



## Know your epidemic – Know your response

### HIV-Prävention in der deutschen Entwicklungszusammenarbeit

#### HIV und AIDS als globale Herausforderung

Nach Angaben von UNAIDS und WHO (Dezember 2009) lebten im Jahr 2008 weltweit 33,4 Mio. Menschen mit einer HIV-Infektion, davon 15,7 Mio. Frauen und über 2 Mio. Kinder unter 15 Jahren. Dies waren 20% mehr Menschen als im Jahr 2000 und die HIV-Prävalenz war drei Mal so hoch wie in 1990.

Die in den letzten Jahren weiter gestiegenen HIV-Prävalenzraten legen nahe, dass hier ein kombinierter Effekt von anhaltend hohen Infektionsraten mit der gestiegenen Verfügbarkeit von antiretroviraler Therapie und damit einhergehender Erhöhung der Lebenserwartung eingetreten ist. Bis Ende 2008 hatten insgesamt 4 Mio. Menschen in Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen ARV-Therapie erhalten, was einer 10fachen Steigerung über 5 Jahre entspricht.

Auch die Verbreitung von Programmen zur Verhinderung der Mutter-Kind-Übertragung ist von 2004 bis 2008 von 10% auf 45% erheblich gestiegen. 2008 war die Zahl der Neuinfektionen unter Kindern 18% niedriger als 2001. Nachweisliche Erfolge von HIV-Präventionsmaßnahmen haben z.B. Tansania, Sambia und die Dominikanische Republik erzielt. Allgemein verbesserte nationale Überwachungssysteme, Befragungsmethoden und Laborverfahren ermöglichen genauere Einschätzungen der HIV-Epidemie hinsichtlich Übertragungswegen, Verhaltensanpassung und Infektionscharakteristika.

Aufgrund der heute verfügbaren epidemiologischen Daten wird vermutet, dass die globale HIV-Ausbreitung 1996 am stärksten war. Während damals jährlich 3,5 Mio. Neuinfektionen auftraten, waren es 2008 30% weniger. Der höchste Wert für AIDS-bedingte Todesfälle lag vermutlich im Jahr 2004; 2008 gab es mit 2 Mio. Todesfällen 10% weniger Verstorbene an AIDS.

Dennoch bleiben die Herausforderungen immens. Auf zwei Menschen, die eine ARV-Behandlung beginnen, kommen fünf neue HIV-Infektionen. 75% der mit HIV lebenden Jugendlichen und jungen Erwachsenen sind weiblich. Gegenwärtig leben ca. 22,4 Mio. HIV-Infizierte (67%) in Sub-Sahara Afrika. Das südliche Afrika bleibt mit einer durchschnittlichen HIV-Prävalenzrate von über 10 % unter Erwachsenen besonders betroffen, auch wenn in vielen Ländern eine Stabilisierung zu beobachten ist. In Ostafrika jedoch wird ein Zunahmetrend erhöhten Risikoverhaltens und eine Verlagerung aus den Städten in ländliche Gebiete beobachtet. Westafrikanische Länder sind bislang weniger betroffen mit Prävalenzen zwischen unter 1% (Gambia, Niger) bis knapp über 3% (Togo, Nigeria). In Zentralwest- und Zentralafrika sind Prävalenzen zwischen 3,4% (Äquatorialguinea) und 6,3% (Zentralafrikanische Republik) zu verzeichnen.

In Asien liegt die Prävalenz mit Ausnahme von Thailand unter 1%. In absoluten Zahlen von HIV-Infizierten steht die asiatische Region allerdings aufgrund der Größe der Bevölkerung an zweiter Stelle im weltweiten Vergleich. Die Hälfte der Menschen mit HIV in Asien leben in Indien. Der Anteil infizierter Frauen an allen Infizierten ist in Asien von 19% im Jahr 2000 auf 35% im Jahr 2008 angestiegen. In Ost-Europa, Zentralasien und auch anderen Teilen Asiens nimmt die HIV-Prävalenzrate besonders schnell zu: seit 2001 sind 66% Neuinfektionen zu verzeichnen. 57% dieser Neuinfektionen finden sich unter injizierenden Drogennutzer/innen. Dagegen sind in Lateinamerika und der Karibik die HIV-Infektionsraten seit 2004 relativ stabil geblieben.

In den letzten Jahren ist immer deutlicher geworden, dass sich die für die HIV-Epidemie maßgeblichen Faktoren innerhalb eines Landes oder einer Region

erheblich voneinander unterscheiden und fortlaufend verändern können. Daraus abgeleitet wird die Maxime „**Know your epidemic, know your response**“ heute neben anderen Grundprinzipien wie Partizipation als zielführend für wirksame Maßnahmen angesehen. Noch immer basieren nationale Strategien nicht ausreichend genug auf der Auswertung epidemiologischer Daten, behindern Gesetze eine effektive HIV-Prävention, muss die Evidenzbasis von HIV-Präventionsmaßnahmen weiter gestärkt werden und besteht eine große Herausforderung darin, den für den jeweiligen Landeskontext wirksamen Methodenmix zu identifizieren (*Combination HIV Prevention*). Zu wenig berücksichtigt wird auch das besondere Risiko von Schlüsselgruppen (je nach kulturellem Kontext), wie Personen mit parallelen sexuellen Beziehungen, Männern, die Sex mit Männern haben, und injizierenden Drogennutzern. Die Beratung zum Leben mit HIV gewinnt weiter an Bedeutung. Neben Prävention stellt die Sicherung der Versorgung der Kranken eine zentrale zukünftige organisatorische und finanzielle Herausforderung dar. Diese kann nur im Zusammenwirken und gemeinschaftlicher Verantwortung aller Partner bewältigt werden.

## Der internationale politische Rahmen

Im Jahr 2000 hat sich die internationale Gemeinschaft mit den Millenniumsentwicklungszielen (*Millennium Development Goals*, MDGs) verpflichtet, bis zum Jahr 2015 die Zahl der Menschen, die mit weniger als einem US-Dollar am Tag auskommen müssen, zu halbieren. Unter den acht gesetzten Zielen wurde ein eigenständiges MDG 6 festgelegt, um die Ausbreitung des HI-Virus, zusammen mit Malaria und anderen übertragbaren Krankheiten, bis 2015 zum Stillstand zu bringen und den Trend umzukehren. Auch die anderen sieben MDGs haben indirekte Bezüge zur AIDS-Bekämpfung.

Außerdem hat sich die internationale Gemeinschaft in der Verpflichtungserklärung der UN-Sondervollver-

sammlung 2001 dem Ziel des allgemeinen Zugangs zu HIV-Prävention, Behandlung und Versorgung bis zum Jahr 2010 verschrieben (*Universal Access Initiative*). UNAIDS hat die führende Rolle in der Koordination und Stärkung der weltweiten Anstrengungen inne.

Diesen Selbstverpflichtungen entsprach ein verstärktes internationales Engagement in der Folgezeit. So wurden neue Ressourcen über finanzstarke Initiativen bereitgestellt und neue Finanzierungsinstrumente, wie z.B. der von Deutschland mit unterstützte „Globale Fonds zur Bekämpfung von AIDS, Tuberkulose und Malaria“ (GFATM), ins Leben gerufen. Ergänzend zu anderen bi- und multilateralen Maßnahmen finanziert dieser Fonds in großem Maßstab Medikamente für antiretrovirale Therapien. Ein Drittel seiner Gelder werden für HIV-Präventionsmaßnahmen, hier insbesondere für *Community outreach*, freiwillige Tests und Beratung (VCT), Prävention von Mutter-Kind-Übertragung (PMTCT) und die Bereitstellung von Kondomen eingesetzt.

Seit 2003 finanziert die US-amerikanische Regierung den Hilfsfonds PEPFAR („The United States President’s Emergency Plan for AIDS Relief“), der in ausgewählten Ländern insbesondere HIV-Tests und antiretrovirale Behandlungen unterstützt. Die Ausweitung von PMTCT-Angeboten ist ein weiterer wichtiger Schwerpunkt. Ab 2010 wird PEPFAR gekoppelt mit der neuen US-amerikanischen „Global Health Initiative“, die zur allgemeinen Stärkung von Gesundheitssystemen beitragen soll.

