

**Ausschuss für wirtschaftliche Zusammenarbeit
und Entwicklung**

Wortprotokoll

12. Sitzung

Mittwoch, 10. Mai 2006, 11.00 bis 13.00 Uhr

11011 Berlin, Platz der Republik

Sitzungssaal: Paul-Löbe-Haus, E.800

Vorsitz: Thilo Hoppe, MdB

Einzigster Punkt der TAGESORDNUNG:

„Bekämpfung von HIV/AIDS in Entwicklungsländern“

Sachverständige:

Tido von Schön-Angerer

Ärzte ohne Grenzen,
Koordinator Forschung und Entwicklung

Dr. Sonja Weinreich

Aktionsbündnis gegen AIDS,
Beraterin für die evangelische Zusammenarbeit
beim Deutschen Institut für Ärztliche Mission
(Difäm)

Dr. Christoph Benn

**Globaler Fonds zur Bekämpfung von Aids,
Tuberkulose und Malaria,**
Leiter Außenbeziehungen

Anwesenheitsliste*

Mitglieder des Ausschusses

Ordentliche Mitglieder des Ausschusses

CDU/CSU

Dr. Bauer, Wolf
Fischer (Göttingen), Hartwig
Hübinger, Anette
Klimke, Jürgen
Müller (Gera), Bernward
Dr. Nüßlein, Georg
Pfeiffer, Sibylle
Dr. Ruck, Christian

SPD

Groneberg, Gabriele
Dr. Kofler, Bärbel
Dr. Raabe, Sascha
Riemann-Hanewinkel, Christel
Riester, Walter
Dr. Staffelt, Ditmar
Weigel, Andreas
Dr. Wodarg, Wolfgang

FDP

Dr. Addicks, Karl
Königshaus, Hellmut

DIE LINKE.

Aydin, Hüseyin-Kenan
Hänsel, Heike

BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Hoppe, Thilo
Koczy, Ute

Stellv. Mitglieder des Ausschusses

CDU/CSU

Borchert, Jochen
Dr. Brauksiepe, Ralf
Flosbach, Klaus-Peter
Frankenhauser, Herbert
Fuchtel, Hans-Joachim
Geis, Norbert
Götz, Peter
Vaatz, Arnold

SPD

Drobinski-Weiß, Elvira
Dzembitzki, Detlef
Hoffmann, Iris
Kolbow, Walter
Schwabe, Frank
Uhl, Hans-Jürgen
Vogelsänger, Jörg
Wegener, Hedi

FDP

Ackermann, Jens
Leibrecht, Harald

DIE LINKE.

Jelpke, Ulla
Ulrich, Alexander

BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Kurth (Quedlinburg), Undine
Ströbele, Hans-Christian

*) Der Urschrift des Protokolls ist die Liste der Unterschriften beigelegt.

Beginn der Sitzung 11.05 Uhr

Der Vorsitzende, Abg. Thilo Hoppe (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Liebe Kolleginnen und Kollegen, ich bitte, die Plätze einzunehmen. Ich eröffne hiermit die 12. Sitzung des AwZ, die öffentliche Anhörung zu Thema "Bekämpfung von HIV/AIDS in den Entwicklungsländern".

In wenigen Tagen – vom 31. Mai bis 2. Juni – gibt es eine Vollversammlung der Vereinten Nationen, die sich intensiv mit diesem Thema befassen wird. Aufgrund des ständigen Zeitproblems, mit dem wir zu kämpfen haben, verzichte ich jetzt auf längere einleitende Worte. Die Berichtstatter der Fraktionen haben diese Anhörung vorbereitet. Ihnen liegt auch diese inhaltliche Einleitung auf der Rückseite der Einladung zur 12. Sitzung vor, auch die drei Fragenkomplexe, die den Referentinnen und Referenten und den Gästen, die heute zu uns gefunden haben, mitgeteilt wurden. Antworten sind zum Teil auch schon schriftlich formuliert und verschickt worden.

Ich begrüße ganz herzlich Frau Dr. Sonja Weinreich vom Aktionsbündnis gegen AIDS, Herrn Dr. Christoph Benn vom Global Fonds und Herrn Tido von Schön-Angerer von Ärzte ohne Grenzen. Ich möchte die Gäste, die Referenten, die Sachverständige auch in dieser Reihenfolge um ihr Eingangsstatement von etwa jeweils zehn Minuten bitten und danach werden wir dann in die Fragerunde eintreten.

Frau Dr. Weinreich, Sie haben das Wort.

Dr. Sonja Weinreich (Aktionsbündnis gegen AIDS): Herr Vorsitzender, sehr geehrte Damen und Herren, vielen Dank zunächst für die Einladung zu dieser heutigen Anhörung. Ich bin dem sehr gerne nachgekommen. Ich wollte in meinem mündlichen Statement vor allen Dingen auf die erste Frage, auf die Strategien und auf die Beurteilung der Strategien, eingehen.

In der internationalen AIDS-Bekämpfung, wenn man das Ganze etwas historisch aufrollt, würde ich denken, dass wir in den ersten zehn oder zwanzig Jahren in den Entwicklungsländern im Grunde genommen eigentlich fast nur auf die Prävention von HIV gesetzt haben. Die Behandlung war damals noch nicht im Blick. Ich selber habe als Entwicklungshelferin und Ärztin in Sambia von 1995 bis 2000 gearbeitet und habe dort erlebt, wie Menschen im Grunde an HIV / AIDS gestorben sind, ohne dass wir eine Behandlungsmöglichkeit zur Verfügung gehabt hätten. Das hat mich sicherlich geprägt in

meiner weiteren Arbeit. Das wurde damals noch mehr oder weniger als normal hingenommen, weil man sagte, dass die Medikamente zu teuer sind und auch die Infrastrukturen nicht vorhanden sind.

Eigentlich fand ein Umdenken erst im Jahre 2000 bis 2001 aus mehreren Gründen statt. Man hatte gesagt, einmal ist es moralisch, ethisch nicht zu vertreten, dass in den armen Ländern Millionen Menschen sterben, nur weil sie den Zugang zu keiner Behandlung haben. Da ist auch die internationale Gemeinschaft gefordert.

Der zweite Grund ist sicherlich, dass man gesagt hat, auch die Prävention wirkt nicht, wenn sie alleine durchgeführt wird. Wir müssen Behandlung anbieten, so wie das bei anderen Erkrankungen auch besteht. Wir haben auch diese Erfahrung gemacht bei anderen Erkrankungen, z. B. bei Lepra. In dem Moment, wo wir auch eine Behandlung anbieten, werden Menschen auch dazu ermutigt, sich überhaupt testen zu lassen und zu ihrer HIV-Infektion zu stehen. Das ist bei HIV/AIDS sicherlich in ganz großem Maße der Fall, weil diese Erkrankung wie keine andere mit Stigmatisierung und mit Angst verbunden ist. Diese Angst vor diesem sicheren Tod, wie viele Leute das eben formuliert haben, vor dem Todesurteil HIV-Infektion lässt sie davor zurückscheuen, sich überhaupt testen zu lassen. Da kommt dann die Behandlung rein und man kann jetzt diese Synergien überhaupt bekommen. Nur wenn Sie auch was anbieten, werden Leute auch befähigt, sich dazu zu bekennen und testen zu lassen.

Der dritte Grund, warum man in zunehmendem Maße durchführt ist sicherlich auch ein pragmatischer, nämlich der, dass wenn sehr viele Leute an HIV sterben, sie nachher auch niemanden mehr haben, der die Prävention durchführen kann. Ich habe das auch in Sambia erlebt. Wir wissen das doch alle, es bleiben die Kinder zurück und die älteren Menschen und die Generation der jungen Erwachsenen stirbt und sie können nachher auch keine Prävention mehr machen.

Wir wissen, dass sich auch die internationale Gemeinschaft dieses Thema angenommen hat. Die Eindämmung der HIV/AIDS Epidemie wurde in den Millenniumsentwicklungszielen auch berücksichtigt.

Das Thema Behandlung kam dann in den letzten Jahren im Grunde noch stärker in den Vordergrund, weil man durch einige Pilotprojekte, unter anderem von „Ärzte ohne Grenzen“ aber auch von anderen gesehen hat, die Behandlung ist durchführbar. Also wir sprechen hier von antiretroviraler Behandlung und AIDS-spezifischer Behandlung, weil man gesehen hat,

es bewegt sich auch etwas im Sinne der Medikamentenpreise, darauf wird dann der Herr Schön-Angerer noch näher eingehen, dass man sich dann dazu hinbewegt hat, zu sagen, wir wollen nicht nur einzelne Projekte machen, sondern wir wollen das im großen Stil.

Die WHO hat dann die Three-by-Five-Initiative ins Leben gerufen, also bis zum Jahr 2005 3 Millionen Menschen unter Behandlung zu bringen. 3 Millionen von geschätzten 6 Millionen die sie brauchen, also im Grunde nur die Hälfte aller Erkrankten. Das war aber schon mal ein Ziel.

Wir haben diese 3 Millionen am Ende des Jahres 2005 nicht erreicht, aber wir haben gut eine Million und das ist wesentlich mehr als die, die wir im Jahr 2003 hatten. Es ist dann auch von den G-8-Staaten im Jahr 2005 aufgenommen worden auf der Gleneagles-Konferenz und man hat gesagt, was wir eigentlich brauchen ist der Universal Access – also der Zugang für alle. Nicht nur für die Hälfte oder für sonstigen Prozentsatz, sondern wir müssen diesen Zugang für alle haben.

Da kommt jetzt natürlich auch wieder die Prävention rein. Behandlung ist wichtig gewesen aus diesen historischen Gründen. Sie wird auch weiterhin wichtig sein.

Wir müssen aber natürlich auch auf die Prävention weiter setzen. Da ist es sicherlich so, das hat jetzt auch der UN-Generalsekretär in seinem Report, den er vorgelegt hat, für die Vorbereitung dieser UNGASS-Konferenz im Mai gesagt, dass ein großer Teil der Menschen weltweit eben noch nicht die Möglichkeiten hat, Zugang zu Präventionen zu haben. Wir dürfen da nicht nachlassen, sondern unsere Anstrengungen noch verstärken. Wir wissen auch, wie effektiv die Prävention ist.

Was wir aber sicherlich noch immer zu wenig beachten, ist, dass man auf die Lebensrealitäten der Menschen eingehen muss. Also es ist nicht nur das sexuelle Verhalten im engeren Sinne. Sexuelles Verhalten steht in einem Kontext. Gerade für Frauen, das wird immer deutlicher, sind auch einfache Präventionsstrategien, wie Abstinenz, also „haben Sie keinen Sexualverkehr“ oder „seien Sie treu“ oder „benutzen Sie Kondome“, nicht einfach durchführbar, weil Frauen in den meisten Ländern dieser Welt über diese Strategie nicht unbedingt die Verfügungsgewalt haben. Wir müssen also auch die Strukturen ändern. Das macht diese HIV-Prävention auch zu einer Aufgabe, die nicht leicht durchzuführen ist. Wenn sie das wäre, hätten wir sicherlich schon mehr Erfolge erzielt. Soweit zur Prävention.

Als letzter Punkt noch: Wie würden wir den Beitrag der deutschen Bundesregierung sehen? Wir haben als Aktionsbündnis jetzt auch in dieser Vorbereitung der UNGASS-Konferenz einen kritischen Bericht zu den Aktivitäten der Bundesregierung im Bereich HIV/AIDS über die letzten fünf Jahre geschrieben. Also wie hat Deutschland diese Ziele, für die man sich damals verpflichtet hat, umgesetzt. Der Bericht wird demnächst auch veröffentlicht werden und am 22. Mai hier auf einer Pressekonferenz vorgestellt, wo auch die Ministerin für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung anwesend sein wird.

Wesentliche Punkte sind bei diesem Bericht, dass wir sagen, die Bundesregierung hat ziemlich viel getan, Ressourcen sind in der Tat erhöht worden, unserer Meinung nach allerdings noch nicht genug. Da könnte noch sehr viel mehr getan werden. Es ist auch in qualitativer Hinsicht einiges geschehen.

Was nach unserer Ansicht noch eine Herausforderung darstellt, ist gerade, dass wir sagen würden, das Thema müsste politisch noch viel sichtbarer sein. Dieses Problem müsste also auch auf der Regierungsebene sichtbar werden. HIV mag nur ein Thema sein, aber im Verbund dieser Millenniumsentwicklungsziele ist es eben ein ganz herausragendes Thema. Wir wissen, dass auch die anderen Millenniumsentwicklungsziele nicht erreicht werden können. Ohne eine adäquate HIV/AIDS-Bekämpfung wird zumindest Afrika diese Ziele nicht erreichen. Das Ministerium hat die Armutsbekämpfung und die Erreichung der Millenniumsentwicklungsziele auch zu Recht oben auf der Agenda. Wir denken aber, dass dieses Thema HIV/AIDS noch viel prominenter sein müsste.

Im Zusammenhang damit steht auch eine Politikkohärenz, also die Festsetzung der Ziele der Entwicklungszusammenarbeit, zum Beispiel die Schaffung des Zugangs zu den Medikamenten. Diese Ziele müssen tatsächlich von allen Ministerien umgesetzt werden, damit man ohne Widersprüche diese Politik auch in internationalen Gremien, wie die WTO verfolgen kann. Was ein besonderes Anliegen ist, ist dass Deutschland als G-8-Staat, als auch eine international führende Wirtschaftsmacht entsprechend auch eine Rolle übernimmt. Dass man diese Dinge auch nutzt, um HIV/AIDS und diese Bekämpfung im Verband mit den Millenniumsentwicklungszielen auf die Tagesordnung zu setzen. Dass wir dadurch auch Kapazitäten sehen und Ressourcen, dass Deutschland da eine sehr viel prominentere Rolle übernehmen könnte, eine Vordenkerrolle, und diese Dinge in einer pro aktiven Weise vorantreiben wird.

Auch natürlich die Zusammenarbeit mit der Zivilgesellschaft haben wir sehr begrüßt, wie sie in weiten Teilen geschehen ist, zumal auch in der deutschen AIDS-Bekämpfung, aber auch

im internationalen Bereich. Dass wir aber da auch durchaus noch Bereiche sehen, vielleicht Osteuropa, aber auch in anderen Zusammenhängen, wo das noch weiter ausgebaut werden könnte, weil gerade im HIV/AIDS-Bereich natürlich die Zivilgesellschaft eine sehr große Rolle spielt. Also vor Ort in den Entwicklungsländern, wo Programme erfolgreich durchgeführt werden, wo jetzt auch in dieser UNGASS-Konferenz sicherlich ein Unterschied zu anderen UN-Konferenzen eine breite Beteiligung der Zivilgesellschaft der Fall sein wird. Das würden wir uns auch noch wünschen.

Der Vorsitzende: Herzlichen Dank Frau Dr. Weinreich.

Als nächster ist Herr Dr. Christoph Benn vom Global Fonds, Leiter der Abteilung Außenbeziehung. Sie haben das Wort:

Dr. Christoph Benn (Global Fonds): Herzlichen Dank, Herr Hoppe, herzlichen Dank für die Einladung in den Ausschuss. Ich möchte kurz daran anknüpfen, was meine Kollegin Sonja Weinreich schon gesagt hat.

Es ist sehr deutlich, dass dieses Jahr 2006 ein ganz besonderes Jahr, in der wirklich kurzen Geschichte von HIV/AIDS ist. Man kann sich heute, denke ich, kaum noch vorstellen, was es bedeutet hat, dass fast vor genau 25 Jahren ein Arzt in Los Angeles an fünf Patienten zum ersten Mal die Symptome einer neuen Krankheit diagnostiziert und veröffentlicht hat. Dann war innerhalb von ganz kurzer Zeit nicht nur eine enorme Aktivität entfaltet worden, um zu erforschen, was eigentlich der Grund für diese Krankheit ist, wie breitet sie sich aus, sondern dass gleichzeitig innerhalb von wenigen Jahren sich dieses Virus auf alle Kontinente, quasi in allen Ländern, ausgebreitet hat. Diese besondere Situation muss man sich immer vor Augen halten. In diesem Jahr wird viel daran erinnert. Vor zehn Jahren war dann ein weiterer Meilenstein erreicht worden, als zum ersten Mal eine wirksame antiretrovirale Therapie auf einer AIDS-Konferenz vorgestellt wurde. Dies weckte natürlich Hoffnung für Millionen von Menschen, die infiziert waren. Es wurde aber schnell deutlich, dass diese Therapie zunächst nur für ganz, ganz wenige zur Verfügung stehen wird. Jahrelang hatten wir die Situation, dass etwa ein Prozent aller derer, die diese Behandlung brauchten, sie auch bekamen und der Rest einfach verstorben ist.

