



**Medicus Mundi
Schweiz**

Gesundheit für alle

Es ist an der Zeit, im Wettlauf um die Erfüllung der globalen Ziele das Ungezählte mitzuberücksichtigen

Warum gelingt es uns nicht, HIV zu beenden?

Von Sara L.M. Davis

Im Hinblick auf das erste virtuelle Treffen der Internationalen AIDS-Konferenz ist es an der Zeit, darüber nachzudenken, welche politischen Massnahmen für die lückenhaften Daten hinsichtlich der Bekämpfung von HIV verantwortlich sind, schreibt Sara L.M. Davis.



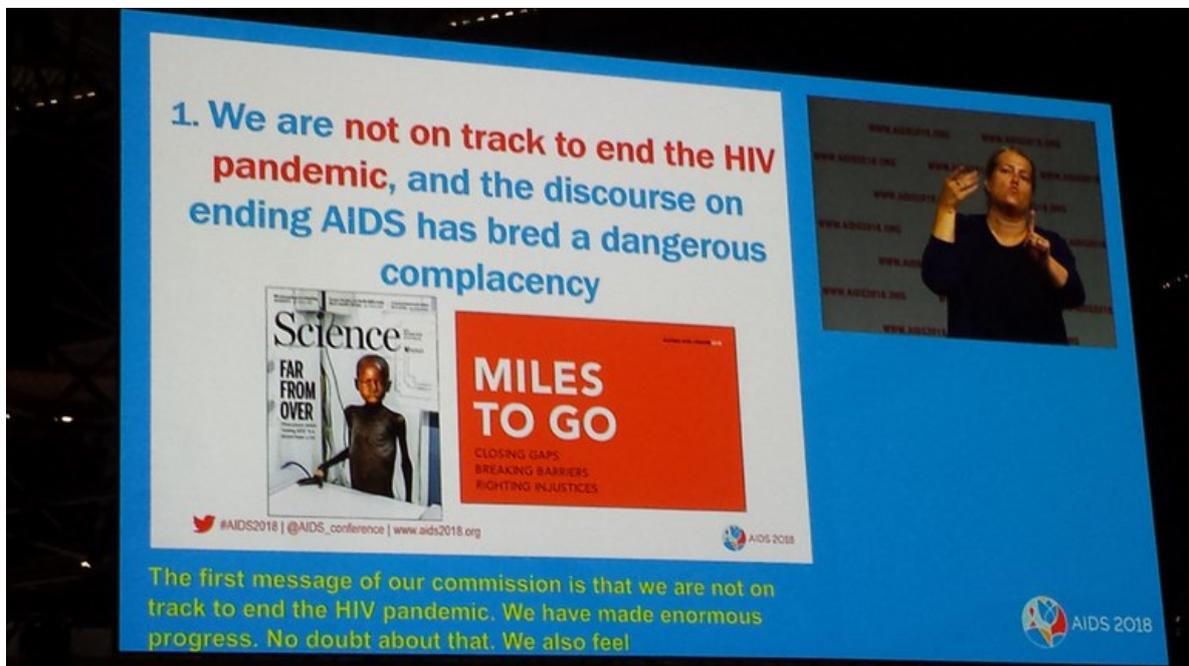
Foto: DFID - UK Department for International Development/flickr, CC BY 2.0

Eigentlich sollte dieses Jahr gefeiert werden – als Jahr, in dem die von der UN-Generalversammlung gesetzten Meilensteine zur Beendigung von HIV bis 2030 erreicht würden. Doch während die Internationale AIDS-Konferenz, das weltweit größte Treffen von Wissenschaftlern, Beamten und Aktivisten zum Thema HIV, online tagt (AIDS2020), ist klar, dass die Welt von diesem Ziel weit entfernt ist. Warum?

Viele werden behaupten, COVID-19 sei schuld, und zweifellos hat die neue Pandemie verheerende Auswirkungen auf die Antwort auf HIV. In meinem neuen Buch *The Uncounted: Politics of Data in Global Health* führe ich aber aus, dass ein wichtiger Grund, warum wir bei der Überwindung von HIV scheitern, darin liegt, dass das Ziel selbst mit Makeln behaftet ist. Die Illusion der „Beendigung von AIDS“, verbunden mit unzureichenden Mitteln zur Erreichung des Ziels auf globaler Ebene, bewog die Geldgeber, ihre Bemühungen auf eine kleine Zahl von Ländern zu beschränken. Viele andere Länder, aber auch die Frage, wie Stigmatisierung, Diskriminierung und Kriminalisierung die Antwort auf HIV untergraben, wurden währenddessen vernachlässigt.

Als Mitglied des Koordinationsrats von UNAIDS und des Verwaltungsrats des Globalen Fonds zur Bekämpfung von Aids, Tuberkulose und Malaria sowie Gastland für die Hauptsitze dieser Organisationen sollte die Schweiz auf einen sinnvolleren Ansatz für die nächsten Strategien von UNAIDS und dem Globalen Fonds drängen. Diese sollten auch dazu beitragen, nachhaltige Investitionen in die Mobilisierung spezifischer Communities zu gewährleisten, damit Menschen identifiziert und erreicht werden, die bei Gesundheitsdaten meist nicht mitgezählt werden.

Als Mitglied des Koordinationsrats von UNAIDS und des Verwaltungsrats des Globalen Fonds zur Bekämpfung von Aids, Tuberkulose und Malaria sowie Gastland für die Hauptsitze dieser Organisationen sollte die Schweiz auf einen sinnvolleren Ansatz für die nächsten Strategien von UNAIDS und dem Globalen Fonds drängen. Diese sollten auch dazu beitragen, nachhaltige Investitionen in die Mobilisierung spezifischer Communities zu gewährleisten, damit Menschen identifiziert und erreicht werden, die bei Gesundheitsdaten meist nicht mitgezählt werden.



Präsentation von Peter Piot an der Welt-Aids-Konferenz 2018. Foto: MMS

Ehrgeizige Ziele vs. sinkende Mittel

Mit der Verabschiedung der Ziele für nachhaltige Entwicklung (SDGs) im Jahr 2016 verpflichtete sich die UN-Generalversammlung dazu, bis 2030 „die Aids-Epidemie [...] zu beenden“ (GA-Resolution 70/1, 16 [eigentlich Ziel 3. 3.3.]). Die zentralen Test- und Behandlungsziele, die UNAIDS für 2020 gesetzt hatte, sind als „90-90-90“ Ziele bekannt:

- 90% aller Menschen, die mit HIV leben, sind getestet und kennen ihren HIV-Status.
- 90% aller Menschen mit diagnostizierter HIV-Infektion erhalten eine nachhaltige antiretrovirale Therapie, und
- 90 % aller Menschen, die eine antiretrovirale Therapie erhalten, zeigen eine Virussuppression (UNAIDS 2017).

Menschen mit HIV-Diagnose, die sich über ausreichend lange Zeit einer antiretroviralen Therapie unterziehen, können ein gesundes Leben führen und ihre Viruslast (Anzahl HIV-Partikel im Blut) so weit reduzieren, dass das Virus nicht mehr nachweisbar ist und nicht auf andere übertragen werden kann. Infektionskrankheitsmodelle von UNAIDS zu diesem Ansatz haben 2015 überzeugend gezeigt, dass eine weltweite Ausweitung der antiretroviralen Behandlung auf die 90-90-90-Ziele in Ländern mit hoher Prävalenz wie Südafrika und Uganda einen deutlichen Umschwung bewirken könnten.

Genauso wichtig war meiner Ansicht, dass für Geldgeber, die eine Exitstrategie suchten, die Idee einer „Beendigung von Aids“ sehr attraktiv war. Die USA, Grossbritannien, europäische Länder und Japan finanzieren die weltweite HIV-Bekämpfung seit Jahrzehnten. Durch die

Überwindung von Aids durch einen letzten Kraftakt könnten sie auch ihre finanziellen Verpflichtungen beenden oder zumindest reduzieren.



Protest gegen die Ausrichtung der nächsten Welt-Aids-Konferenz in San Francisco 2020. Foto: MMS

Zur Erreichung dieser Ziele verlangten die Modelle eine massive Aufstockung der Mittel, als die HIV-Finanzierung gerade auf Höchststand war. Von den frühen 2000er-Jahren an war die Entwicklungshilfe für HIV global gestiegen, nach dem Einbruch der Weltwirtschaft 2008 aber gesunken und zog 2013/14 wieder an. Doch gerade als die UN-Mitgliedstaaten ihre ehrgeizigen Ziele verabschiedeten, verschob sich die politische Landschaft in zwei führenden Geberländern grundlegend. Die Briten stimmten dem Ausstieg aus der Europäischen Union zu und die US-Amerikaner wählten Donald Trump zum Präsidenten. Zunehmende Fremdenfeindlichkeit und der vermehrte Fokus auf Innenpolitik führten zu Kürzungen der Entwicklungshilfe im Gesundheitsbereich, die 2018 um 3,3 Prozent sank (IHME 2019: 14). 2019 schlug Präsident Trump für den Globalen Fonds einschneidende Kürzungen von 29 Prozent vor. Dagegen widersetzte sich der Kongress und beschloss stattdessen eine Erhöhung, doch die Drohung steht weiter im Raum (Friends of the Global Fight 2019). Von 2010 bis 2019 gingen die von anderen Gebern bereitgestellten Mittel zur HIV-Bekämpfung um über 1 Milliarde Dollar zurück (Kates et al. 2019).

Der Fast-Track-Ansatz versprach, eines Tages Abhilfe für die Gebermüdigkeit zu schaffen. Um diesen Tag zu erreichen, müssten die Geber haushalterisch mit ihren schrumpfenden Mittel umgehen, der Öffentlichkeit klar vermitteln, dass die Investitionen Fortschritte bei der Überwindung von Aids ermöglichen und jeder Dollar (oder Euro) zähle. Damit entstand ein Druck auf die Geldgeber, Rationierungen durchzuführen. In meinem Buch zeige ich einige der

hitzen Debatten zur Frage auf, welche Länder für Hilfe, beispielsweise aus dem Globalen Fonds, infrage kommen sollten. Geberländer bevorzugten grössere Länder mit hoher HIV-Prävalenz, insbesondere in Afrika südlich der Sahara, in der Erwartung, diese könnten HIV unter Kontrolle bringen.

Kosteneffizienz als vorherrschendes Kriterium

Diese auf den Grundsatz der Kosteneffizienz gestützte Logik wurde bestärkt durch neue Forschungsergebnisse, die nachzuweisen begannen, dass sich auf substaatlicher Ebene mit der Unterstützung von Spitälern und Kliniken mit dem höchsten Bedarf eine bessere Wirkung erzielen liesse als durch die gleichmässige Bekämpfung von HIV in der Gesamtbevölkerung. Die Nutzung epidemiologischer Daten zur Erstellung von Heatmaps, die zeigten, wo die Epidemie konzentriert auftritt, würde nationalen Gesundheitsplanern erlauben, Dienstleistungen besser auf „HIV-Hotspots“ auszurichten und „auf den Bedarf und Kontext spezifischer Bevölkerungen zuzuschneiden“ (Piot et al. 2015). Länder, die Aids-Hilfe erhielten, wurden angehalten, Software zur Kosteneffizienz zu nutzen, um „Investitionsfälle“ auszuarbeiten, die zeigen, wie sie die vorliegenden Daten zur gezielten Ausrichtung der Leistungen nutzen würden, um mit begrenzten Mitteln eine möglichst grosse Wirkung zu erzielen.

Die Geber begannen, ihre Prioritäten von der weltweiten Ebene auf die höchste lokale Ebene zu verlagern, um der Logik der Kosteneffizienz zu genügen. Sie zogen die Mittel aus kleineren Ländern mittleren Einkommens zurück, wo sich HIV auf Schlüsselgruppen der Bevölkerung konzentriert, und fokussierten auf grössere Niedrigeinkommensländer, wo HIV weit verbreitet ist. Die Mittel wurden auch auf Hotspots konzentriert, wo die Übertragungsraten am höchsten sind. Der logische Gedanke dahinter war, dass Länder mittleren Einkommens nach dem Verlust der externen Hilfe in ihren eigenen Antworten ebenfalls auf Grundsätze der Kosteneffizienz setzen würden. Nach Rückzug der Geber würden die nationalen Regierungen die HIV-Bekämpfung verstärken, ihre Mittel auf Hotspots ausrichten, um Schlüsselgruppen (Sexarbeiterinnen, Männer, die Sex mit Männern haben, Transgender-Menschen, Drogenkonsumenten) zu erreichen.

Diese globale Ausweitungs- und Zielgruppenstrategie zur Überwindung von HIV wurde durch mathematische Modelle gerechtfertigt, die Erfolge voraussagten. Doch die für das Design dieser Modelle herangezogenen Annahmen verabsäumten es, die Realitäten vor Ort – Stigmatisierung, Diskriminierung, fehlende Gleichberechtigung zwischen Geschlechtern, Korruption im Gesundheitssektor, die den Zugang zu einer Behandlung in der Praxis so sehr erschweren – einzubeziehen oder zu quantifizieren. Sie klammerten Dinge aus, die Seaver (2015) als „durch die Mathematik spukenden unquantifizierten Rest“ bezeichnet.

Diese globale Ausweitungs- und Zielgruppenstrategie zur Überwindung von HIV wurde durch mathematische Modelle gerechtfertigt, die Erfolge voraussagten. Doch die für das Design dieser Modelle herangezogenen Annahmen verabsäumten es, die Realitäten vor Ort – Stigmatisierung, Diskriminierung, fehlende Gleichberechtigung zwischen Geschlechtern, Korruption im Gesundheitssektor, die den Zugang zu einer Behandlung in der Praxis so sehr erschweren – einzubeziehen oder zu quantifizieren. Sie klammerten Dinge aus, die Seaver (2015) als „durch die Mathematik spukenden unquantifizierten Rest“ bezeichnet.



Menschenrechtsorganisationen sind besorgt! #AIDS2018. Foto: MMS

Zu diesen Realitäten gehört die Tatsache, dass in den meisten Ländern unabhängig vom nationalen Einkommensniveau Schlüsselgruppen kriminalisiert, verborgen oder von Missbrauch, Gefängnis und Diskriminierung bedroht sind. Das hätte von vornherein klar sein müssen. Am hochrangigen Treffen, an dem die UN-Mitgliedstaaten dem Fast-Track-Ansatz zustimmten,

schlossen manche Mitgliedstaaten Gruppen, die von Schlüsselpopulationen getragen werden, sogar von der Teilnahme aus (Holpuch 2016). So liegen für manche Länder keine oder kaum zuverlässige Daten über Schlüsselgruppen vor, was ein „Datenparadox“ schafft: „Entscheidungsträger leugnen, dass es stark betroffene Bevölkerungsgruppen gibt ... daher wird zu diesen Bevölkerungsgruppen nicht geforscht; der Mangel an Daten leistet der Verleugnung Vorschub und so weiter“ (Baral und Greenall, 2013).

Das Nichtvorhandensein von Beweisen wird als Beweis des Nichtvorhandenseins genommen und die Körper, deren Existenz verleugnet wird, werden in Unsichtbarkeit, Krankheit und sogar Tod getrieben. Fehlende Daten bedeuten, dass die Kosteneffizienzanalyse darin scheitern könnte, verborgene, nicht erhobene Schlüsselpopulationen für lebensrettende Leistungen zu priorisieren.

Das Nichtvorhandensein von Beweisen wird als Beweis des Nichtvorhandenseins genommen und die Körper, deren Existenz verleugnet wird, werden in Unsichtbarkeit, Krankheit und sogar Tod getrieben. Fehlende Daten bedeuten, dass die Kosteneffizienzanalyse darin scheitern könnte, verborgene, nicht erhobene Schlüsselpopulationen für lebensrettende Leistungen zu priorisieren.

Die Kosten der politischen Negierung werden zunehmend deutlich. 2019 berichtete UNAIDS, dass weltweit HIV zwar rückläufig ist, über die Hälfte der Neuinfektionen aber auf Schlüsselgruppen und ihre Partnern zurückgehen (UNAIDS 2019, 11).

Welche Ausrichtung für die nächste Strategie?

UNAIDS macht keinerlei Anstalten, die mit Makeln behafteten 90-90-90-Ziele aufzugeben. Die Experten, mit denen ich gesprochen habe, halten die 90-90-90-Ziele für gut und glauben, einzelne Länder hätten versagt, was oft an mangelndem politischem Willen liege. Doch wenn wir uns der Dekolonisierung der globalen Gesundheit verpflichtet fühlen, müssen wir die Machtungleichgewichte überdenken, die dafür ausschlaggebend sind, welche Strategien und Ziele technische Experten aus dem globalen Norden schreiben und festlegen; Ziele, die Geber dazu bringen, die Hilfe unter Ländern zu rationieren, während die am stärksten marginalisierten Bevölkerungsgruppen durch das Raster fallen.

Die Regierung der Schweiz, in der die globalen Gesundheitsagenturen ihren Hauptsitz haben und die in deren Leitungsgremien Einsitz hat, kann darauf drängen, diese Machtverhältnisse zu überdenken und zu demokratisieren.

Die Regierung der Schweiz, in der die globalen Gesundheitsagenturen ihren Hauptsitz haben und die in deren Leitungsgremien Einsitz hat, kann darauf drängen, diese Machtverhältnisse zu überdenken und zu demokratisieren. Die kommenden Strategien von UNAIDS und dem Globalen Fonds sollten, wie das Globale Netzwerk von Menschen mit HIV (GNP+ 2019) angemerkt hat, „der letzten Meile Vorrang geben“: die Priorität auf die Finanzierung der abgelegensten, schwer erreichbaren Gruppen und versteckter Schlüsselpopulationen sowie auf heranwachsende Mädchen und junge Frauen legen, die am meisten gefährdet sind und am schwersten Zugang zum formalen Gesundheitssektor haben.

Sie sollten auch Datensouveränität fördern. Allzu oft haben Forschende ihre Daten zum Nutzen internationaler Agenturen erhoben, ohne dass lokale Gruppen eindeutig davon profitiert hätten. Gleichgesinnte Geber einschliesslich der Schweiz sollten darauf drängen, dass die Mobilisierung der Menschen aus Communities unterstützt wird, um diese Bevölkerungsgruppen zu erreichen. Dazu gehört auch die Einrichtung von kleineren, langfristigeren Finanzierungstöpfen, um das Engagement zivilgesellschaftlicher Gruppen auf allen Ebenen der globalen Antwort auf HIV zu unterstützen: von gemeindebasierten Organisationen, die das Vertrauen von Schlüsselgruppen der Bevölkerung geniessen und deren Gesundheitsdaten erheben können, bis zu deren Vertretern in nationalen und globalen Entscheidungsprozessen des Gesundheitsbereichs.

Angesichts der sich ausbreitenden Krise einer zweiten weltweiten Pandemie ist es an der Zeit, die Illusion der „Beendigung von Aids“ zugunsten von Zielen aufzugeben, die wir alle voranbringen können: mit einer nachhaltigen Antwort, die diese am stärksten marginalisierten Menschen ins Zentrum stellt.

Literatur

- Baral, Stefan und Matt Greenall. "The 'Data Paradox'", in *Where There Is No Data*, ein Blog von Matt Greenall. 5. Juli. Abgerufen am 18. August 2019.
<https://wherethereisnodata.wordpress.com/2013/07/05/the-data-paradox/>.
- Davis, Sara L.M. 2020. *The Uncounted: Politics of Data in Global Health*. Cambridge University Press.
- Resolution 70/1 der Generalversammlung. *Transforming Our World: The 2030 Agenda for Sustainable Development*, A/RES/70/1 (verabschiedet am 25. September 2015), abrufbar unter https://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/70/1&Lang=E.

- Resolution 70/26 der Generalversammlung. *Political Declaration on HIV and AIDS: On the Fast Track to Accelerating the Fight against HIV and to Ending the AIDS Epidemic by 2030*, A/RES/70/266 (verabschiedet am 8. Juni 2016), abrufbar unter https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2016-political-declaration-HIV-AIDS_en.pdf.
- Global Network of People Living with HIV (GNP+). 2019. "Universal Health Coverage: Putting the Last Mile First". 10. Mai. Abgerufen am 27. Juni 2020. <https://www.gnpplus.net/universal-health-coverage-putting-the-last-mile-first/>.
- Holpuch, Amanda. 2016. "UN Pledges to End AIDS Epidemic but Plan Barely Mentions Those Most at Risk." *The Guardian*, 8. Juni. Abgerufen am 29. September 2019. <https://www.theguardian.com/society/2016/jun/08/un-hiv-aids-summit-gay-transgender-groups-excluded>.
- Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). 2019. *Financing Global Health 2018: Countries and Programs in Transition*. Seattle: University of Washington.
- Kates, Jennifer, Adam Wexler, Eric Lief. 2019. *Donor Government Funding for HIV in Low and Middle-Income Countries in 2018*. KFF. Abgerufen am 23. September 2019. <https://www.kff.org/report-section/donor-government-funding-for-hiv-in-low-and-middle-income-countries-in-2018-report/>.
- Kavanaugh, Matthew. 2016. "Dear UNAIDS: Magical Thinking on Who Will Fund the AIDS Response Will Not End the Epidemic". In einem Blogbeitrag für HealthGap, 6. April. Abgerufen am 15. August 2019. <https://healthgap.org/dear-unaid-magical-thinking-on-who-will-fund-the-aids-response-will-not-end-the-epidemic/>.
- Piot, Peter, Salim S. Abdool Karim, Robert Hecht, Helena Legido-Quigley, Kent Buse, John Stover, Stephen Resch et al. im Auftrag der UNAIDS-Lancet Commission. 2015. "Defeating AIDS: Advancing Global Health." *The Lancet* 386, Nr. 9989: 171-218. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)60658-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)60658-4).
- Seaver, Nick. 2015. "The nice thing about context is that everyone has it". *Media, Culture and Society* 37, Nr. 7: 1101-09. <https://doi.org/10.1177/0163443715594102>
- Strathern, Marilyn. 2000. "The Tyranny of Transparency". *British Educational Research Journal* 26, Nr. 3: 309-321.
- UNAIDS. 2019. *Communities at the Centre: Defending Rights, Breaking Barriers, Reaching People with HIV Services*. Global AIDS Update. Genf, CH: UNAIDS. Abgerufen am 14. August 2019. <https://www.unaids.org/en/resources/documents/2019/2019-global-AIDS-update>.



Sara L.M. Davis, bekannt als Meg, ist Anthropologin und arbeitet am Global Health Centre des Graduate Institute und am Geneva Centre of Humanitarian Studies. Ihr neues Buch, "The Uncount: Politics of Data in

Global Health" ist bei Cambridge University Press erhältlich. Zu Menschenrechten und COVID-19 produziert sie den Podcast The Right On! Email

Kontakt

Deutschschweiz

Medicus Mundi Schweiz
Murbacherstrasse 34
CH-4056 Basel
Tel. +41 61 383 18 10
info@medicusmundi.ch

Suisse romande

Medicus Mundi Suisse
Rue de Varembé I
CH-1202 Genève
Tél. +41 22 920 08 08
contact@medicusmundi.ch

Bankverbindung

Basler Kantonalbank, Aeschen, 4002 Basel
Medicus Mundi Schweiz, 4056 Basel
IBAN: CH40 0077 0016 0516 9903 5
BIC: BKBBCHBBXXX