Eine wichtige Finanzierungsquelle ist außerdem die „Melinda and Bill Gates Foundation“, die sich im AIDS-Bereich auf die Förderung biomedizinischer Prävention konzentriert und z.B. männliche Beschneidung und die Entwicklung eines Impfstoffs gegen HIV-Infektionen finanziert. GFATM, PEPFAR und die „Clinton HIV/AIDS-Initiative“ (CHAI) haben wesentliche Steigerungen in der globalen Bedarfsdeckung an antiretroviraler Therapie möglich gemacht.

## Der deutsche Beitrag an der globalen HIV-Bekämpfung

Auf der Grundlage der internationalen Abkommen stellt sich auch die deutsche Entwicklungspolitik den globalen Herausforderungen der HIV-Pandemie. Im „Aktionsprogramm 2015 zur weltweiten Halbierung extremer Armut“ der deutschen Bundesregierung zählt HIV zu den Schwerpunktbereichen. Außerdem orientiert sich die deutsche Entwicklungspolitik an den Prinzipien der *Paris Declaration on Aid Effectiveness*.

Seit 2007 ist der „Aktionsplan zur Umsetzung der HIV/AIDS-Bekämpfungsstrategie der Bundesregierung“ die politische Leitlinie, gemeinsam getragen und arbeitsteilig umgesetzt von drei Bundesministerien – Gesundheit (BMG), wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (BMZ), sowie Bildung und Forschung (BMBF).

Deutschland leistet erhebliche Beiträge zum Globalen Fonds zur Bekämpfung von AIDS, Tuberkulose und Malaria, der die Partnerschaft zwischen Geber- und Nehmerländern, Wirtschaft, privaten Stiftungen, Zivilgesellschaft und Betroffenengruppen fördert und im großen Maßstab Medikamente für antiretrovirale Therapien finanziert.

Die deutsche bilaterale Entwicklungszusammenarbeit konzentriert sich auf die Prävention von HIV-Infektionen und finanziert nur in Ausnahmefällen die Beschaffung von Medikamenten.

## Profil der deutschen Entwicklungszusammenarbeit im Bereich HIV

- Die deutsche EZ konzentriert ihre Maßnahmen auf die Prävention von HIV.
- HIV wird als Querschnittsthema der EZ in allen relevanten Sektoren bekämpft.
- Die HIV-Bekämpfung erfolgt integriert unter der Nutzung von Synergien:
  - HIV-Bekämpfung wird mit Maßnahmen zur Förderung der sexuellen und reproduktiven Gesundheit verbunden.
  - HIV-Bekämpfung geht mit Gesundheitssystemstärkung und Förderung der Bluttransfusions-sicherheit einher.
  - Multilaterale Finanzmittel und bilaterale EZ wirken bei der HIV-Bekämpfung zusammen
  - Das Engagements des Privatsektors in Afrika bei der Gesundheitsförderung und Bekämpfung von HIV wird durch regionale Organisationen und Arbeitsplatzprogramme gefördert.
- Geschlechterungleichheiten werden bei der Planung, Durchführung und Evaluierung von Maßnahmen zur Bekämpfung von HIV berücksichtigt.
- Die Nutzung von Harm Reduction-Ansätzen als wirksames Mittel zur Bekämpfung von HIV bei Menschen, die Drogen injizieren, wird gefördert.
- Die sozialen Folgen von AIDS werden durch Unterstützungsangebote für arme Haushalte und für AIDS Waisen und andere schutzbedürftige Kindern gemindert.

## HIV-Aktionsplan der Bundesregierung

Zentrale Punkte des BMZ im HIV und AIDS Aktionsplans 2007–2010 sind:

1. Kooperation und Koordination auf multi- und bilateraler Ebene;
2. Prävention neuer Infektionen;
3. Stärkung der Gesundheitsversorgung und Therapie;
4. Schaffung eines Klimas von Solidarität und Nichtdiskriminierung und
5. Evaluierung und Sicherung der Qualität der Maßnahmen.

Das aktuelle Portfolio der deutschen Entwicklungszusammenarbeit umfasst eine Reihe erfolgreicher Ansätze von HIV-Prävention.

Das *Social Marketing* von Kondomen, verknüpft mit verhaltensbezogenen Kommunikationsmaßnahmen, wird in großem Umfang gefördert.

Ansätze der strukturellen Prävention, die am gesellschaftlichen Kontext ansetzen (Bekämpfung von Geschlechterungleichheiten, Entkriminalisierung

von Betroffenengruppen, Stärkung von *communities*, Arbeitsplatzprogramme) und soziale Unterstützungsangebote sind ebenso im EZ-Portfolio enthalten.

Es gibt eine Vielzahl von EZ-Maßnahmen, die zu Wissenserwerb und Änderungen im Risiko- oder Schutzverhalten beitragen und kulturspezifische Kommunikationsstrukturen innovativ nutzen. Gezielte *Gender-Orientierung* und Partizipation der Zielgruppen sind wichtige Grundlagen.

### Soziales Marketing von Kondomen

Als besonders wirksame Form der Prävention hat sich das „soziale Marketing“ von Verhütungsmitteln erwiesen. Dabei wird mit Methoden der kommerziellen Produktvermarktung für die Nutzung von Kondomen geworben. Ziel ist, die Bevölkerung mit guten und gleichzeitig bezahlbaren Verhütungsmitteln zu versorgen. Durch Fernseh- und Radiowerbung, Plakate, Handzettel und Straßentheater werden die Menschen auf die Kondome aufmerksam gemacht. Gleichzeitig werden sie dabei über die richtige Anwendung und auch über HIV und AIDS informiert. Durch die finanzielle Unterstützung solcher Social Marketing-Programme wird dafür gesorgt, dass die Kondome für die Menschen bezahlbar sind. Die Erfahrung in einigen der am stärksten von AIDS betroffenen Länder in Afrika, aber auch in anderen Regionen (z.B. Kambodscha, Thailand, Philippinen, Brasilien), haben den Erfolg dieses Ansatzes bewiesen. Einzelne Vorhaben laufen inzwischen so gut, dass sie ohne weitere finanzielle Unterstützung auskommen.



Social Marketing: Werbeplakat zur Radio-Novela „Les Aventures de Foula“ und der Kondommarke „Foula“ des Programmes Animasutura in Niger, gefördert von der KfW Entwicklungsbank.

### HIV-Mainstreaming im Wasser-Management

Nichts ist wichtiger für die Gesundheit eines jeden Menschen, besonders aber für Menschen mit HIV, als der Zugang zu sauberem Trinkwasser. Die deutsche Entwicklungszusammenarbeit unterstützt eine Reihe von Programmen, die diesen Zugang ermöglichen sollen. Sie sind arbeitsintensiv und erfordern oft, dass die Arbeiter sich fern ihrer Heimat von Ort zu Ort bewegen. So können sie potentiell zur Ausbreitung von HIV beitragen, können aber auch dessen Prävention unterstützen. In Sambia arbeitet die deutsche EZ mit dem National Water Supply and Sanitation Council (NWASCO) und zehn Wasserfirmen zusammen an der Einrichtung von HIV-Arbeitsplatzprogrammen; an der Einrichtung von Kiosken zur Informations- und Kondomverteilung in der Nähe städtischer Trinkwasserbrunnen; an der Nutzung von Brunnenbauprojekten in ländlichen Gegenden als Gelegenheiten für Gesundheitserziehung zu Malaria, Durchfall und sexuell übertragbaren Krankheiten inklusive HIV anzubieten.

### Umfassende HIV-Bekämpfung auf Lokalebene

Programme dieser Art unterstützt die Bundesregierung seit mehr als 15 Jahren in Tansania. Studien in der Mbeya-Region belegen für den Zeitraum von 1994-2000, dass intensive Präventionsprogramme dort zu einem häufigeren Gebrauch von Kondomen und zu einer verbesserten Behandlung von Geschlechtskrankheiten geführt haben. Diese Erfolge wurden von einem Rückgang der HIV-Infektionsquote bei den 15-24-jährigen Frauen von 21 auf 15 Prozent begleitet. Wesentlicher Bestandteil dieser Programme sind partizipative und genderorientierte Situationsanalysen. Auf ihrer Basis werden übergreifende, lokal angepasste Programme erarbeitet, die Prävention und Behandlung verknüpfen.

Einige der genannten und viele weitere Beispiele sind in eigenständigen Publikationen der German Health Practice Collection erschienen:

■ [www.german-practice-collection.org](http://www.german-practice-collection.org)

Unter den biomedizinischen und klinischen Ansätzen sind es v.a. freiwillige HIV-Tests und Beratung (VCT), Programme für Schwangere und Stillende zur Verhinderung der Mutter-Kind-Übertragung (PMTCT) und für injizierende Drogennutzer (*Harm Reduction*) sowie Maßnahmen zur Sicherheit von Blutprodukten und der Verhinderung der HIV-Übertragung in Gesundheitsdiensten.



Harm Reduction: Computerbasierte Methadonvergabe in Nepal im Rahmen des PPP-Projekts mit CompWare Medical.

## Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen für besonders vulnerable Gruppen

Ein wesentlicher Bestandteil der HIV Prävention ist die Schadensminderung bei Drogengebrauch (Harm Reduction). Der gemeinsame Gebrauch von Spritzbesteck bei injizierendem Drogengebrauch ist verantwortlich für weltweit 30% der HIV-Neuinfektionen ausserhalb von Sub-Sahara Afrika. Von geschätzten 15.9 Millionen injizierenden Drogengebraucher/innen weltweit sind bis zu 3 Millionen mit HIV infiziert. Harm Reduction Ansätze beinhalten den niedrigschwelligen Zugang zu sterilem Spritzbesteck, Anlauf- und Beratungsstellen, Drogenkonsumräumen und Substitutionstherapie-Angeboten (mit Methadon und Buprenorphin).

Die deutsche EZ unterstützt Partnerländer in der Einführung und Implementierung von Harm Reduction Ansätzen, die von Deutschland massgeblich mitentwickelt wurden, wie zum Beispiel die Substitutionsbehandlung, gender- und altersspezifische Massnahmen und Integrierte Kommunale Drogenpolitik.

Zum Beispiel konnte durch ein PPP-Projekt, das in 3 Ländern Asiens die Implementierung und Ausweitung von nationalen Methadonprogrammen unterstützt, massgeblich die Qualität, Sicherheit und die Kosteneffektivität des nepalesischen Methadonprogramms gesteigert werden. Sowohl Risikoverhalten als auch HIV- und Hepatitis-C-Neuinfektionen und Therapieabbrüche konnten in der Zielgruppe drastisch reduziert und ein umfangreicher Behandlungsansatz von Drogennutzer/innen nachhaltig verbessert werden.

*Capacity Building* als Teil der Stärkung des gesamten Gesundheitssystems sowie von Organisationen der Zivilgesellschaft ist ein wesentlicher Bereich des deutschen Beitrags an der HIV-Bekämpfung. Die Verbindung HIV-bezogener Gesundheitsleistungen mit anderen Bereichen wie der sexuellen und reproduktiven Gesundheit oder Tuberkulosebekämpfung wird unterstützt.



Capacity Building: Praxis-Training zu effizientem Case Management angeboten vom Knowledge Hub „Care and Treatment“ (Kiev/St. Petersburg) 2006.

## Förderung regionaler Expertise in Prävention und Behandlung

In den ersten Jahren einer zuvor nicht dagewesenen Finanzierungswelle Anfang des Jahrtausends durch den GFATM und andere Finanzierungsinstrumente hatten nur wenige Länder die Kompetenz, diese Gelder effizient in HIV Prävention, und -Behandlung umzuwandeln. Um diesem Defizit entgegen zu wirken gründete die German BACKUP Initiative gemeinsam mit der Weltgesundheitsorganisation (WHO) eine Reihe von regionalen Knowledge Hubs für Afrika, Osteuropa und Zentralasien.

Ziel der Hubs ist die Förderung umfassender und nachhaltiger, regionaler und auf lokaler Eigenverantwortung beruhender Programme zu HIV-Prävention und -Behandlung. Weiterhin bieten alle Hubs vier grundlegende Dienste an: Technisches Training, technische Beratung, Unterstützung von Netzwerken und die Anpassung von WHO- und UNAIDS-Richtlinien.

Die Knowledge Hubs wurden in der Region errichtet, für die sie tätig sind und bringen verschiedene Länder mit gemeinsamen Sprachen, ähnlichen Gesundheits- und Bildungssystemen und ähnlichen Herausforderungen im Gesundheitsbereich zusammen. Sie kooperieren mit verschiedenen Gesundheitsministerien und anderen zentralen staatlichen und nichtstaatlichen Akteuren, um einen Pool von regionalen Expert/innen aufzubauen, die WHO-zertifizierte Trainings durchführen und technische Beratung leisten können.

## Neue strategische Ansatzpunkte der deutschen Entwicklungszusammenarbeit

Angesichts sich akzentuiert abzeichnender Herausforderungen ist die Aktualisierung der strategischen Ausrichtung der deutschen EZ im Bereich der HIV-Prävention wichtig. Während sich die Steigerungsraten für ARV-Behandlungen weltweit positiv entwickeln, wird geschätzt, dass Präventionsprogramme gegenwärtig immer noch 40-60% der Menschen nicht erreichen, die einem besonders hohen HIV-Infektionsrisiko ausgesetzt sind.

Mehr denn je ist heute evident, dass wirksame HIV-Prävention sich wesentlich gezielter auf die spezifische Dynamik und soziokulturellen Gegebenheiten im jeweiligen Land und bei den jeweils betroffenen Bevölkerungsgruppen – insbesondere auch auf Personen mit parallelen Beziehungen, Migrant/innen, sexuelle Minderheiten, injizierende Drogennutzer/innen und Sex-Arbeiter/innen – richten muss.

**Eine nationale HIV-Programm-Koordination muss deshalb in der Lage sein, auf der Basis aktueller epidemiologischer Analysen, an den Kontext angepasste HIV-Prävention zu planen sowie ihre Durchführung und ihre Wirksamkeit zu sichern („Know your epidemic, know your response“). Dies sollte gemeinsam mit allen nationalen und internationalen Entwicklungspartnern ebenso wie mit Betroffenen geschehen.**

Die Instrumente der deutschen Entwicklungszusammenarbeit sind geeignet, die Annahme dieser akzentuierten Herausforderungen zu unterstützen. Dazu sollten die in Vorhaben der deutschen EZ umgesetzten Präventionsansätze in die nationale Strategie eingebettet und an den vorherrschenden epidemiologischen Parametern ausgerichtet sein. Um einem wirksamen, dem Landeskontext angepassten **Methodenmix** zu erreichen, sollten Partnerregierungen bei der Analyse der epidemiologischen Situation und der integrativen Strategieentwicklung unterstützt werden, ebenso wie bei der Umsetzung von komplementären, auf verschiedenen Ebenen ansetzenden Komponenten, der Qualitätssicherung und Begleitforschung zur Wirksamkeit.

Die deutsche Entwicklungspolitik – die sich durch einen Fokus auf innovative Ansätze einerseits und ein *Scaling up* erfolgreicher Ansätze andererseits auszeichnet – kann dazu die im Folgenden erläuterten Beiträge leisten.

**1. Menschenrechtsthemen** werden pro-aktiv im Rahmen vieler EZ-Vorhaben und im internationalen Dialog führend aufgegriffen. Dies gilt insbesondere für das Thema **Gender**. In fast allen Weltregionen gehören Menschen mit erhöhtem HIV-Infektionsrisiko zu den stigmatisierten und ausgegrenzten Bevölkerungsgruppen. Die Erfahrungen der über Jahre erfolgreichen AIDS-Bekämpfung in Deutschland zeigen, dass eine Public-Health-Strategie zur HIV-Prävention nur gekoppelt mit **strukturellen gesellschaftlichen Veränderungen** erfolgreich sein kann. Eine grundsätzlich strategische Herangehensweise unter Einbezug sämtlicher gesellschaftlicher Kräfte, insbesondere der HIV-Betroffenen, gekoppelt mit wissenschaftlicher Begleitung ist hier einer der Schlüssel zum Erfolg. HIV-Prävention unter Menschenrechtsaspekten erfordert u.a. **aktiven Politikdialog** (*Governance*) und die Einbeziehung aller gesellschaftlichen Kräfte (u.a. die Zivilgesellschaft und Betroffenenorganisationen). In Ländern, wo dies möglich erscheint, sollte die deutsche bilaterale EZ noch gezielter als bisher Unterstützung anbieten, insbesondere auch im Hinblick auf besonders betroffene Bevölkerungsgruppen wie sexuelle Minderheiten, Migrant/innen, injizierende Drogennutzer/innen und Sex-Arbeiter/innen. Weiterhin sollten Süd-Süd- und Dreieckskooperationen als erwiesenermaßen erfolgreiches Instrument genutzt werden.

**2. In Social Marketing-Programmen** steht eine ausgeprägte Expertise im Kommunikationsbereich (*Behaviour Change Communications, BCC*) zur Verfügung, die verstärkt zur Verhinderung von HIV-Infektionen bei Personen mit parallelen sexuellen Beziehungen genutzt werden sollte.



Behaviour Change Communications: Dieses Plakat vereint Werbung, Gesundheitsaufklärung und Empowerment von Frauen.

3. Die deutsche EZ verfügt über hoch entwickelte Expertise in verschiedenen Aspekten der **Gesundheitssystemstärkung**, einschließlich Sexueller und Reproduktiver Gesundheit und Rechte (SRGR), Tuberkulose-Bekämpfung, Qualitätssicherung und Capacity Building, die mit Blick auf die Rolle des Gesundheitssektors in der HIV-Prävention derzeit zu wenig genutzt wird. Dabei geht es strategisch um die **Aufhebung der Vertikalität** solcher Programme und ihre gegenseitige Integration in reguläre Gesundheitsdienstleistungen sowie die Aufhebung von Nutzungsbarrieren. Ziel ist es u.a., sowohl neue Modelle, z.B. Gutscheinsysteme unter Einbezug des Privatsektors, als auch das Replizieren und *Scaling up* erfolgreicher Ansätze zu fördern.

4. Partnerschaften sollten auch im Bereich HIV-Prävention gefördert werden. Als deutsche Partnerorganisationen könnten z.B. BZgA und Deutsche AIDS-Hilfe in noch größerem Umfang gewonnen werden. Besondere deutsche Expertise, wie z.B. im Bereich *Harm Reduction*, kann noch stärker genutzt werden.

5. Sowohl im Rahmen von *Social Marketing*-Vorhaben als auch bei Arbeitsplatzprogrammen und *Community Development*-Programmen ist die Kooperation mit dem **Privatsektor** ein erfolgreicher Ansatz, der nicht nur beibehalten, sondern auch strategisch ausgeweitet werden soll. Das gilt für PPP-Vorhaben ebenso wie im Berufsbildungsbereich, wo erfolgreiche Modelle entwickelt werden.

6. Der **Bildungssektor** und das **Sozialwesen** sind strategisch noch stärker einzubeziehen. In beiden elementaren Sektoren sind in EZ-Vorhaben Ansätze entwickelt worden, die zur Förderung der HIV-Prävention bei Kindern und Jugendlichen deren soziales Umfeld einbeziehen bzw. in partizipativer Weise deren eigene Wahrnehmung zur Grundlage angepasster Sexualerziehung machen.

7. Als strategische Querschnittsaufgabe soll die **wissenschaftlich fundierte Begleitung** (zeitnahe Bedarfsanalysen, Qualitätssicherung) deutscher EZ und die Auswertung ihrer Ergebnisse (wissenschaftliche Studien, Querschnittsanalysen) im jeweiligen Landes- bzw. Regionalkontext verstärkt werden. Dies soll eine stärker evidenz-basierte Konzeption und kontinuierliche Neuanpassung der EZ-Instrumente gewährleisten, aber vor allem auch eine adäquate Antwort auf HIV und AIDS vor Ort fördern. Ebenso gehört dazu der organisationsübergreifende **Wissenstransfer**, der auch international nutzbar ist. Damit soll auch eine Steigerung der angepassten **Replikation** nachweislich erfolgreicher Ansätze erreicht werden.

## Impressum

Dies ist eine gemeinsame Publikation der Arbeitsgruppe HIV/AIDS des BMZ-Thementeam Gesundheits.

### Mitglieder der Arbeitsgruppe

BMZ – Bundesministerium für wirtschaftliche  
Zusammenarbeit und Entwicklung  
Adenauerallee 139 –141  
D-53113 Bonn  
T +49 (0) 18 88 / 535-0  
F +49 (0) 18 88 / 535-35 00  
E [poststelle@bmz.bund.de](mailto:poststelle@bmz.bund.de)  
I [www.bmz.bund.de](http://www.bmz.bund.de)

DED – Deutscher Entwicklungsdienst gGmbH  
Tulpenfeld 6  
D-53113 Bonn  
T +49 (0) 228 / 24 34-0  
F +49 (0) 228 / 24 34-111  
E [poststelle@ded.de](mailto:poststelle@ded.de)  
I [www.ded.de](http://www.ded.de)

GTZ – Deutsche Gesellschaft für Technische  
Zusammenarbeit (GTZ) GmbH  
Dag-Hammarskjöld-Weg 1–5  
D-65760 Eschborn  
T +49 (0) 61 96 / 79-0  
F +49 (0) 61 96 / 79-11 15  
E [aids@gtz.de](mailto:aids@gtz.de)  
I [www.gtz.de](http://www.gtz.de)

InWent – Internationale Weiterbildung und Entwicklung  
gGmbH  
Friedrich-Ebert-Allee 40  
D-53113 Bonn  
T +49 (0) 228 / 44 60- 0  
F +49 (0) 228 / 44 60-18 44  
E [health@inwent.org](mailto:health@inwent.org)  
I [www.inwent.org](http://www.inwent.org)

KfW Entwicklungsbank  
Palmengartenstraße 5–9  
D-60325 Frankfurt  
T +49 (0) 69 / 74 31-35 20  
F +49 (0) 69 / 74 31-35 59  
E [info@kfw-Entwicklungsbank.de](mailto:info@kfw-Entwicklungsbank.de)  
I [www.kfw-Entwicklungsbank.de](http://www.kfw-Entwicklungsbank.de)

### Redaktion

Simon Koppers (BMZ)  
Luise Lehmann (Consultant)  
Heike Krumbiegel (GTZ)

### Mit freundlicher Unterstützung von

Peter Wolf (Consultant, Layout)

### Fotos und Bilder

*Social Marketing, Behaviour Change Communications:*  
Animas-Sutura  
*Harm Reduction:* PPP-Projekt für Methadon-Substitution  
(Meyer-Thompson)  
*Capacity Building:* Regional Knowledge Hub for the  
Care and Treatment of HIV/AIDS in Eurasia

Die abgebildeten Personen haben der Veröffentlichung  
zugestimmt.

Eschborn, Mai 2010

Deutsche Gesellschaft für  
Technische Zusammenarbeit (GTZ) GmbH

Dag-Hammarskjöld-Weg 1-5  
65760 Eschborn  
T 06196 79 - 0  
F 06196 79 - 1115  
E [info@gtz.de](mailto:info@gtz.de)  
I [www.gtz.de](http://www.gtz.de)