Im selben Jahr 1996 wurde auch das Programm der Vereinten Nationen UNAIDS gegründet. UNAIDS ist ein ganz wesentlicher Partner für den Global Fonds, der auch die Koordinierung übernommen hat. Vor fünf Jahren fand die Sondergeneralversammlung der Vereinten Nationen statt. Sie war ebenfalls ein ganz herausragendes Ereignis, weil es bis dahin noch

nie vorgekommen war, dass der Generalsekretär eine Sondergeneralversammlung zu einem Thema, das den Gesundheitsbereich und diesen besonderen Teil der Entwicklungspolitik betrifft, einberufen hat. In der Verpflichtungserklärung, welche alle UN-Mitgliedstaaten unterzeichnet haben, war beschlossen worden, die finanziellen Mittel zu erhöhen und einen globalen Fond einzurichten, was dann auch innerhalb von wenigen Monaten geschah. Jetzt, fünf Jahre später, fragt man sich natürlich was erreicht worden ist, ist diese Verpflichtungserklärung umgesetzt worden? Die Antwort wird natürlich gemischt ausfallen. Einiges ist erreicht worden, anderes nicht. Im Bereich der finanziellen Ressourcen ist es deutlich, dass sie sehr stark zugenommen haben, etwa eine Vervierfachung seit 2001. Darüber hinaus ist der Global Fonds gegründet worden. Er konnte etwa 5 Milliarden Dollar zusagen für Programme in 130 Ländern erreichen und hat sicherlich eine Veränderung gebracht, sowohl in den Möglichkeiten für die betroffenen Länder in der Prävention als auch in der Behandlung. Aber es war ein Einstieg.

Ein kleines Beispiel aus diesem Bereich: Das Krankenhaus in Tansania, in dem ich früher gearbeitet habe und in dem ich sehr viele Patienten habe sterben sehen, hat jetzt 60 Patienten in der Behandlung. Das mag ein ganz kleiner Schritt nur sein, aber es bedeutet sehr viel an Hoffnung für die gesamte Region. Zum ersten Mal besteht Hoffnung auch in diesen ärmsten Ländern, dass etwas getan werden kann. Ich glaube, diesen Aspekt darf man nicht unterschätzen und man kann ihn nicht nur sozusagen in „nackten Zahlen“ und Daten festhalten.

Ich will kurz auf die zwei Fragen zur Prävention und dann zur Koordination eingehen, die Sie uns besonders gestellt haben. In der Prävention sind sicherlich auch viele Fortschritte erzielt worden. Wir können zum Teil auch in afrikanischen Ländern sehen, dass die Infektionsraten leicht zurückgehen sind. Das ist sicherlich ein Erfolg. Es ist aber nur ein kleiner Schritt. Man muss sich dessen bewusst sein, dass HIV-Prävention extrem komplex ist.

Ein kurzer Vergleich zu anderen Bereichen, in dem wir als Global Fonds arbeiten: Malaria. Das ist ein großes Gesundheitsproblem auch weltweit. Aber mit ganz wenigen Maßnahmen können Sie effektive Prävention betreiben. Die Übertragung erfolgt durch die Mücke. Wenn Sie allein Moskitonetze verteilen, können Sie die Übertragung weitgehend unterbrechen, die Sterblichkeit bei Kindern bis zu 30 Prozent verringern. Das alles durch eine ganz einfache Maßnahme, die 5 Dollar kostet und technisch nicht kompliziert ist.

Bei HIV ist es sehr viel komplexer. Es handelt sich um menschliches Verhalten, das beeinflusst werden soll und es muss von Land zu Land, manchmal auch von Region zu

Region beurteilt werden. Die Übertragungswege sind völlig unterschiedlich und so auch die Gefährdungspotentiale. Insofern gibt es keine einheitliche Antwort auf die Frage, wie soll Prävention durchgeführt werden. Festzuhalten ist nur, die Methoden sind allen bekannt. Sie müssen nur durchgeführt werden. Dazu braucht es den politischen Willen und man muss spezifisch genug ansetzen. In diesen Tagen richtet sich der Blick besonders auch nach Osteuropa. Am nächsten Montag beginnt die erste AIDS-Konferenz für Osteuropa und Zentralasien in Moskau. Das wird eine gewisse Aufmerksamkeit erregen. Gerade im Hinblick auf Osteuropa, wo wir auch viele Programme unterstützen, in den Ländern, die relativ nah an Deutschland liegen, muss man sich besonders die Frage stellen, wie kann hier effektive HIV-Prävention betrieben werden. Es sind besonders stark auch Drogennutzer betroffen. Man muss Angebote machen, wie etwa Nadelaustauschprogramme usw. Das wird Gegenstand dieser Konferenz sein, aber dann auch auf dem G-8-Gipfel zur Sprache kommen.

Kurz zur Frage der Koordination unter den verschiedenen Organisationen und Geldgebern. Ich habe diese Frage auch im letzten Jahr hier in diesem Ausschuss schon gehabt und wir haben sie diskutiert. Ich denke, es ist positiv festzustellen, dass seit dem – quasi auf den Tag genau im Mai letzten Jahres – erhebliche Fortschritte gemacht wurden. UNAIDS hat ein Global Task Team beauftragt, die Koordinierung zu übernehmen. Es sind ganz konkrete Vorschläge und Maßnahmen unter den multilateralen Gebern wie dem Globalen Fonds der Weltbank, aber auch unter den multilateralen und bilateralen Gebern und den Vereinten Nationen getroffen worden. Ich glaube, das kann man feststellen, dort ist ein Fortschritt gemacht worden.

Insgesamt würde ich sagen, ich warne eher davor, Koordination manchmal fast als Selbstzweck zu sehen. Das ist kein Selbstzweck. Es geht darum, dass die Maßnahme wirklich den Menschen zugute kommt. Dafür brauchen wir eine gute Koordination, damit Mittel auch nicht verschwendet werden. Aber es ist nur ein Mittel zum Zweck und im Wesentlichen ist Koordination nicht das Problem. Das Problem besteht nach wie vor in den mangelnden Kapazitäten in den Ländern und es betrifft vor allem die personellen Kapazitäten, was ein großes Problem ist, da es einfach an Fachpersonal fehlt um die Maßnahmen durchzuführen, von denen wir wissen, dass sie wirkungsvoll sind. Und es fehlt nach wie vor an finanziellen Ressourcen, auch wenn sie insgesamt zugenommen haben. Das wird jetzt eben auch ein Thema während der UN-Versammlung in drei Wochen in New York sein, wo es dann wesentlich um diese Frage gehen wird, wie können wir universellen Zugang tatsächlich erreichen. Das ist eine enorme Herausforderung. Da brauchen wir uns keine Illusionen zu machen.

Mit den Maßnahmen, die seit 2001 eingeleitet wurden, haben wir Fortschritte gemacht aber der Zugang zur Behandlung und Prävention für alle ist eine enorme Aufgabe für die gesamte Weltgemeinschaft. Im Moment schätzen wir, dass etwa 1,3 Mio. Menschen weltweit Zugang zur AIDS-Behandlung haben. Wir wissen aber auch, dass 40 Mio. Menschen infiziert sind. Wir wissen, dass es sich um lebenslange Behandlung handelt. Es ist möglich, das zeigen auch die kleinen Beispiele wie von „Ärzte ohne Grenzen“ oder die Beispiele, die wir genannt haben, in entlegenen Regionen von Afrika den Zugang zur Behandlung zu gewährleisten. Aber es braucht eben personelle und finanzielle Ressourcen. Das ist die Frage, wie die Weltgemeinschaft diese Aufgabe bewältigen kann. Hier stellt sich dann am Ende die Frage eben nach der deutschen Position.

Verschiedene Länder haben verschiedene Initiativen entwickelt. Es ist auf verschiedenen G-8-Gipfeln oben auf der Tagesordnung gewesen. Besonders im letzten Jahr auf dem G-8-Gipfel Gleneagles. Die Russen werden auch auf ihrem G-8-Gipfel diese Problematik verfolgen. Sie sagen, AIDS, Tuberkulose und Malaria ist für uns ein wichtiges Thema.

Die Frage richtet sich natürlich auch schon an die deutsche G-8-Präsidentschaft im nächsten Jahr. Wie wird sich die deutsche Bundesregierung positionieren? Das kann unterschiedlich geschehen. Die Amerikaner haben eine besondere Position. Sie sagen, wir glauben nicht an all diese innovativen Finanzierungsmechanismen, wir wollen aber aus unserem Haushalt Beitrag leisten und haben ja seit Jahren Milliardenbeiträge, gerade für die AIDS-Bekämpfung zur Verfügung gestellt. Das ist ein Weg.

Die Franzosen sagen, wir können das nicht aus dem Haushalt machen, wir brauchen zusätzliche innovative Finanzierungsmechanismen, wie die Flugticketabgabe. Eine – wie ich meine – gute Idee, welche wir vom Globalen Fonds auch sehr unterstützen. Es geht hier darum, mit dieser gewissen Zusatzabgabe den Kauf von Medikamenten zu ermöglichen, weil für diese lebenslange Behandlung wir eine langfristige Finanzierung brauchen.

Die Briten haben wieder einen anderen Ansatz und haben sowohl ihre Haushaltsmittel erhöht als auch verfolgen sie diese Idee der International Finance Facility. Die Frage ist, wie wird sich Deutschland positionieren können? Welche Ideen wird Deutschland propagieren können, wenn es im nächsten Jahr die EU-Präsidentschaft und die Präsidentschaft im G-8 haben wird.

Natürlich sind wir als Globaler Fonds sehr daran interessiert. Wir haben immer eine enge Zusammenarbeit mit der Bundesregierung gehabt. Die Bundesregierung wird auch Ende dieses Jahres einen Vorstandsitz im Globalen Fonds übernehmen und wir legen natürlich einen großen Wert auf diese Zusammenarbeit. Wir setzen stark auf die innovativen Mechanismen komplementär zur Entwicklungshilfe. Es kann nie die Mittel aus der Entwicklungshilfe ersetzen, aber eine Flugticketabgabe oder auch, was für uns wichtig ist, der Einsatz von Schuldumwandlung in Gesundheitsprogramme wäre für uns auch wichtig als komplementäre Maßnahme, denn ohne die werden wir diesen universellen Zugang zu Prävention und Behandlung nicht schaffen. Da setzen wir stark auf die Zusammenarbeit mit Ihnen und der Bundesregierung und freuen uns auf den weiteren Dialog. Herzlichen Dank.

Der Vorsitzende: Herr Dr. Benn, vielen Dank.

Als dritter Sachverständiger bitte Herr von Schön-Angerer von Ärzte ohne Grenzen, dort Koordinator der Abteilung Forschung und Entwicklung. Sie haben das Wort.

Tido von Schön-Angerer (Ärzte ohne Grenzen) : Sehr geehrter Herr Vorsitzender, sehr geehrte Damen und Herren, vielen Dank.

Ärzte ohne Grenzen behandeln derzeit rund 60.000 Menschen mit HIV in 29 Ländern, 3.500 davon sind Kinder. In unseren Projekten bieten wir umfassende Versorgung an, das beinhaltet Präventionsarbeit, das so genannte Voluntary Counselling and Testing, Ernährungs- und psychosoziale Unterstützung und die Behandlung von opportunistischen Erkrankungen und antiretrovirale Behandlung. Wir arbeiten zusammen mit lokalen Organisationen und Selbsthilfegruppen.

Wir waren die erste Organisation, die in etwas größerem Maßstab diese HIV-Behandlung angefangen hat und ich war selbst im Jahr 2000 in Thailand und habe die erste Behandlung begonnen. Ich möchte Ihnen deshalb einige kurze konkrete Beispiele geben, wo wir die Herausforderung sehen.

Es ist ja mittlerweile bekannt und darauf wurde jetzt auch schon hingewiesen, dass die Behandlung von HIV mit antiretroviralen Mitteln mittlerweile durchaus möglich ist und erfolgreich sein kann. Das ist auch wissenschaftlich belegt. Dass die Behandlung zurzeit überhaupt möglich ist, hing natürlich ganz stark damit zusammen, dass die Preise gesunken sind. Ganz wichtig ist, dass es eine Konkurrenz durch Generika besteht und es weiterhin das Kombinationspräparat gibt, welches die Behandlung wesentlich vereinfacht hat, weil es drei

Medikamente in einer Tablette vereinigt. Es steht weiterhin auch nur als Generikum-Präparat aus Indien zur Verfügung.

Wo wir Herausforderungen sehen ist zum einen die Behandlung von Kindern. Es wird geschätzt, dass im Behandlungsprogramm bisher 10 bis 15 Prozent der Behandelten Kinder sind, das entspricht einfach der Infektionsrate. In unseren Projekten sind 7 Prozent, weltweit sind es wesentlich weniger. Das hängt zusammen zum Teil mit ganz praktischen Problemen.

Ein ganz praktisches Problem ist, dass wir Kinder unter 18 Monaten oft gar nicht diagnostizieren können, dass sie überhaupt HIV haben. Der normale HIV-Test ist erst mit 18 Monaten anwendbar, denn sonst können die mütterlichen Antikörper noch vorhanden sein. Da der HIV-Test für diese kleinen Kinder technisch so komplex ist, dass der nur in Speziallabors durchführbar ist können gerade die Aller kleinsten, die die höchste Sterblichkeitsrate haben, oft gar nicht diagnostiziert werden. Wir arbeiten jetzt mit der Universität Cambridge zusammen, hier einen radikal vereinfachten Test zu entwickeln. Damit es auch dezentral möglich ist, die kleinen Kinder zu testen. Als humanitäre Organisation gehen wir damit weit außerhalb dessen, was unser eigentliches Selbstverständnis ist. Wir gehen diesen Schritt, weil wir sehen, dass so eine Art der Forschung, die speziell auf die Notwendigkeit in ärmeren Ländern eingeht, nicht stattfindet, nicht gefördert wird, von Regierung, geschweige der Wirtschaft nicht priorisiert wird.

Bei den Kindern mangelt es auch an kindgerechten Darreichungsformen. Entweder gibt es die Erwachsenentabletten, die zu groß sind und die nicht genau gebrochen werden können oder es gibt Sirups, welche schrecklich schmecken, gekühlt werden müssen und die schwer einzunehmen sind. Es muss eine Empfehlung von WHO und UNICEF für die kindergerechte Tabletten, die sich auflösen lassen und die richtig dosiert sind erfolgen. Darüber spricht man seit Jahren. Es hat sich weiter nichts getan. Das ist einfach ein Bereich, der für die Wirtschaft finanziell nicht genügend lukrativ ist, um so einen einfachen Schritt zu gehen, um hier kindgerechte Tabletten herzustellen.

Ein anderer Bereich ist die Behandlung von Erwachsenen. Wo wir eine große Herausforderung sehen, die jetzt gerade erst beginnt und sich zuspitzen wird - ist das Problem der so genannten Zweittherapie. Wir haben jetzt sehr viele Patienten, die schon seit einigen Jahren in der Behandlung sind. Selbst wenn ein Patient optimal jede einzelne Tablette einnimmt, ist es eine Frage der Zeit, dann muss man die Kombination umstellen. Das ist medizinische Tatsache. Das Problem ist, wenn die Ersttherapie im Augenblick 150 Dollar kostet, dann ist die Zweittherapie im Augenblick bis zu 50 Mal teurer, also bis zu 6.000

Euro pro Patient und Jahr. Das heißt, es steht eine Kostenexplosion bevor, die überhaupt nicht mehr finanzierbar sein wird und damit Patienten riskieren, dass die Behandlung abgebrochen werden muss. Die Preisnachlässe, die es dafür bis jetzt gibt, sind nicht ausreichend. Was wir auch sehen ist, dass die Pharmafirmen, selbst wenn die Preisnachlässe anbieten, dann gar nicht die Medikamente wirklich proaktiv zur Verfügung stellen.

Zum Beispiel bietet die Firma Gilead mit dem Medikament Tenofovir Preisnachlässe in 97 Ländern an, hat aber das Medikament nur in 10 Ländern registriert. Oft gibt es keine Preisnachlässe in Schwellenländern. Es gibt zwar zum Beispiel ein verbessertes Medikament der Firma Abbott, welches nicht mehr gekühlt werden braucht, was ideal für Tropen wäre, aber es gibt keine Bestrebung, dieses Medikament zügig den Entwicklungsländern zugänglich zu machen und es wird erst einmal hauptsächlich in den USA vermarktet.

Letztlich gibt es zu diesem Thema zu sagen, dass die Generika-Konkurrenz, die es vor einigen Jahren für die Ersttherapie gab, unter Umständen für die Zweittherapie nicht stattfindet und ernsthaft bedroht ist, weil einfach jetzt in den letzten Jahren die Entwicklungsländer im Zuge der WTO-Abkommen ihre Patentgesetzgebung umgewandelt haben. Konkret hat Indien im letzten Jahr sein Patentgesetz umstellen müssen. Über 80 Prozent unserer Patienten erhalten dabei die Generika aus Indien, das ist also eines der Hauptproduktionsländer. Es geht jetzt ganz konkret darum, welche Patente zu HIV-Medikamenten erteilt werden können und ob dann die Preisnachlässe noch möglich sind.

Da fällt der Bundesregierung mit Sicherheit eine ganz wichtige Rolle zu, denn obwohl aus entwicklungspolitischer Sicht die Problematik der Arzneimittelversorgung und der Zusammenhang mit der Patentgebung durchaus erkannt worden ist, sehen wir doch, dass hier ein Mangel an Kohärenz in der Regierungspolitik besteht.

Als letzter Punkt möchte ich darauf hinweisen, dass natürlich trotz all der Fortschritte es noch wesentlich mehr zu tun gibt und HIV alles andere als unter Kontrolle ist. HIV breitet sich weiterhin aus, in einigen Ländern wesentlich schneller als vorher. Bisher erhalten nur 20 Prozent der Patienten die Behandlung, die sie brauchen. Wir gehen davon aus, dass ein wichtiger Faktor, um dieser Epidemie Herr zu werden, auch die Investition in gezielte Forschung und Entwicklung ist. Zum Beispiel in verbesserte neue Präventionsmethoden, die Mikrobizide. Vieles davon wird von der Bundesregierung weder gefordert noch priorisiert.

Ohne diese Innovation, die eigentlich auch eine deutsche Stärke ist, wird es im HIV-Bereich letztendlich keine Lösung geben.

Hier gibt es auch, neben weiterer Förderung solcher Ansätze, eine ganz konkrete Möglichkeit für die Bundesregierung, in den nächsten zehn Tagen konkret Stellung zu nehmen, denn es gibt eine Resolution von Kenia und Brasilien zur Generalversammlung der Weltgesundheitsorganisation, die am 22. Mai beginnt. Dort wurde gerade das Thema der Forschung und Entwicklung, die völlig vernachlässigt ist, für die Bedürfnisse der Entwicklungsländer thematisiert. Diese ruft auf, der WHO und den Mitgliedern eine stärkere Rolle in der Priorisierung dieser Forschung zu geben. Bisher haben wir den Eindruck, dass sich da die Bundesregierung eher zurückhält oder diesen Vorstoß kritisch beurteilt. Unsere Anfragen an das Bundesgesundheitsministerium sind auch nicht beantwortet worden. Eine wichtige Chance, hier einen Fortschritt zu erzielen, sollte sicherlich nicht vertan werden. Vielen Dank.

Der Vorsitzende: Herzlichen Dank, es liegen zwei Wortmeldungen vor. Zunächst die Kollegin Pfeiffer und nachher Dr. Addicks.

Abg. Sibylle Pfeiffer (CDU/CSU): Zunächst möchte ich mich bei allen Experten ganz herzlich bedanken. Sie waren zum Großteil gerade fast punktgenau. Sie haben Recht, Herr Dr. Benn. Sie sind schon wieder hier, weil wir nach wie vor auch hier in unserem Kreise das Gefühl haben, dass wir ein bisschen auf der Stelle treten. Was hat sich eigentlich getan? Nicht, weil wir dieselbe Fragestellung hatten, sondern weil wir manchmal das Gefühl haben, wir kommen genauso wenig weiter wie letztendlich Sie. Das hat sich eigentlich auch ein bisschen bestätigt, in dem was Sie sagen, sei es die Diskussion mit den Pharmaunternehmen, sei es die Diskussion vor Ort zum Thema gute Regierungsführung, oder die Diskussion vor Ort mit den Durchführungsorganisationen, sei es fehlende Infrastruktur, sei es fehlendes Fachpersonal und so weiter. Die Problematik hat sich nicht geändert für meine Begriffe. Manchmal habe ich sogar den Eindruck es wird schlimmer, obwohl wir eigentlich sehr wohl wissen, was zu tun ist. Sicherlich wissen wir noch nicht alles, aber ein Großteil ist bekannt. Wenn wir jetzt hergehen und sagen, die bisherige Praxis Prävention - ja und den Rest vernachlässigen wir, dann möchte ich dazu doch bitte ergänzend sagen: Das eine tun das andere nicht lassen. Also natürlich möchte ich gerne präventiv tätig sein, ich möchte gerne, dass wir die Infektionsraten reduzieren. Insofern möchte ich auf aktive und Erfolg bringende Prävention in keinem Fall verzichten.

Über diverse Behandlungsmöglichkeiten haben wir gesprochen. Wir wissen sicherlich auch die Grenzen. Die Behandlung muss aber nur dann erfolgen, wenn die Infektion da ist. Somit muss die Infektion verhindert werden, damit ich die Behandlung nicht durchführen muss. Ich kann natürlich, Frau Dr. Weinreich, die Lebensrealitäten nicht wegdiskutieren, auch das ist mir klar. Das eine tun und das andere nicht lassen, selbst das, glaube ich, müssen wir immer im Kontext sehen. Sie haben selber in Sambia gearbeitet. Aus Sambia stammen eigentlich auch immer meine Informationen, weil ich dort war und genau das Thema mit dieser Agentur, die sich in Sambia mit der AIDS-Bekämpfung beschäftigt, besprochen habe. Auf unsere Frage, ob sie denn genug Gelder haben erklärte die zuständige Person vor Ort „Geld, wenn ich alles so viel hätte wie Geld, wäre ich sehr zufrieden. Ich brauche kein Geld. Mir fehlt die Manpower, mir fehlt die Infrastruktur und mir fehlt die Möglichkeit, die Menschen überhaupt zu erreichen“. Dieses Problem stellt sich sicherlich nicht nur in Sambia dar, sondern überall.

Das Thema Good Governance hatte ich eben schon gestreift, ich glaube, da sind wir einig. Ich glaube, wir haben ein ganz großes Problem und ich glaube, wir müssen uns international bemühen, egal ob das jetzt auf der UNGASS oder dem G-8-Gipfel ist, egal ob es in Moskau ist, egal ob es unter deutscher Ratspräsidentschaft ist.

Ich glaube, wir müssen uns ganz massiv damit beschäftigen, wie wir eigentlich konkret in diversen Problemfällen, nämlich in islamischen Ländern, in Osteuropa, China und Afrika an die Probleme herangehen. Ich hoffe nicht, dass ich etwas vergessen habe. Aber um diese vier Problemkreise HIV/AIDS zu behandeln, muss jeder für sich anders angegangen werden. Wie komme ich in islamischen Ländern zum Beispiel an die Frauen? Thema Selbstbestimmung. In Osteuropa können wir sehr viel über Aufklärung machen. Die sind in der Lage, das zu verstehen. Da haben wir die Infrastruktur, da haben wir die Medien, da ist alles Mögliche vorhanden. Trotzdem erleben wir dort einen Boom der Infektion. Das Thema China ist wieder ganz anders zu behandeln als das osteuropäische Thema. Frage an Sie alle drei:

Ist Ihnen bekannt, ob in Ihren Organisationen auch schon mal solche Überlegungen zur differenzierten Herangehensweise stattfinden, mit welchem Ergebnis unter Umständen? Das würde mich schon interessieren.

Der politische Wille, natürlich Dr. Benn, der Wille muss hier vorhanden sein, aber er muss vor allem vor Ort sein. Wir werden, und da können wir hinfahren, wohin wir wollen auf der

Welt, nicht nur nach Afrika, dort scheitern, wo der politische Wille vor Ort nicht da ist. Darüber brauchen wir überhaupt nicht zu diskutieren.

Als letztes möchte ich Sie vielleicht fragen, Herr von Schön-Angerer über Ihre Diskussion mit den Pharmaunternehmen. Wenn Sie sagen, die haben kein Interesse daran, kindgerechte Medikamente herzustellen. Ist dies eine Erkenntnis aus der Diskussion mit den Pharmaunternehmen oder ist es letztendlich nur die Erkenntnis vor Ort, dass es das einfach nicht gibt? Ich möchte es dabei mal blassen. Ich danke Ihnen.

Der Vorsitzende: Vielen Dank. Herr Dr. Addicks, danach Herr Dr. Wodarg.

Dr. Karl Addicks (FDP): Vielen Dank auch von mir an die Experten, vor allem dass Sie unserer Einladung gefolgt sind. Es ist tatsächlich so, dass seit 25 Jahren dieser Globus in beispielloser Weise von dieser neuen Erkrankung überrollt ist. Die Weltgemeinschaft hat die Herausforderung angenommen. Es scheint in letzter Zeit auch erste ermutigende Zahlen zu geben, wenngleich – bezogen auf Deutschland – die jüngsten Zahlen des Robert-Koch-Institutes nahe legen, dass die letzten Erfolge in der Therapie fast schon wieder zu einem etwas sorgloserem Umgang bei uns mit AIDS geführt haben. Aber wir wollen hier nicht über AIDS in Deutschland sprechen, sondern über AIDS im Zusammenhang mit den Entwicklungsländern und was wir speziell dagegen tun können.

Die Frage der Mittelknappheit ist angesprochen worden, Frau Pfeiffer hat über gewisse Erfahrungen aus einzelnen Ländern berichtet. Die Mittelknappheit scheint gar nicht so das Problem zu sein, sondern tatsächlich eine Infrastruktur, um die Prävention zu intensivieren. Natürlich ist es richtig, wir haben tatsächlich auch größeren Wert auf die Behandlung zu legen, denn nichts ist schlimmer als die Menschen, die nun einmal die Infektion bekommen haben, der Hoffnungslosigkeit zu überlassen. Das wirkt sich letztlich auch auf die Prävention aus. Das können wir nicht zulassen. Deshalb müssen wir beides Hand in Hand gehen lassen. Die Frage ist, mit welcher Gewichtung wollen wir Prävention betreiben, mit welcher Gewichtung wollen wir Behandlung betreiben, dies natürlich auch wieder in Hinsicht auf die Mittelknappheit.

Herr Schön-Angerer, Sie haben das Problem der Zubereitung von speziellen Kindermedikamenten angesprochen. Das ist wirklich ein wichtiger Punkt in der Prävention und Behandlung, denn mit den AIDS-Kindern, vor allen Dingen auch den AIDS-Waisen in den Entwicklungsländern, wie in Afrika, wächst ein riesengroßes soziales Problem heran. Das ist meiner Ansicht nach ein entscheidender Punkt. In dem Zusammenhang die Frage an

Sie, welche Möglichkeiten sehen Sie für den Aufbau von Generika-Produktion auch in den afrikanischen Ländern. Wie ist der Gefahr entgegenzuwirken, dass die Forschungsindustrie beeinträchtigt wird, wenn die forschende Pharmaindustrie nicht einen Mindestgehalt aus ihrer Forschungsarbeit bekommen kann. Auch hier ist ein schwieriger Balanceakt erforderlich.

Ich stelle die Frage in die Runde der Experten, ohne diese gezielt zuzuweisen. Was ist eigentlich mit der Suche nach einem Impfstoff gegen AIDS. Es ist eine Viruserkrankung, obwohl wir es mit einem sehr wechselhaften Virus zu tun haben, sollte AIDS eigentlich der Entwicklung eines Impfstoffes zugänglich sein. Wie ist der aktuelle Standpunkt? Wie ist der Stand der Mikrobizidforschung. Ist das eine realistische Präventionsmöglichkeit, vor allen Dingen würde es neue Möglichkeiten nach meiner Ansicht für Frauen auf dem afrikanischen Kontinent eröffnen? Wie ist das Problem der sexuellen Selbstbestimmung von Frauen? Welche Rolle spielt der Gender-Faktor in der Prävention? Meiner Ansicht nach ist er bisher unterschätzt. Was ist mit Präventionsmaßnahmen?

Ich war neulich erschrocken als ich auf einem AWEPA-Meeting in Nairobi war und dort auch das Thema AIDS behandelt wurde. Ich musste dort feststellen, dass auch Parlamentarier und Politiker, von denen man erwarten sollte, dass sie wissen müssen, wie AIDS übertragen wird, offensichtlich nicht informiert sind. Wie sehen die Effekte bei der einfachen Bevölkerung im Lande aus. Haben wir dort, was die Prävention angeht, das Richtige gemacht, unsere Kampagnen breit genug angelegt über Fernsehen, TV, Printmedien, was es alles an Möglichkeiten in Afrika gibt? Es ist auch erstreckend bis erstaunlich was die südafrikanischen Politiker an Präventionsmöglichkeiten empfehlen. Ich denke, wir werden mehrere Fragerunden haben. Ich will es jetzt erst einmal dabei bewenden lassen. Vielen Dank.

Der Vorsitzende: Vielen Dank Herr Dr. Addicks. Herr Dr. Wodarg hat das Wort und danach Frau Hänsel.

Dr. Wolfgang Wodarg (SPD): Auch ich möchte den Dank aussprechen an die drei Sachverständigen, die uns hier wirklich ein breites Bild schon aufgezeigt haben und in ihren schriftlichen Äußerungen schon eine Menge Material zur Verfügung gestellt haben.

Mich interessiert vor allem wo müssen wir Forschungsanstrengungen betreiben? Wo müssen wir vermehrt nachschauen? Wer stellt überhaupt Forschungsmittel zur Verfügung? Wie viele Ressourcen werden investiert in die Entwicklung zum Beispiel für die antiretrovirale

Therapie einerseits durch Unternehmen, die sich diese Medikamente dann patentieren lassen und verkaufen und wie viel Forschung wird im Vergleich dazu investiert, zum Beispiel in die Entwicklung des Impfstoffes? Wenn wir einen erfolgreichen Impfstoff haben, dann bricht natürlich der Markt für die antiretrovirale Therapie zusammen. In der Marktwirtschaft muss man an solche Zusammenhänge denken. Daher ist die Frage der Patente, die während des G-8-Treffens und bei der WTO – Verhandlungen durchaus auf der Agenda zu stehen hat noch einmal zu stellen. Die Patente sind ein Mittel, um Erfinder zu belohnen. Wir geben Erfindern ein ausschließliches Nutzungsrecht, für das, was sie erstmalig beschrieben haben. Das sind Patente. Sie können also die Nutzung ausschließen. Sie brauchen keine Lizenzen zu vergeben. Wir erlauben ihnen das Wissen, was für das Überleben der Weltbevölkerung das Allernotwendigste ist, für sich zu behalten und die Nutzung auszuschließen. Das ist das Patentrecht. Ich frage mich schon, wie wir das mit unserem Gewissen vereinbaren können, das Patentrecht hier in diesem Bereich zu nutzen, wo es um Millionen von Menschen geht.

Meine Frage an die Bundesregierung lautet, gibt es nicht andere Möglichkeiten, die Forschung zu fördern, sie zu belohnen, welche dazu führen würden, dass alles, was in diesem Bereich entdeckt wird, sofort so breit wie möglich und so intensiv wie möglich, allen zur Verfügung steht, die es nötig haben. Die Patente werden als strategische Bewertungsmerkmale von Unternehmen an der Börse gehandelt. Patente werden aufgekauft und dann in die Schublade gelegt. Es wird erstmal gesehen, dass Dinge, die noch gut laufen, weiterlaufen. Das sind die Strategien, die wir eigentlich alle kennen und die hier eine große Rolle spielen. Sie kosten Millionen von Menschenleben. Daher auch meine Bitte, hierzu Stellung zu nehmen.

Ich halte das für eine der vordringlichsten Fragen, die wir uns stellen müssen, wenn wir Verantwortung in G-8-Verhandlungen und Vorsitz der europäischen Ratspräsidentschaft übernehmen. Wir werden ein europäisches Patentsystem entwickeln. Ich möchte als ein Beispiel darauf aufmerksam machen, dass es keine parlamentarische Kontrolle über die Arbeit des Europäischen Patentamtes gibt.

Das Europäische Patentamt ist ein multilaterales Vertragswerk von inzwischen – so meine ich – 27 Staaten, gemeint sind nicht nur die EU-Staaten. Auch das Europäische Parlament ist keine Kontrollinstanz für diese Institution, die genau das macht, was ich eben vorher beschrieben habe. Es sind allein die Justizministerien der einzelnen Vertragsländer, die dort aufpassen. Es gibt zweimal im Jahr eine Konferenz, wo die Vertreter der Industrie und die Vertreter aus diesen Ministerien sich einigen über die Strategien dieses Europäischen

Patentamtes. Ansonsten verwaltet es sich selbst. Jedes erteilte Patent bringt Geld, jeder Widerspruch bringt noch einmal Geld. Von daher denke ich, müssen wir als Parlamentarier uns dieses Mal ganz genau ansehen, was dann an Wissen privatisiert wird, welches der Öffentlichkeit zugänglich gemacht werden könnte.

Meine Frage ist, gibt es überhaupt eine ökonomische Analyse, für den Bereich der Pharmaforschung und der gesundheitsbezogenen Forschung?

Das ist ja auch das weitere Problem. Wir haben die Forschung nur da, wo eine möglichst schnelle Rendite zu erwarten ist. Das gilt für uns. Ich bin auch im Gesundheitsausschuss dieses Parlaments. Da ist genau das gleiche Problem. Wir machen ein Gesetz nach dem anderen, um die Kosten im Pharmabereich zu senken. Darunter leiden nicht nur die Entwicklungsländer, sondern wir auch. Wir bezahlen die Patente hier. Es gibt kaum Widersprüche zum Beispiel bei me-too-Patenten. Allein die Tatsache, dass es me-too-Präparate gibt, erweckt keine Bedenken. Dies sind Präparate, die sich kaum von dem unterscheiden, was schon da ist, die aber trotzdem ein Patent kriegen, weil irgendein Molekül ausgetauscht wird. Dies führt dazu, dass wir zahlen müssen. Warum erhebt sich kein Widerspruch dagegen? Weshalb kümmern wir uns nicht darum? Weshalb sagen wir nicht, das ist gar nichts Neues, das ist nur mee-too, das ist nur etwas Nachgeahmtes. Wir zahlen. Wir könnten bei der Biopatent-Richtlinie, als wir die umgesetzt haben, ein bisschen davon in der Diskussion für eine dreiviertel Stunde im Deutschen Bundestag erleben. Aber ich halte es für ökonomisch, gesundheitspolitisch und was ethische und moralische Dinge angeht, für eines der essentiellen Themen, die wir zu behandeln haben. Ich würde mich freuen, wenn wir von den Sachverständigen eine Stellungnahme auch für diesen Bereich bekommen können.

Der Vorsitzende: Herr Dr. Wodarg, herzlichen Dank. Ich möchte auch die Kollegen, die vom Gesundheitsausschuss zu uns gekommen sind, herzlich begrüßen. Frau Höger-Neuling, Herr Terpe, schön dass Sie da sind. Sie können sich auch gerne an der Diskussion beteiligen. Als nächste hat Frau Hänsel das Wort und danach Frau Koczy.

Heike Hänsel (DIE LINKE.) Auch erst einmal herzlichen Dank an die Sachverständigen und auch herzlichen Dank an Herrn Wodarg, an Ihren Beitrag, den ich nur unterstützen kann. Ich möchte die ähnliche Problematik einfach konkret auch noch einmal ansprechen, weil es eben um die Kohärenz in unserer Politik geht, wenn wir hier im Entwicklungsausschuss sitzen. Vorhin haben wir noch über Freihandelsabkommen EU-Lateinamerika gesprochen. Es wurde von allen befürwortet. Auch dort ist TRIPS bloß in den Vorstellungen enthalten. Wir

können nicht eine Stunde vorher so reden und uns dann auch echauffieren über die Situation im Gesundheitswesen. Da bestehen große Widersprüche in der Politik. Das erlebe ich hier, wenn ein Staatssekretär aus dem Wirtschaftsministerium anwesend ist und uns erklärt, wie die WTO-Verhandlungen laufen, dann müssen wir, wenn wir das ernst meinen, auch dagegen sprechen.

Die Patentpolitik ist verheerend für die Menschen, weil sie den Zugang zu günstigen Medikamenten erschwert. Insofern müssen wir den Druck aus diesem Ausschuss auch verstärken, wenn wir solche Anhörungen machen und es ernst meinen.

Die Gruppen, wie „Ärzte ohne Grenzen“ arbeiten an guten Initiativen, gerade was zum Beispiel die Medikamente angeht, die nicht gekühlt werden müssen. Sie haben Initiativen gestartet, welche die Möglichkeit geben, diesen Zugang herzustellen. Solche Initiativen müssen wir unterstützen. Sonst ist diese Politik, die wir vertreten auch nicht glaubhaft. Insofern möchte ich auch die Initiative von Herrn Wodarg unterstützen. .

Der Vorsitzende: Dankeschön. Frau Koczy, danach Herr Fischer.

Ute Koczy (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN) Auch mein Dank an die eingeladenen Gäste, mit ihrer Einführung noch mal hier zeigen, wie die Situation aussieht. Frau Pfeiffer hat darauf hingewiesen, dass wir trotz der großen Fortschritte eigentlich immer noch das Gefühl haben, den tatsächlichen Problemen nicht gerecht zu werden. Herr Wodarg hat meiner Meinung nach auch sehr grundsätzliche Fragen dazu gestellt, wie man insgesamt dagegen vorgehen kann. Man muss auch sagen, das AIDS-Problem ist nicht nur ein humanitäres Problem, es ist tatsächlich auch ein Profitgeschäft bzw. die Abnabelung eines Teils der Menschheit von bestimmten erreichten Erfolgen in der Medikation. Insofern stellen sich hier schon harte Gerechtigkeitsfragen und gerade im Zuge der Wirtschaftlichkeit müssen wir tatsächlich vielleicht auch anders diskutieren. Ich bin dem Kollegen Wodarg sehr dankbar dafür, dass er heute hier an dieser Stelle auch soviel vorgetragen hat.

Einige Fragen, die mich interessieren. Es kam in den letzten Monaten immerwieder die Diskussion auf, Mangel an Geld wäre jetzt nicht unbedingt das Problem im AIDS-Bereich. Ich sehe das nicht ganz so, weil ich erkenne, wo man Manpower hineinstecken will, muss man dann auch ausbilden. Da muss man das Geld hineinbringen. Es heißt also, dass das Geld falsch gelenkt wird. Ich warne davor, immer darauf hinzuweisen, es wäre doch eigentlich genug Geld da. Ich denke, im Gesamtkomplex ist nicht genug Geld vorhanden. Es wird ausgegeben für das, was man nachweisen kann, aber über die indirekten

Bearbeitungsmöglichkeiten, also die ganzheitlichen Konzepte, wird nicht weit genug gedacht. Ich bin der Meinung, es muss mehr Geld für solche Projekte hineingesteckt werden, weil wir fast schon dabei sind den Kampf gegen die Uhr zu verlieren.

Es geht mir um Prävention und Kinderwunsch. Es gibt da ja ein Spannungsverhältnis. Wie wird dem in den betroffenen Ländern begegnet? Das hätte ich gerne von Ihnen beantwortet. Der so genannte „brain drain“, von dem man immer wieder hört. Bildet man Ärzte oder geschultes Personal aus, dann wandern die ab. Inwieweit muss man, wenn man schon eine gezielte AIDS-Bekämpfungsstrategie hat, genau den Aufbau des staatlichen Gesundheitssystems mit im Blick haben?

Thema Frauenrechte. Das ist ganz kurz angeklungen. Frau Dr. Weinreich hat ja noch mal darauf hingewiesen, auch bei sexueller Gewalt tritt es dann auf, dass die Frauen sich nicht dagegen wehren können. Das trägt wesentlich zur Ausbreitung von AIDS bei. Gibt es von Ihrer Seite konkrete Hinweise, was in dem Bereich aktuell getan wurde? Vielleicht können Sie uns wieder auf den Stand bringen. Wie bewerten Sie die bisherigen Bemühungen?

Für die Interessierten fand hier ein Besuch von Dr. Steven Sinding statt. Er forderte die Familienplanung ganzheitlich anzugehen und nicht die Trennung zu machen auf einer Seite die Reproductive und auf der anderen HIV- und Malaria-Bekämpfung. Eine Strategie, die ja von den USA forciert wird. Er sagt, dass eine der Ursachen der starken Ausbreitung von AIDS die mangelnde Berücksichtigung der kulturellen Kontexte ist. Vielleicht könnten Sie dazu etwas sagen. Ich kann vielleicht ein kleines Beispiel aus China dazu bringen. Wir waren gerade dort und hatten einen Besuch im Volkskrankenhaus Lanzhou. Diese nicht ganz so kleine Stadt hat drei Millionen Einwohner. In dem größten Krankenhaus stellte ich dann eine Frage zum Thema AIDS-Bekämpfung und wie man dieses Problem einschätzt. Mir wurde geantwortet, erstens gibt es keinen Fall in diesem Volkskrankenhaus, der dort bekannt wäre und zweitens wenn, läge die Zuständigkeit bei den Familienplanungszentren. Dort würde man daran arbeiten. Das hat uns dann doch etwas konsterniert zurückgelassen, denn das stellt genau die Situation dar, die nicht passieren darf. Wenn das die Politik der Provinzregierung ist, dann hat man dort tatsächlich einige Probleme.

Letzte Frage auch an Frau Dr. Weinreich. Das Thema EU-Gipfel, G-8-Gipfel, die Resonanz auf ihre Anfragen bzw. Hinweis. Es wäre doch eine hervorragende Gelegenheit, dieses Thema genau in diesem Kontext aufzugreifen. Was erhalten Sie an Antworten von der Bundesregierung?

Hartwig Fischer (Göttingen) (CDU/CSU) Ärzte ohne Grenzen oder andere Organisationen werden das Problem AIDS nicht alleine lösen können. Die Staaten, in denen AIDS auftritt, haben auch eine besondere Verantwortung. Ich beziehe mich nur auf Afrika. Ich habe dort die Firma Pharmakina besucht. Die Firma Pharmakina – ein deutsches Unternehmen im Kongo – hat ein neues antiretrovirales Mittel entwickelt, das von der Weltgesundheitsorganisation anerkannt ist. Dieses Medikament, mit hoher Wirksamkeit, hat einen Spottpreis im Vergleich zu den derzeit am Markt gängigen Mitteln. Es stellt sich jetzt die Frage, ob es tatsächlich so ist, wie es uns dort berichtet wird, dass die Zulassung von verschiedenen Gesundheitsministerien in den afrikanischen Staaten abgelehnt wird, weil sie langfristige Verträge mit zum Beispiel amerikanischen Firmen haben, in denen sie verpflichtet werden die Medikamente zu erheblich höheren Preisen zu vergeben. Meine Frage, trifft das dann nur auf die Maßnahmen der jeweiligen staatlichen Organisationen oder ist die Arbeit der „Ärzte ohne Grenzen“ mit einem bestimmten Medikament von der Zulassung in diesem Land abhängig oder könnten Sie auch auf ein solch günstiges Mittel zurückgreifen, wenn sie es erwerben können?

Der Vorsitzende: Dankeschön, Herr Fischer. Ich wollte eine kurze Zusatzfrage an Herrn von Schön-Angerer anfügen. Sie hatten gesagt, dass es ein Kohärenzproblem in der Bundesregierung gibt. Könnten Sie das etwas konkreter erläutern, damit wir wissen, wen wir unterstützen und wen wir noch überzeugen müssen, also welche Kräfte dort in verschiedene Richtungen wirken und was sie sich an konkreter Unterstützung von der Bundesregierung erhoffen.

Liegen jetzt noch weitere Fragen vor? Wenn es noch ein oder zwei Fragen sind, dann können wir das in eine Fragerunde integrieren und eine Antwortenrunde machen. Frau Pfeiffer, dann bitte.

Sibylle Pfeiffer (CDU/CSU) Auf das Thema HIV/AIDS Behandlung stoßen wir immer dann, wenn wir über die Ziele der Entwicklungshilfe reden. Stellen Sie denn vor Ort fest, dass diese Behandlung und diese Versorgung zu Lasten anderer Krankheiten erfolgt? Haben wir denn wirklich nur noch den Focus auf HIV/AIDS gerichtet und was passiert eigentlich in der Praxis? Wie werden die Menschen vor Ort auch mit ihren anderen Leiden und Krankheiten behandelt oder sind wir so auf HIV/AIDS fokussiert, dass wir überhaupt nichts anderes mehr sehen.

Ich möchte noch einmal etwas aufgreifen, was Ute Koczy eben gesagt hat. Wenn wir wirklich etwas bewegen wollen, dann ist eigentlich, das Gesundheitssystem insgesamt zu

verbessern. Auch hier in dem Zusammenhang gilt der Grundsatz „das eine tun und das andere nicht lassen“. HIV/AIDS-Prävention einerseits, Behandlung andererseits, aber auch das vorhandene Gesundheitssystem müssen gefördert werden. Die Hilfe soll allerdings differenziert in einzelnen Regionen oder Ländern erfolgen.

Der Vorsitzende: Dankeschön, Frau Staatssekretärin Kortmann bitte.

PStS'in Karin Kortmann (BMZ) Ich würde auch an Sie alle drei noch eine Frage stellen wollen. Im Rahmen der G-8 ist sowohl im vergangen als auch im vorletzten Jahr das Thema HIV und AIDS sehr prominent behandelt worden. Welche positiven Ergebnisse können Sie dort feststellen und die zweite Frage, die sich daran anschließt ist, wie unterschiedlich sehen Sie denn das Agieren der G-8-Staaten? Ich glaube wir hatten die erste Anhörung zu dem Themenbereich im Jahr 2000 hier im Ausschuss. Damals waren wir noch in der Situation, wo die afrikanischen Botschafter, die hier mithörend dabei saßen, das einfach negiert haben, dass HIV/AIDS ein Thema ist. Insofern erlebe ich eher einen Vorschritt auch wenn das sechs Jahre her ist. Es hat sich viel in der Bewusstseinsbildung verändert.

Im Hinblick auf das afrikanische Kontinent, wo, wie Sie meinen, sich im Rahmen der guter Regierungsführung etwas verändert hat, behaupte ich nach wie vor, dass wir uns hier zwar über verschiedene Strategien einig sind, aber in der bilateralen Regierungsverhandlungen kein Schwerpunkt auf den Gesundheitssektor und HIV/AIDS Bekämpfung gesetzt wird. Wo sind die sog. „Good Performer“ mit denen die Arbeit erfolgreich begonnen ist?

Der Vorsitzende: Dankeschön, ich würde jetzt vorschlagen, dass wir in die Antwortrunde gehen und in umgekehrter Reihenfolge die Sachverständigen zu Wort bitten. Wir beginnen mit Herrn von Schön-Angerer.

Tido von Schön-Angerer (Ärzte ohne Grenzen): Ich denke, ich werde zunächst auf die Fragen zum Patentrecht eingehen.

Die Lösungsvorschläge dürfen nicht realitätsfremd sein. Jede Firma muss Sachen verkaufen, damit sie dann auch davon leben kann. Ich denke, es muss in diesem Bereich ein gewisses ethisches Verhaltenskodex geben. Wenn es also eine Innovation gibt, die insbesondere für die Entwicklungsländer von Vorteil ist, muss sie für den entsprechenden Preis zur Verfügung gestellt werden. Hinsichtlich der Frage nach Forschung und Entwicklung steht fest, dass der zunehmende Patentschutz die Forschung und Entwicklung für die Bedürfnisse der armen Länder überhaupt nicht gefördert hat. Dies ergibt sich aus dem Bericht der WHO, der

Commission on Intellectual Property Rights, Innovation and Public Health. Patentschutz mag das richtige Instrument sein, um Forschung hier für unsere Bedürfnisse zu fördern, aber es ist nicht das Instrument, das dazu geschnitten ist, Innovationen, welche sich auf die Bedürfnisse der Entwicklungsländer beziehen anzuregen. Da braucht man andere Mechanismen. Die Innovation ist gerade wegen des Personalmangels, der schweren Begebenheiten und der Erforderlichkeit der Verbesserung der Anwendungen besonders wichtig. Hier sollten auch die Regierungen auf bestimmte Finanzierungs- und Förderungsmechanismen Prioritäten setzen. Der Ansatz, den Kenia und Brasilien jetzt zur WHO eingebracht haben, ist dabei ein erster ganz wichtiger Schritt. Wir würden uns sehr wünschen, dass er von der Bundesregierung unterstützt wird.

Sie fragten, wo wir die Inkohärenz in der Entwicklungsarbeit sehen. Sie ist am Beispiel der deutschen Patentschutzforderung in China festzustellen. Das Rohmaterial der ganzen Medikamente kommt heute aus China und wir sind uns auch der chinesischen Strategie bewusst. Wir würden uns wünschen, dass Deutschland das Moratorium zu TRIPS und den bilateralen Abkommen ebenfalls unterstützen würde. Auch die DOHA – Declaration muss umgesetzt werden.

Die Generika-Produktion, hier kam das Beispiel der Firma Pharmakina, ist etwas, was die Bundesregierung, und das das BMZ, unterstützen. Der Hauptkostenpunkt der Generika, 80 bis 90 Prozent, ist das Rohmaterial. Das Rohmaterial wird nicht in den afrikanischen Ländern hergestellt, sondern es kommt, wie ich schon gesagt habe, hauptsächlich aus China. Es wird in großen chemischen Fabriken hergestellt. Ich denke, man muss sich fragen, was man gewinnt, wenn man dezentral lokale Produktion unterstützt. Es besteht nämlich ein erheblicher Aufwand, die entsprechende Qualität zu gewährleisten.

Das US-Programm PEPFAR finanziert nur Markennamenprojekte, Markennamenmedikamente, die in den USA zumindest zugelassen sind. Wir haben die Möglichkeit, auch andere Medikamente zu benutzen und auch gesonderte Einfuhrgenehmigungen zu erhalten. Das Problem besteht in der Qualität der Generika. Die Unterstützung muss dort gerichtet sein, wo es eine gute Generika-Produktion bereits gibt und dort, wo sie durch Patentgesetzgebung gefährdet ist.

Die Pharmafirmen können nicht alles machen. Es bestehen ein ganz konkreter Handlungsbedarf und Möglichkeiten für die Bundesregierung, die sich gerade in diesem Generika-Bereich jetzt ein bisschen engagiert. Es muss mehr Gewicht auf Produktion von kindergerechten Medikamenten gelegt werden.

Im Hinblick auf die G-8, glaube ich, sie setzt zwar immer politische Signale, aber dann anschließend entsteht die Frage, ob dann dem auch jeweils Umsetzungen folgen. Das ist sicherlich nicht immer der Fall, von daher sind wir auch manchmal durchaus skeptisch.

Im Hinblick auf die „Good Performance“ – Thematik möchte ich mich nicht festlegen, welche Länder in Afrika „Good Performers“ sind oder nicht. Es ist allerdings bedauernd, dass Südafrika zum Beispiel nicht an erster Stelle steht. Es bleibt wichtig das HIV wirklich zu einer politischen Priorität auch für die Bundesregierung zu machen. Aufgaben lassen sich überall finden, z.B. in der Ukraine, wo die Stigmatisierung der AIDS-kranken Menschen ein Riesenproblem ist oder in Russland, wo es von der Regierungsseite die Prävention und Destigmatisierung nicht gefördert wird. In solcher Situation können Vorschritte nur durch politischen Druck auf Regierungsebene erreicht werden. Die US-Regierung hat sich sehr aktiv engagiert, in der Außenpolitik das Thema HIV/AIDS zu einer politischen Priorität zu machen. Wir würden uns erhoffen, dass auch in Deutschland diese Thematik eine eindeutige Priorität hat.

Dr. Christoph Benn (Global Fonds). