transmission: Malaria occurs less frequently, and in all age groups. Most infections are symptomatic.

Does the child have fever? (by history or feels hot or temperature 37.5°C** or above)		HIGH MALARIA RISK			
<p>IF YES: Decide Malaria Risk: high or low</p> <p>THEN ASK:</p> <ul style="list-style-type: none"> • For how long? • If more than 7 days, has fever been present every day? • Has the child had measles within the last 3 months? 	<p>LOOK AND FEEL:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Look or feel for stiff neck. • Look for runny nose. • Look for signs of MEASLES • Generalized rash and • One of these: cough, runny nose, or red eyes. 	<p>High Malaria Risk</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Any general danger sign or • Stiff neck. 	<p>VERY SEVERE FEBRILE DISEASE</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➢ Give quinine for severe malaria (first dose). ➢ Give first dose of an appropriate antibiotic. ➢ Treat the child to prevent low blood sugar. ➢ Give one dose of paracetamol in clinic for high fever (38.5°C or above). ➢ Refer URGENTLY to hospital.
		<p>Classify FEVER</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Fever (by history or feels hot or temperature 37.5°C** or above). 	<p>MALARIA</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➢ IF NO cough with fast breathing, treat with oral antimalarial. OR ➢ Give one dose of paracetamol in clinic for high fever (38.5°C or above). ➢ Advise mother when to return immediately. ➢ Follow-up in 2 days if fever persists. ➢ If fever is present every day for more than 7 days, refer for assessment.
<p>Low Malaria Risk</p>	<p>LOW MALARIA RISK</p> <ul style="list-style-type: none"> • Any general danger sign or • Stiff neck. 		<ul style="list-style-type: none"> • NO runny nose and NO measles and NO other cause of fever. 	<p>VERY SEVERE FEBRILE DISEASE</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➢ Give quinine for severe malaria (first dose) unless no malaria risk. ➢ Give first dose of an appropriate antibiotic. ➢ Treat the child to prevent low blood sugar. ➢ Give one dose of paracetamol in clinic for high fever (38.5°C or above). ➢ Refer URGENTLY to hospital
		<ul style="list-style-type: none"> • Runny nose PRESENT or Measles PRESENT or Other cause of fever PRESENT. 	<p>MALARIA</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➢ IF NO cough with fast breathing, treat with oral antimalarial. OR ➢ Give one dose of paracetamol in clinic for high fever (38.5°C or above). ➢ Advise mother when to return immediately. ➢ Follow-up in 2 days if fever persists. ➢ If fever is present every day for more than 7 days, refer for assessment. 	
<p>if MEASLES now or within last 3 months, Classify</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Look for mouth ulcers. Are they deep and extensive? • Look for pus draining from the eye. • Look for clouding of the cornea. 	<ul style="list-style-type: none"> • Any general danger sign or • Clouding of cornea or • Deep or extensive mouth ulcers. 	<p>SEVERE COMPLICATED MEASLES***</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➢ Give Vitamin A. ➢ Give first dose of an appropriate antibiotic. ➢ If clouding of the cornea or pus draining from the eye, apply tetracycline eye ointment. ➢ Refer URGENTLY to hospital. 	
		<ul style="list-style-type: none"> • Pus draining from the eye or • Mouth ulcers. 	<p>MEASLES WITH EYE OR MOUTH COMPLICATIONS***</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➢ Give Vitamin A. ➢ If pus draining from the eye, treat eye infection with tetracycline eye ointment. ➢ If mouth ulcers, treat with gentian violet. ➢ Follow-up in 2 days. 	
		<ul style="list-style-type: none"> • Measles now or within the last 3 months. 	<p>MEASLES</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➢ Give Vitamin A. 	

** These temperatures are based on axillary temperature. Rectal temperature readings are approximately 0.5°C higher.

*** Other important complications of measles - pneumonia, stridor, diarrhoea, ear infection, and malnutrition - are classified in other tables.

What speaks for accurate blood-based diagnosis:

- Discriminate parasitaemic cases for therapy: Reduce treatment costs
- Reduced patient travel costs / improved access: Effects on treatment-seeking...
- Improved confidence /esteem of local health worker: Effects on health worker morale...
- Improved confidence of patient in diagnosis: Effects on treatment-seeking, compliance with treatment...
- Accurate data for surveillance

Parasitological diagnosis

Parasitological diagnosis at different levels of health care:

- It is recommended that parasitological diagnosis is used as part of good clinical practice for malaria
- Quality Assured microscopy and RDTs should be promoted at all levels in the public sector and existing laboratory services should be strengthened.
- Where microscopy is not available, RDTs should be introduced with QA systems in place.
- RDTs can be effectively used at the periphery by properly trained health workers including CHWs.

Parasitological diagnosis in different population groups:

- In the >5 years it is recommended that the clinical diagnosis is parasitologically confirmed, with treatment based on a positive result due to high consumption of antimalarial drugs, high treatment costs and high levels of over-diagnosis.
- In the <5 years, the diagnosis of malaria should be based on the IMCI guidelines. Currently there is insufficient evidence to recommend withdrawing treatment based on a negative parasitological test. Benefits of over-treatment outweigh risk of mortality due to missed diagnosis (false negatives).
- In pregnant women parasitological diagnosis should be promoted as good clinical practice.

Clinical benefits of using parasitological diagnosis:

- More specific treatment, hence POTENTIALLY less adverse drug reactions, and better compliance (as less drugs are taken)
- Exclusion of malaria, hence final diagnosis more appropriate.

Economic benefits:

- Modelled estimates based on current prices and conditions show that cost savings can be achieved due to reduced drug consumption
- More evidence is required from large scale operational settings to define the economic benefits of parasitological diagnosis on disease management

Risks:

- Health worker disbelief in negative results
- Misdiagnosis – particularly false negative
- Over reliance on positive malaria result (Dx of malaria misses other concurrent diseases)

Operational difficulties:

- Distribution and training difficulties associated with RDTs, where community-based ACT use
- Lot batches and storage (humidity and heat)
- Disposal of sharps, cassettes (biohazard)
- Behavioural changes towards reliance on laboratory results require IEC interventions

Research Gaps

- What happens to patients with negative RDT results: ex. children with very low parasitaemia
- Proportion of adults with parasitaemia may have symptoms caused by something else
- How malaria/HIV co-morbidity may affect the outcome of the RDT
- Potential for higher sensitivity for RDTs that can detect Pf and non-Pf malaria.
- Follow-up data post RDT diagnosis
- Evidence of economic benefits of RDTs
- More evidence on parasite variability/variation
- Use of RDT for severely malnourished children
- Effect of RDT on treatment seeking practices
- Evidence on reduction of ADR
- Stability of RDT in different field and operational conditions
- Effect of RDTs on patient compliance with drug regime

To conclude, children protection package against malaria burden in Africa should be ACT, MII (insecticide-treated nets) and RDT.

Dr. Frank Mockenhaupt, Tropeninstitut, Berlin Malaria: Treatment, Drug Resistance, Options

The two major problems are drug resistance and the huge gap between policy and reality. Furthermore Malaria mortality and morbidity are increasing.

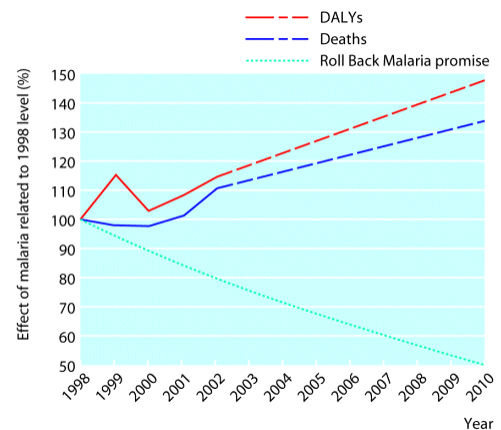
Evidence-based strategies to Roll Back Malaria (WHO)

The Guidelines of the WHO to fight malaria are the following:

1. Early diagnosis and prompt and effective treatment
2. Insecticide-treated nets (ITNs)
3. Intermittent preventive treatment (IPT) in pregnancy
4. Artemisinin based combination therapy (ACT)

Our goal (Abuja Targets – WHO, RBM) was that until 2005 prompt access to effective anti malarial treatment should be available for at least 60% of those at risk, particularly children under 5 and that the access to chemoprophylaxis or intermittent presumptive treatment should be a reality for at least 60% of all pregnant women. Today, we are far away from that.

We have limited resources, but even if there are resources, drugs are not available for the people. Main reasons for this are the prioritisation of resources, problems of political stability, migration, war, acceptance by the population and because the majority of population lives in rural areas. Only one third of the population in Sub-



Saharan Africa will benefit of malaria treatment and only 2% have access to malaria prevention programmes.

Definitions of resistance in vivo

It is the reappearance of parasitaemia during the follow-up although the initial treatment was successful that indicates the development of resistances.

Therapeutic efficacy:

There are several ways of testing resistance, first of all the traditional WHO protocol. It is the testing of a drug in group of asymptomatic patients. After treatment we estimate the response to treatment on the behaviour of the parasite density in blood, in best cases daily up to four weeks, afterwards you can categorize in sensitive or three different classes of resistance.

A modification of the traditional WHO protocol:

- ETF (Early Treatment Failure): no decrease or increase of parasitaemia until day 3 after treatment, clinical malaria* until day 3 of follow-up
- LCF (Late Clinical Failure): clinical malaria* between days 4 to 14 (28) of follow-up
- LPF (Late Parasitological Failure): asymptomatic parasitaemia between days 4 to 14 (28) of follow-up
- ACPR (Adequate Clinical and Parasitological Response): aparasitaemic and asymptomatic until end of follow-up

* *clinical malaria means: Parasitaemia + Fever*

Systems to define resistance in vitro

The WHO micro-test, which is hardly used anymore, this data can give you an evidence for the occurrence, for the intensification and for the spread of resistance. The resort of this micro test is hardly predicted for the clinical outcome in patients, there is crude measure of parasite-susceptibility-resistance in a given areas.

For two years now, we have a molecular marker for Chloroquin-resistance. It is not very specific, but it can be used, it is a simple ratio-calculation:

Prevalence of the molecular marker of resistance / treatment failure rate= anticipated rate of treatment failure

The definition of the right malaria treatment is therefore a very complicated process. Important parameters for drug choice are:

- Early treatment failures (ETF)
- Re-infection rate
- Gametocytes on day 7 (a parameter of susceptibility of malaria)
- Price

Anti malaria drug policy: When to change to which drug?

Thresholds:

- Parasitological resistance (day 7 (14)) > 25%

- R III > 14% or RI + RII > 25%
- ETF+LTF > 25%

Efficacy:

- Are we going for the high price, for the high efficacy drugs, buying a low usage of this?
- Or should there something be like an interim solutions to a certain degree of acceptance, and than you go for the costly drugs.

Safety: For most drugs there is insufficient data.

Do we need to apply GMP (Good Manufacturing Practice) standards for the sub-Saharan African population?

Do we provide good drugs for a few or do we go for substandard drugs for the majority?

Intermittent preventive treatment in pregnancy (IPTp)

IPTp (SP) as compared to chloroquine chemoprophylaxis:

- „observed treatment“during antenatal care
- Less infection
- Lower parasite densities
- Less maternal anaemia
- Less LBW and preterm delivery
- No adverse fetal impact
- Cheaper and more efficient

IPTi: Results

Tanzania: IPT (SP at 2,3,9 months) vs. placebo

Reduction of malaria episodes:	62%
Reduction of severe anaemia:	50%
Reduction of hospitalisation:	30%

A simpler intervention than administration of SP when mothers bring their children to the local clinic for vaccination is difficult to conceive. Nevertheless malaria can be controlled with the tools available today. At present we have insufficient evidence for supporting the introduction of IPT in infancy for widespread implementation.

Dr. Kai Braker, Medizinischer Berater, Médecins Sans Frontières (MSF), Berlin

1. Need of functioning health systems
2. Huge problem of Chloroquine resistance
3. 2001 Burundi malaria epidemic resistance studies:

=> Deal with governments for legal use of Artemisinin drugs

=> Change of country protocol for malaria treatment - it is an improvement

The problems are the costs: Chloroquin is available for a few cents in Africa and people are used to using it. Therefore donations are needed. At the moment people in Africa are treated according to their clinical symptoms. That has many disadvantages: it means that the quality of care is weak. People are being treated for malaria, but they have something else. Some people with malaria go unnoticed.

The Artesimin combination therapy coming in, it raises the issue of more cost effectiveness: it is getting even more important to have a propagate diagnosis in order to only treat those, who really have malaria. This consequently improves the diagnosis for those, who do not have malaria. Nevertheless, problems of compliance lead to another threat in resistance development: instead of having single pills, fixed combinations need to be developed.

Examples:

Bangladesh: A region with little infrastructure, hardly any health facilities and the highest burden of Malaria. The proposal of the Global Fund has not been accepted: they don't want to implement the ACT therapy for cost reasons.

Nigeria: MSF started a project in a high transmission area. The criteria for the combination partner: efficacy with as little resistance and side effects as possible and a formulation which is easy to handle. The government chose a very expansive combination because they have money from the Global Fund at the moment. When the support of Global Fund will end, the Nigerian government will have to pay the price, which will most likely be a problem.

Diskussion moderiert von Dr. Carsten Mantel, Leiter Master-Studiengang International Health, Tropeninstitut Berlin

Question 1: Malaria-prophylaxes, for those who are under HAART-treatment? Are there evidences that malaria and HIV interact?

Answer to Q1 (Dr Frank Mockenhaupt): The evidence is not that strong. There is an increasing substantiality in pregnant women, however for all patients there should be malaria-prophylaxes.

Question 2: What is the price of artemisinin plus amodiaquin?

Answer to Q2 (Dr Frank Mockenhaupt): The price of artemisinin plus amodiaquin is 1,50 EUR

Question 3: Should we have good therapy for few people, or a less good therapy for many people?

Answer to Q3 (Dr Allan Schapira): It is very difficult to measure malaria-mortality, Asian countries have managed the malaria problem. The burden of malaria is carried by Africa. A very successful step is that EPI and malaria control programmes were joined. SP plus Amodiaquine is an option for areas, where it is not possible to implement ACT. There is no financial reason for not implementing ACT.

Safety should be studied in a very single country on every single drug, one reason to worry about that combination of Amodiaquin plus SP is the IPT: pregnant women do not have any safe alternative to SP. The Artemisin production in the world is too low, the first step is to have large quantities of Artemisin produced at GMP level.

Question 4: In the projects are you targeting specifically malaria, and what are the practical forms of the therapy options?

Answer to Q4 (Dr Kai Braker): We all agree on Artemisin combination therapy. What we need are functioning health systems which could include efficient diagnostic tools for malaria. We are facing a huge problem of Chloroquin resistance all over the world. After the malaria epidemic in 2001 in Burundi, we tried to do resistance studies and started using and importing drugs with Artesimate combinations. Over the last years a lot of African countries have been changing their country protocol. The problems of implementing these new malaria protocols are the costs are 10 times higher than Chloroquin (Chloroquin 10 cent) and the need for a change in the attitude: people have been using Chloroquin for ages.

8. Herausforderungen bei der Therapie vernachlässigter Krankheiten: Forschungslücken und mangelnde Behandlungsprogramme

Dr. August Stich, Chefarzt Missionsärztliches Institut, Würzburg Tropenmedizinische Medikamente, speziell der Schlafkrankheit

Infektionskrankheiten stellen 25% der Todesfälle weltweit, 45% in Entwicklungsländern dar.

Frage: Welche Systeme sind nötig zur Eindämmung von Infektionen in ressourcenschwachen Gebieten?

Beispiel: HIV-Prävalenz im südlichen Afrika 20-40% der Erwachsenen, HIV ist die Haupttodesursache in der Subsahara => medizinische und humanitäre Katastrophe. Trotz Antiretroviralen Therapie bleibt folgendes Problem: es gibt Medikamente aber keine Konzepte für Behandlungsprogramme, dies stellt eine Herausforderung an Wissenschaft und Gesellschaft dar.

Schlafkrankheit ist ein „rein afrikanisches Problem“, denn es besteht keine Gefahr, dass sie nach Europa mitgebracht werden könnte. Es handelt sich um eine Erkrankung, die durch Parasiten hervorgerufen wird, benannt nach dem chronischen Stadium der Lethargie, das unbehandelt zum Tod führt.

Das erste Therapeutikum wurde von P. Ehrlich nach der Afrikareise Kochs entdeckt, als Suramin ist es bis heute in Gebrauch. Später wurde Melarsoprol entwickelt: sehr toxisch mit hohen Nebenwirkungen und Resistenzen.

In den 80ern kam das sehr vielversprechende Eflornithine auf den Markt, das jedoch aus wirtschaftlichen Gründen ab 1996 nicht mehr produziert wurde, so dass im Jahr 2000 nur noch Suramin zur Verfügung stand.

2001 kam in den USA eine Bartenthaarungscreme für Frauen auf den Markt, die Eflornithine enthielt. Sarkastisch gesehen schmierten sich also reiche Amerikanerinnen eine Creme auf den Bart, die in Afrika hätte Leben retten können. Unter großen internationalen Druck auf die Pharmaindustrie wird heute Eflornithine wieder als Mittel gegen die Schlafkrankheit produziert. Möglich wurde dies durch eine Public-Private-Partnership, in der 2 Pharmaunternehmen (Produktion der 5 Medikamente), diese der WHO (Organisation) zur Verfügung stellen (Organisation). Diese verteilt sie dann weiter an Hilfsorganisationen wie MSF (Logistik), allerdings nur auf 5 Jahre begrenzt.

Die Erforschung neuer Medikamente bringt hohe Kosten mit sich, somit rentiert sich eine Forschung für die Pharma-Industrie nur dann wenn sie diesen Kostenaufwand anschließend wieder durch Einnahmen decken kann. Bei Tropenkrankheiten ist das aber nicht der Fall.

Die Kontrolle der Schlafkrankheiten der 70er Jahre hat aus unterschiedlichen Gründen (Krieg, Verminung etc.) rapide abgenommen, so dass wir heute auf dem Verbreitungsstand der 30er Jahre sind. Die einzige Verbesserung ist eine schärfere Kontrolle der Diagnostik. Die Forschung in der Tropenmedizin geht unter anderem deshalb so schleppend voran, da Afrika nur 1.3 % des Marktanteiles der großen forschenden Arzneimittelunternehmen ausmacht. Auch hier in Deutschland sind wir auf tropenmedizinische Therapie angewiesen, z.B. gegen Malaria. Doch auch hier gibt es große Schwierigkeiten um an Chinin heranzukommen.

Was ist das Ziel? Ein neuer „runder Tisch“ ist nötig, der Wissenschaft, NGOs, Internationale Institutionen (z.B. WHO), Pharmaindustrie und Zivilgesellschaft vereint, um dagegen anzuarbeiten, dass ein Drittel der Weltbevölkerung keinen Zugang zu essentiellen Medikamenten hat, bzw. dass gegen Krankheiten, die einen großen Teil der Weltbevölkerung betreffen, nur sehr wenig Medikamente verfügbar sind.

Dr. Ole Wichmann, Tropeninstitut Berlin

Dengue: Epidemiologie, Management und Prävention einer vernachlässigten Krankheit

Dengue-Fieber ist die am häufigsten durch Mücken übertragene Virus-Erkrankung weltweit. Die WHO schätzt, dass jährlich 50 bis 100 Millionen Dengue-Infektionen stattfinden, von denen mehrere hunderttausend zu der schweren Manifestation, dem Dengue Hämorrhagischen Fieber (DHF), führen. In mehr als 100 Ländern ist diese Erkrankung endemisch. Allein bei Kindern in Südost-Asien führte DHF seit der Erstbeschreibung Mitte der 50er Jahre in mehr als 5 Millionen Fällen zum Krankenhaus-Aufenthalt und in mehr als 70.000 Fällen zum Tod.

Auch wenn es keine spezifische antivirale Therapie gibt, so hängt die Fall-Todesrate des DHFs deutlich vom entsprechenden Fall-Management ab: Liegt die Todesrate je nach Ausbruch zwischen 2 und 8 %, so konnte diese Zahl beispielsweise in Thailand durch die Einführung eines nationalen Behandlungsprogrammes unter 0,5% gedrückt werden.

Zusätzlich zu den drei „Haupterkrankungen“ Malaria, HIV und Tuberkulose wurde 2002 in einem WHO-Bericht eine Gruppe von Erkrankungen – darunter auch Dengue – herausgehoben, die im Bereich der Impfstoffentwicklung weitestgehend vernachlässigt wurden. Ein Grund für diese Vernachlässigung ist die Tatsache, dass Dengue vornehmlich in Entwicklungsländern ein Problem darstellt, daher für große Pharmafirmen eine Investition als nicht gewinnträchtig angesehen wird.

Nicht nur, dass es vier verschiedene Serotypen des Dengue-Virus gibt, sondern auch das Fehlen eines geeigneten Tiermodells stellt die Dengue-Impfstoffforschung vor große Herausforderungen. Insbesondere ein besseres Verständnis der Immunpathogenese der hämorrhagischen Verlaufsform (DHF) ist eine Voraussetzung für eine erfolgreiche Impfstoff-Entwicklung. Da Dengue-Antikörper von früheren Infektionen oder Impfungen mit Antikörpern, bei erneuter Infektion mit einem anderen Serotyp zu einer Verstärkung der Virusreplikation in den Zielzellen und somit zu einer schwereren Krankheits-Manifestation zu führen scheint.

Nach dem Stich durch die Mücke *Aedes ssp.* beträgt die Inkubationszeit 3-12 Tage. Im Mittelpunkt der Erkrankung steht dann der Schock durch eine erhöhte Kapillarpermeabilität. Es gibt folgende Therapiemöglichkeit: frühe Diagnostik mit einem engen Monitoring, alle 6 Stunden Hämatokrit-Messung und weitere Laborparameter mit anschließender streng kontrollierter Flüssigkeitsgabe. Zur Diagnostik steht die Serologie im Vordergrund, wobei diese in den ersten 6 Tagen häufig negativ ist, der Antikörpernachweis dauert lange. Deshalb gibt es von der WHO klinische Denguedefinition, zur Diagnostikhilfe:

1. Fieber
1. 2.verminderte Blutplättchen-Anzahl (Thrombopenie)
2. Kapillarpermeabilitätsstörung (anhand von Hämatokrit messbar)

3. Blutung.

Des Weiteren kann man die Dengueinfektion in 4 Grade einteilen, jedoch gibt es eine Menge von Denguefällen, die nicht mit diesen WHO-Kriterien übereinstimmen.

Solange kein effektiver Impfstoff zum weitläufigen Gebrauch verfügbar ist, stellen Vektor-Kontrollprogramme und „Public Health-Strategien“ die einzige Methode zur Dengue-Prävention dar. Auch in diesem Bereich sind weiterführende Arbeiten wichtig. Als Beispiele sollen hier die Identifizierung von so genannten „Schlüssel-Containern“ zur Larven-Kontrolle aufgeführt werden, sowie Studien zu neu entwickelten Strategien, die zur Aufklärung der Bevölkerung dienen und sie zur Mitarbeit bewegen sollen. Aus diesen Gründen resultieren die folgenden Ziele im Kampf gegen Dengue: frühe Diagnose mit Schnelltests, Entwicklung von Medikamenten, Evidence-based Behandlungsmethoden, Dengue-Impfstoffe und Vektorkontrollstudien.

Dr. Christian Wagner, BUKO Pharma-Kampagne, Bielefeld Arzneimittelversorgung bei Vernachlässigten Krankheiten

Arzneimittelforschung heute: Grundlagenforschung an öffentlichen Institutionen; Pharmaindustrie soll gute Medikamente in ausreichender Menge herstellen; Weltweiter Pharmamarkt: 400 Milliarden US\$, davon 4/5 in Industrieländern und 1/5 in Entwicklungsländern.

Ist Patentschutz wirklich ein Anreiz für Innovation? Von 2.800 neuen Medikamenten bringen nur 10% der neuen Medikamente einen gesicherten Fortschritt, 75% ergeben keine Neuerung. Von 1.400 neuen Wirkstoffen in den letzten Jahren sind nur 13 gegen Tropenkrankheiten und 3 gegen Tuberkulose. In Industrieländern: viele Pseudoinnovationen mit keinem wirklichen Fortschritt, viele life style Medikamente. In Entwicklungsländern: kein Absatzmarkt, keine neuen Medikamente.

Status quo: Forschungsdilemma in Nord und Süd: ein strukturelles Problem
Öffentlichkeit zahlt doppelt: 1. Öffentliche Forschung und Industrieförderung, 2. Hohe Preise für Medikamente. Die F&E ist nicht bedarfs-, sondern gewinnorientiert. Wegen dieser fehlgeleiteten Forschung für die Länder des Nordens bekommt der Großteil der Weltbevölkerung nichts vom Kuchen ab. Medikamente sind unbezahlbar für viele in Süd und Nord.

Alternativen:

Forschung und Entwicklung bedarfsorientiert, als öffentliche Verantwortung; keine Patentierung der Ergebnisse, dafür neue Eigentumsmodelle, größere Rolle der WHO.

Möglichkeit:

Anteilig am BSP zahlen Länder Geld in einen Fond ein, Forschungsziele werden festgelegt, öffentliche Ausschreibung der Forschungsprojekte auch für nichtmedikamentöse Therapien, Neuentwicklungen als Allgemeingut, qualifizierte Produktion weltweit erlaubt.

Vorteile:

1. finanziell: Forschung effizienter, Werbeausgaben fallen weg, Verkauf fast zu Produktionskosten möglich, keine Monopole: Wettbewerb verschiedener Hersteller senkt Preis, billige Medikamente
2. ethisch: Vermeidung unnötiger klinischer Studien; Forschungsergebnisse kommen allen Menschen zu gute
3. Wissenschaftsinhärent: Keine Geheimhaltung aus kommerziellen Gründen; freier Austausch von Information und Wissen erwünscht und gefördert

Nur eine Utopie?

Es gibt viele Beispiele, die beweisen, dass dies funktionieren kann: Human Genom Project als multinationales öffentliches Forschungskonsortium, Datenbank mit public good – Nutzungslizenz, Drug for neglected diseases initiative (DNDi)

Ein Paradigmenwechsel ist nötig: Mehr öffentliche Finanzierung von non-profit Arzneimittelprojekten; Förderung des Transfers von Grundlagenforschung nach Entwicklung; Klare Prioritäten für das 7. Europäische Forschungsrahmenprogramm: Wissenschaft im öffentlichen Interesse statt Industrieförderung.

Dr. Jean-René Kiechel, Projektmanager Drugs for Neglected Diseases Initiative (DNDi), Genf

Überwindung der Krise in Arzneimittelforschung für vernachlässigte Krankheiten

Geschichte: 1999 fand ein Treffen zwischen MSF und der WHO statt, MSF stellt das Nobelpreisgeld für Studien über vernachlässigte Krankheiten zur Verfügung. 07/03: Gründung von DNDi als ‚Kind‘ von MSF und dem Treffen in 1999.

Das Ziel: Verbesserung der Lebensqualität und Gesundheit für Patienten, die unter vernachlässigten Krankheiten leiden.

Das Problem: ist, dass es neben der Gruppe der „neglected diseases“ die Gruppe der „most neglected diseases“, wie z.B. die Schlafkrankheit gibt. Es bestehen Lücken zwischen Grundlagenforschung und präklinischer Forschung, zwischen dieser präklinischen und der klinischen, und zwischen klinischer Forschung und Anwendung.

Weitere Projekte und Initiativen:

- WHO/UNDP/World Bank Tropical Diseases Research (TDR) Special Programme (TDR hat einige neue Behandlungsmöglichkeiten entwickelt für tropische Krankheiten)
- Markt “push and pull” Mechanismen
- Public Private Partnerships (PPP)

Ziele von DNDi:

- Schließen dieser Lücken durch kurzfristige (z.B. Verbesserung existierender Medikamente) und langfristige (neue Forschung) Projekte
- Steigerung des öffentlichen Interesses,
- Verwenden bestehender Kapazitäten vor Ort

DNDi heute: 9 kurz-, mittel- (Fixdosekombination, neue Indikation von schon existierenden Medikamenten) und langfristige (neue biologische Einheiten von der Entwicklung bis zur Verwendung am Patienten) Projekte, Koordinationsteam in Genf, Aufbau von weltweiten Netzwerke.

Diskussion moderiert von Prof. Dr. Ulrich Bienzle, Direktor Tropeninstitut Berlin

Frage 1 (Publikum): Was erwartet Aventis und Bayer als Gegenleistung dafür, dass sie für 5 Jahre die Medikamente kostenlos zur Verfügung stellen?

Antwort Fr. 1 (Dr. Stich): Für die Pharmafirmen ist der Verlust von 25 Mio. US\$ zu verkraften. Außerdem waren sie einem enormen Druckes von Seiten vieler Organisationen ausgesetzt, sie mussten auf diesen Druck reagieren, und es drohte die schlechte Presse.

Frage 2 (Publikum): Was würde dagegen sprechen, die Medikamente in Afrika direkt herstellen zu lassen?

Antwort Fr. 2 (Dr. Stich): Die Herstellung ist sehr aufwendig; die dafür notwendigen technischen Maschinen haben nur die großen Pharma-Firmen.

Frage 3 (Publikum): Was würde man zuerst machen, eine lange HIV-Behandlung oder eine Schlafkrankheitstherapie?

Antwort Fr. 3 (Dr. Stich): Es hat was zu tun mit der Prioritätensetzung in der Gesundheitsplanung, was schlecht wäre wenn eine Konkurrenz zwischen den einzelnen Projekten bestünde. Rein organisatorisch gesehen, gehört die Schlafkrankheitsbehandlung nicht zur Primary Healthcare. Es hängt jedoch jedes Mal von den Gegebenheiten des einzelnen Landes ab.

Antwort Fr. 3 (Prof. Dr. Bienzle): Man muss Prioritäten setzen. Es werden immer Entscheidungen getroffen, die zum Nachteil einer Sache dafür aber auch zum Vorteil einer anderen Sache führen.

Frage 4 (Publikum): Warum ist Dengue in Afrika kein Problem?

Antwort Fr. 4 (Dr. Wichmann): Es gibt so viele andere Krankheiten, die Fieber hervorrufen z.B. Malaria, so dass differential diagnostisch Unterscheidungen vernachlässigt werden. Jedoch ist eine steigende Tendenz von Denguefällen in Afrika zu erkennen.

Frage 5 (Publikum): Was sind die praktischen Ansätze, um die Theorien in die Realität umzusetzen, z.B. Kooperation mit der Pharmaindustrie?

Antwort Fr. 5 Wagner: Ein konkreter Ansatz ist DNDi, das Idealziel ist schwer zu erreichen aber ein Schritt in die richtige Richtung ist schon viel wert.

Frage 6 (Publikum): Was sagen die Pharmaindustrien zu diesem Konzept?

Antwort Fr. 6 Wagner: Die Pharmaindustrie ist nicht begeistert aber sie muss auf jeden Fall beteiligt werden, es ist die Frage, welche gesellschaftspolitischen Stellungen der Pharmaindustrie zugestanden werden, denn sie haben ein enormes Know-how von der Durchführung klinischer Studien, welches in diese Projekte eingearbeitet werden muss.

Frage 7 (Publikum): Wie ist die Einstellung zum Patentkonzept?

Antwort Fr. 7 (Hr. Wagner): Die Patentierung von Forschungsergebnissen ist ein kritischer Punkt der auch bei DNDi nicht ausgeschlossen ist, es ist eine politische Willenserklärung, aber ohne Patente geht es heute nicht mehr. Wenn man in die Geschichte zurück guckt, vor 100 Jahren hingegen hat sich der Verband der deutschen chemischen Industrie ganz klar gegen Patente ausgesprochen, weil Patente die Forschung behindern würden, heute wird uns genau das Gegenteil verkauft. Patente sind nicht Gott gegeben.

Antwort Fr. 7 (Prof. Dr. Bienzle): Was ganz anderes zum Abschluss, das Wesentliche ist, dass es nicht gelingt eine Lobby zu schaffen. Es ist nicht einzusehen, warum das nicht innerhalb dieser Kreise der Tropenmedizin auch möglich sei. Es ist einfach nur der Wille, sich politisch durchzusetzen und dann wird man sicher auch Erfolg haben.

9. Darfur: Analyse der Krise im Westsudan

Dr. Ulrike von Pilar, Geschäftsführerin Médecins Sans Frontières (MSF), Berlin

Blick zurück: Die Regierung im Sudan hat die Gruppe der Janjaweed in Darfur schwer bewaffnet, welche anschließend andere Stämme vertrieben und misshandelt haben – auch mit Unterstützung des sudanesischen Militärs aus der Luft. Gerhard Baum hat seit Anfang letzten Jahres darauf hingewiesen – MSF hat erst im März 2004 davon gehört – als die ersten Flüchtlingsströme im Tschad ankamen.

Inzwischen gibt es 1,6 – 1,8 Millionen Flüchtlinge: alle haben viel zu spät reagiert. Warum? Dr. von Pilar meint, das zu sagen, dass wir nichts wussten, wäre eine schlechte Ausrede.

Situation heute:

Die Situation heute ist folgende: über 400 Dörfer sind zerstört, Menschen sind vertrieben und vergewaltigt worden. Die Situation im Sudan ist im Moment ein absoluter Skandal. Erstens hört die Gewalt nicht auf, zweitens ist die Nahrungsmittel und Wasserversorgung immer noch ungenügend, ebenso die medizinische Hilfe.

MSF erklärt, dass 78 % der Erwachsenen, welche medizinisch im Lager betreut wurden, Opfer von Gewalt waren. Jedes 5. Kind unter 5 Jahren war ein Opfer von Gewalt, Frauen werden systematisch vergewaltigt.

Die Dunkelziffer ist wahrscheinlich sehr hoch (1 Fall pro Tag). Gewalt hat nicht aufgehört, entgegen der Äußerung der Regierung, so Dr. von Pilar. Es gibt ein Klima von Angst in den Lagern. Es fehlt an Schutz für die Menschen.

Meist sind die Haupttodesursachen in Notsituationen der Zusammenbruch des Gesundheitssystems – im Sudan allerdings Gewalt (Bsp. das Lager Kualla).

Ausblick:

Politisch gesehen, gibt es momentan abgesandte afrikanische Beobachter (so genannte Monitore), welche die Lage einzuschätzen und zu überwachen versuchen. Dies stellt keine Hilfe für die Not leidende Bevölkerung dar. Diese Monitore haben nicht einmal das Benzin für ihre Helikopter. Das ist nicht im humanitären Interesse der Flüchtlinge und dies sollte differenziert betrachtet werden.

Es bedarf erheblicher Anstrengungen (Regierungen, humanitäre Organisationen) um das Leiden der Bevölkerung zu lindern.

Matthias Meyer, Referatsleiter, Referat Mittlerer Osten, Maghreb und Sudan, Auswärtiges Amt, Berlin

Der Sudan ist im Sinne eines Staates mit funktionierender Infrastruktur, Gesundheitssystem etc. nicht vorhanden. So gibt es Stämme, Dörfer auf dem Land mit keinerlei Infrastruktur und Vergleichbarkeit einer westlichen Gesellschaft. Darfur ist ein Konflikt, der nicht erst entstanden ist, weil die Regierung Milizen bewaffnet hat, sondern es ist ein Konflikt, der eine längere Geschichte hat. Der Sudan ist etwas so groß wie Westeuropa – das Gebiet Darfur hat ca. die Größe von Frankreich. Schon

dies allein ist ein Grund dafür, dass es sehr schwer, fast unmöglich ist, die Menschen zu schützen, so Meyer.

Geschichte des Konfliktes:

Der Konflikt entstand durch die zurückweichende Vegetation, der Versteppung von Weideflächen. Diese Weideflächen wurden vor allem von arabischen Nomaden genutzt. Die Nomaden mussten der zurückweichenden Vegetation folgen. So kam es immer mehr zu Streitigkeiten mit afrikanischen Stämmen und den Nomaden um die noch fruchtbare Vegetation – die Regierung unterstützte die Nomaden, mit Waffen und hat dabei geholfen afrikanische Stämme zu vertreiben und ihre Dörfer zu zerstören. Es bildeten sich Rebellengruppen, weil deutlich wurde, dass nur mit Waffengewalt politische Ziele für diese afrikanischen Stämme erreicht werden konnten. So gründete sich z.B. die Sudan Liberation Army (SLA) im Norden Darfurs, um mit Waffengewalt gegen die Regierung in Khartum vorzugehen. 2003 verschärfte sich dann die Lage, weitere bewaffnete Gruppen traten auf. Der Staat hat versucht, die Macht mit Gewalt durchzusetzen, nicht indem er eigenes Militär dorthin sandte, sondern er bewaffnete Nomaden (Janjaweed), um diese gegen die Aufständischen zu stellen. Der Konflikt eskalierte.

Was konnte man tun? Erstens wurde versucht Druck auf die Regierung von Khartum auszuüben. Dafür fand man keine Unterstützung. Warum keine Unterstützung? Weil die USA und England der Meinung waren, der Friedensprozess im Süden wäre in Gefahr. Die Ansicht des Auswärtigen Amtes ist, nur wenn alle am Friedensprozess beteiligt werden, kann Frieden entstehen. So kam es zur ersten Resolution im Sicherheitsrat. Die erste Resolution im April 2004 ging mit großen Hängen und Würgen durch – sie forderte die Entwaffnung der Janjaweed und Friedensverhandlungen.

Zusammen mit der Afrikanischen Union (AU) sollte versucht werden dort aufzutreten – ca. 120 Monitore wurden entsendet. Die Zahl ist dabei viel zu gering verglichen mit der Größe des Landes. Ein Einsatz von UN Truppen wäre aber nicht sinnvoll, weil er von der Regierung und der AU nicht akzeptiert würde. Die Hilfe beschränkt sich im Moment nur in logistischer Art – damit nach außen gesehen die AU sichtbar und als effektiv erkennbar ist. Der Erfolg ist nicht voraussehbar, aber die Öffentlichkeit überwacht sozusagen und dies ist ein positiver Effekt, so Meyer.

Es muss der AU die Möglichkeit gegeben werden die Konflikte in Afrika selbst zu lösen – ohne sichtbare Hilfe der UN. Die Hilfe der UN soll sich rein auf logistische Hilfe beschränken.

Die AU ist im Aufbau und kann ein effektives Instrument werden. Der politische Prozess soll forciert werden. Deswegen muss als erstes Ziel ein humanitärer Korridor geschaffen werden. Druck auf die Verantwortungsträger muss ausgeübt werden – z.B. über Sanktionen.

Dr. Hans-Joachim Preuß, Generalsekretär Deutsche Welthungerhilfe, Bonn

Der jahrzehntelange Konflikt im Süden des Landes zwischen der SPLA (Sudan People's Liberation Army) unter John Garang einerseits und der Regierung andererseits hat die internationale Aufmerksamkeit lange auf diese Region gelenkt. Es ist nicht berücksichtigt worden, dass sich aufgrund diverser Gründe in anderen Teilen des Landes ebenfalls ein großer Druck aufbaut. Bei den vorhandenen

Konflikten überlagern sich religiöse, ethnische, ökonomische und politische Ursachen.

Im Westen des Landes wiederum wurde der SLA (Sudan Liberation Army) als einer der beiden wichtigen Rebellenbewegungen klar, dass die Regierung offensichtlich nur dann verhandelt, wenn sie mit Waffengewalt dazu gezwungen wird. Andererseits ist die militärische Präsenz der Regierung in dem riesigen Gebiet kaum in der Lage, die Rebellen zu kontrollieren, was zur Duldung und schließlich zur Förderung der Reitermilizen (Janjaweed) geführt hat.

Diese wiederum sind nur zum Teil Träger einer politischen (arabischen) Idee, sondern rekrutieren sich zu einem großen Teil aus nomadisierenden Gruppen, die nicht nur aus dem Sudan, sondern auch aus dem Tschad kommen. Einer der Gründe für ihre Aggressivität den sesshaften Gruppen in West-Darfur gegenüber ist die stets verschlechternde Ressourcenverfügbarkeit, die in der gesamten Sahelzone zu Streitigkeiten zwischen Ackerbauern und Viehzüchtern führt.

Bewaffneter Kampf und Dürre haben eine große Fluchtbewegung ausgelöst. Es wird geschätzt, dass mehr als eine Million Menschen von den Vertreibungen betroffen sind. Die Deutsche Welthungerhilfe ist seit vielen Jahren sowohl im Südsudan – im Gebiet der SPLA und im Regierungsgebiet - als auch in Darfur tätig. Im Südsudan war, von wenigen Ausnahmen abgesehen, lediglich Nothilfe durch externe Fachkräfte möglich. In West-Darfur wurde mit einer lokalen Partnerorganisation ein Ernährungssicherungsprogramm durchgeführt.

Der internationale Druck und die Aktionen der Afrikanischen Union (AU) haben dazu beigetragen, dass die Versorgung der Flüchtlinge – soweit ihre Existenz und ihre Standorte bekannt sind – erfolgen kann. Ihr Schutz ist dennoch nicht gewährleistet. Auch die geplante, aber noch lange nicht erreichte Zahl von 3.000 Soldaten vor allem aus Nigeria und Ruanda wird angesichts der Größe des Darfur und der großen Zahl von Flüchtlingen nicht wesentlich zur Verbesserung des Status der Flüchtlinge beitragen. Solange die AU-Soldaten kein robustes Mandat zur Sicherung der Lager von außen und nicht genügend Personal zur Sicherung der Lager von innen haben, wird es keine zufrieden stellende Lösung geben. Mehr noch: wenn die Flüchtlinge nicht auf absehbare von externer Nahrungsmittelversorgung abhängen wollen, ist die Einleitung ihrer Rückkehr in ihre Dörfer wichtig. Dies erfordert zum einen eine wesentlich stärkere militärische Präsenz der AU und erhebliche finanzielle Mittel, die über Nahrungsmittellieferungen hinausgehen

So gibt es eine Reihe von Vorschlägen zur Bewältigung der aktuellen Krise, von Resolutionen des Sicherheitsrates bis hin zur Entsendung von Blauhelm-Soldaten der Vereinten Nationen. Theorien haben nur einen wesentlichen Nachteil: sie funktionieren nur unter bestimmten Voraussetzungen und definierten Bedingungen. So ist es auch bei den Lösungsvorschlägen für den Sudan. Das Problem: die Voraussetzungen und Bedingungen sind nicht gegeben. Im Sicherheitsrat sitzen mit den USA und China zwei riesige Energieverbraucher, deren Politik gegenüber Sudan sich erst dann ändern wird, wenn entweder die Versorgung mit Öl aus dem Nahen Osten gesichert ist oder die Ölversorgung aus Sudan durch den internen Konflikt beeinträchtigt wird. Die Afrikanische Union besteht noch nicht lange genug, um allen aktuellen Anforderungen politisch und militärisch etwas entgegenzusetzen zu können. Selbst wenn der aktuelle Einsatz im Darfur aus Mitteln der Europäischen Union

finanziert wird, sind doch die inneren Spannungen zwischen den Staaten Afrikas so groß, dass ausgesprochen sensibel verfahren werden muss. Kommen noch Konflikte wie der gestern erneut ausgebrochene Bürgerkrieg in Liberia hinzu, muss gefragt werden, wo denn bitte die Soldaten für Friedenseinsätze herkommen sollen.

Herr Dr. Preuß meint angesichts der Komplexität der Situation sei er ratlos. Das einzige, was momentan bleibe ist die konkrete Hilfe für Menschen, die um ihr nacktes Überleben kämpfen, also humanitäre Hilfe. Es sei vor allem wichtig nicht müde zu werden: das tue unsere Regierung, die nach einer stärkeren internationalen Bedeutung strebt und versucht immer wieder auf die Lage der Flüchtlinge hinzuweisen und politisches Lobbying auf internationaler Ebene einzufordern.

Diskussion moderiert von Michael Franzke, ehemaliger Afrika-Korrespondent der ARD, Köln

Publikum (Frage 1): Welche Kriterien setzen sie für den Erfolg ihrer Arbeit an, in dem Spannungsfeld der Komplexität der humanitären Hilfe einerseits und den politischen Gegebenheiten und ökonomischen Druck andererseits?

Publikum (Frage 2): Halten sie eine politische Lösung für denkbar?

Dr. von Pilar (zur Frage2): Es gibt keine schnelle politische Lösung – wichtig ist, was soll mit der Not leidenden Bevölkerung geschehen? Was soll denn zum Schutz der Menschen passieren? Als Antwort kann man nicht gelten, dass die AU dies lösen kann – es wurde und wird nicht rechtzeitig gehandelt. Der Sudan ist keine normale Situation, es hat sich nicht viel verbessert. Wie kann es sein, dass eine Bundesregierung nicht mit Hilfe ihres Instrumentes der GTZ im Sudan interveniert?

Herr Meyer (zur Frage2): Wir wissen keine Lösung, das stimmt. Die Bundesregierung weiß ebenso keinen Rat. Die AU bat darum, dies selbst angehen zu können – die Bundesregierung unterstützt dabei die AU logistisch. Es stimmt, dass die Menschen weiterhin sterben währenddessen die AU-Aktion ins Laufen kommt. Es gibt keine Experten in den Medien welche über Afrika und insbesondere über den Sudan berichten. Wie soll man die Öffentlichkeit wach halten um den Sudan nicht zu vergessen, wenn es nicht mal Experten gibt die darüber berichten können. Der Konflikt ist auf kurze Sicht politisch nicht zu lösen, das kostet viel Geld – denn die Leute müssen in den Lagern bleiben so lange sich außen nichts getan hat.

Herr Franzke (Moderator): Die AU ist nur ein Alibi – es dauert noch viel zu lange bis sie ein wirkungsvolles Instrument geworden ist. Liberia und Sierra Leone sind aber auch Zeichen dafür, dass Länder aus Afrika UN-Mitglieder zweiter Klasse sind. Es bräuchte nur den politischen Willen mit einer gut ausgerüsteten Blauhelm-Armee rein zu gehen bis die AU das übernimmt, einfach um das Sterben und das Leiden der Bevölkerung zu stoppen.

Publikum (Frage 3): Wie können wir es schaffen die Aufmerksamkeit der Öffentlichkeit aufrecht zu erhalten?

Herr Roman Denker (Frage 4): Frage an Botschafter Meyer, wäre ein Regimewechsel im Moment denkbar?

Publikum (Frage 5): Mehr Weidegründe als Lösungsansatz?

Publikum (Frage 6): Warum dauerte es so lange bis die GTZ im Sudan als Instrument der Bundesregierung aktiv wurde?

Publikum (Frage 7): Woran liegt es, dass nur 50% der Nahrungsmittel angekommen sind?

Dr. Preuß (zur Frage 7): Es werden Schätzungen an Bedarf angegeben – falls nur 50 % angegeben werden, kommen auch nur 50 % zusammen.

(Antwort auf Frage 3) Es wäre schön, wenn es wie im Fall Afghanistan geschähe und zusammen versucht würde, also Hilfsorganisationen, Regierungen und AU, das Thema immer wieder in den Medien zu publizieren.

(zur Frage 5) Man tut viel zu wenig um die ökologischen Grundlagen zu erhalten. Warum tut man so wenig? Weil die Mittel aus dem Topf des europäischen Entwicklungszusammenarbeit stammen und diese stehen in Zukunft nicht mehr für langfristige Entwicklungsprojekte zur Verfügung – und dies setzt einen Teufelskreislauf in Bewegung.

Dr. von Pilar (zur Frage 1): Erfolgserlebnisse gibt es natürlich auch, Kriterien sind Sterberaten, Krankheiten zu verhindern etc. Aber Erfolg ist eigentlich, wenn keine Hilfe mehr benötigt wird.

(Antwort zu Frage 3) Sobald internationale Truppen (insbesondere deutsches Militär) in anderen Ländern sind, ist auch die Aufmerksamkeit der deutschen Öffentlichkeit gewährleistet. Das ist die Beste Möglichkeit die Öffentlichkeit zu informieren. Problem ist das lange Reden und wenige Handeln.

Herr Meyer: Probleme in den einzelnen Ländern können nicht verglichen werden. Nur Aufmerksamkeit zu haben ist noch keine Hilfe für die Bevölkerung. Eine militärische Präsenz von Europäern im Sudan ist nicht möglich – ohne Amerikaner ist das nicht möglich.

(zur Frage 4): Regimewechsel wäre nett, aber im Sudan unmöglich – es gibt nur sehr kleine Oppositionsgruppen. Denkbar ist dies nur aus dem Militär heraus – würde aber wahrscheinlich nichts verbessern.

Anlage: Programm der Veranstaltung

Freitag, 29.10.2004

15:00 Eröffnung

Dr. Matthias Albrecht, Vorstandsmitglied Ärztekammer Berlin

Dr. Ulrike von Pilar, Geschäftsführerin Ärzte ohne Grenzen/MSF, Berlin

15:10 Begrüßung

Christa Nickels, Vorsitz Ausschuss für Menschenrechte und Humanitäre Hilfe, Deutscher Bundestag, Berlin

15:20 Einführung in die Thematik

Dr. Mit Philips, Vorstandsmitglied Médecins Sans Frontières (MSF), Brüssel

Dr. Assia Brandrup-Lukanow, Leiterin Abteilung für Gesundheit, Bildung und Soziale Sicherheit, Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ) GmbH, Eschborn

Moderation: *Dr. Carsten Mantel*, Leiter Master-Studiengang International Health, Tropeninstitut Berlin

17:30 Fallbeispiel: Wiederaufbau des Gesundheitswesens in Afghanistan

Dr. Peter Schmitz, Leitender Arzt Malteser Auslandsdienst, Köln

“Wiederaufbau der Gesundheitsversorgung in einer Provinz in West Afghanistan – Erfahrungen der Malteser“

Eileen Daly, Health Coordinator Afghanistan, Internationales Komitee des Roten Kreuzes (IKRK), Kabul

Dr. Laurence Laumonier-Ickx, Principal Program Associate, Management Sciences for Health (MSH), Kabul

Dr. Guy Caussé., Head of Mission Ärzte der Welt (MDM), Kabul

Moderation: *Dr. Egbert Sondorp*, Senior Lecturer Public Health and Humanitarian Aid, London School of Hygiene & Tropical Medicine (LSHTM), London

Samstag, 30.10.2004

Politisch-rechtliche Fragen humanitärer Hilfe
Hörsaal (2. OG) – Deutsch-Englische
Simultanübersetzung

Medizinische Fragen humanitärer Hilfe
Galerie (Erdgeschoss) – Keine
Simultanübersetzung

**09:00 Kostendeckung und
Behandlungs-gebühren: Hilfe oder
Hindernis für eine effiziente
medizinische Versorgung?**

Dr. Egbert Sondorp, Senior Lecturer Public Health and Humanitarian Aid, London School of Hygiene & Tropical Medicine (LSHTM), London

”Jemand muss zahlen”

Dr. Mit Philips, Vorstandsmitglied Médecins Sans Frontières (MSF), Brüssel

Dr. Friedrich von Massow, Fachberater für Pharmazie, Institute for Life Sciences and Environment (I-LSE) GmbH, Heidelberg

”Arzneimittel – Markt-bestimmte Kosten bei der Behandlung“

Dr. Joachim Schüürmann, KfW (Kreditanstalt für den Wiederaufbau) Bankengruppe, Frankfurt/M

**09:00 Herausforderungen bei der
Auswei-tung der HIV/Aids-Behandlung
(auf Englisch)**

Dieter Wenderlein, Leiter Abteilung „Eine-Welt-Arbeit“, Gemeinschaft Sant’Egidio, Würzburg

”Aids-Therapie in Mosambik - Erfahrungen aus dem DREAM-Programm der Gemeinschaft Sant’Egidio“

Dr. Heiko Karcher, PMTCT Co-ordinator Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ) GmbH, Berlin

”Implementing and scaling up PMTCT Plus Programmes - Experience from East Africa”

Dr. Gilles Raguin, Leiter der internationalen Programme, Médecins du monde (MDM), Paris

Ricardo Kuchenbecker, Koordinator des Ntwanano Projekts – Zusammenarbeit zwischen Brasilien und Mosambik in HIV/Aids,

Moderation: *Dr Katharina Müller*,
Wissenschaftliche Mitarbeiterin Deutsches
Institut für Entwicklungspolitik (DIE), Bonn

11:30 Wenn humanitäre Hilfe politischen Zielen untergeordnet wird

Emmanuel Tronc, Policy & Advocacy
Coordinator, Médecins Sans Frontières
(MSF), Genf

Dr. Michael Schloms, Forscher, German
Institute for Development Policy (DIE),
Bonn

*"Das Dilemma Humanitärer Hilfe in
Nordkorea"*

Stéphane Sisco, Leiter Crises Analysis
Group, Médecins du monde (MDM), Paris
*"Humanitäre Hilfe im breiten politischen
Kontext"*

Moderator: *Michael Franzke*, ehemaliger
Afrika-Korrespondent der ARD, Köln

14:30 Nachhaltigkeit: Voraussetzung für HIV/Aids-Behandlung in Ländern mit hoher Prävalenz?

Dr. Sybille Rehmet, Senior Advisor,
Disease Control/ART/Epidemiology,
Deutsche Gesellschaft für Technische
Zusammenarbeit (GTZ) GmbH, Berlin

Dr. Gilles Raguin, Leiter der internationalen
Programme, Médecins du monde (MDM),
Paris

Dr. Daniel Tarantola, Instructor Department
of Population and International Health,
Harvard School of Public Health (HSPH),
Boston

Dr. Tido von Schön-Angerer, Leiter
Programmabteilung Médecins Sans
Frontières (MSF), Berlin

Moderation: *Katja Roll*, Pressesprecherin
Aktionsbündnis gegen Aids, Tübingen

Hörsaal (2. OG) – Deutsch-Englische Simultanübersetzung

17:00 Darfur: Analyse der Krise im Westsudan

Dr. Hans-Joachim Preuß, Generalsekretär Deutsche Welthungerhilfe, Bonn
Matthias Meyer, Referatsleiter, Referat Mittlerer Osten, Maghreb und Sudan,
Auswärtiges Amt, Berlin

Porto Alegre

*"The Challenges for Scaling Up Treatment:
The Brazilian Experience"*

Moderation: *Tobias Luppe*, Kampagne für
den Zugang zu unentbehrlichen
Medikamenten, Médecins Sans Frontières
(MSF), Berlin

11:30 Schwierigkeiten bei der Einführung moderner Malaria-Behandlung und Diagnose (auf Englisch)

Dr. Alan Schapira, Koordinator Strategy
and Policy Team, Roll Back Malaria
Department, Weltgesundheitsorganisation
(WHO), Genf

*"The role of confirmatory diagnosis in
malaria case management"*

Dr. Frank Mockenhaupt, Tropeninstitut,
Berlin

Dr. Kai Braker, Medizinischer Berater
Médecins Sans Frontières (MSF), Berlin

Moderation: *Dr. Carsten Mantel*, Leiter
Master-Studiengang International Health,
Tropeninstitut Berlin

14:30 Herausforderungen bei der Therapie vernachlässigter Krankheiten: Forschungslücken und mangelnde Behandlungsprogramme (auf Deutsch)

Dr. August Stich, Chefarzt

Missionsärztliches Institut, Würzburg
Dr. Christian Wagner, BUKO Pharma-
Kampagne, Bielefeld

Dr. Ole Wichmann, Tropeninstitut Berlin

*"Dengue: Epidemiologie, Management und
Prävention einer vernachlässigten
Krankheit"*

Dr. Jean-René Kiechel, Projektmanager
Drugs for Neglected Diseases Initiative
(DNDi), Genf

"Überwindung der Krise in

*Arzneimittelforschung für vernachlässigte
Krankheiten"*

Moderation: *Prof. Dr. Ulrich Bienzle*,
Direktor Tropeninstitut Berlin

Dr. Ulrike von Pilar, Geschäftsführerin Ärzte ohne Grenzen/MSF, Berlin
Moderator: *Michael Franzke*, ehemaliger Afrika-Korrespondent der ARD, Köln

19:00 Abschluss

Prof. Dr. Wilfried Schilli, Vorstandsvorsitzender Médecins du Monde (MDM), München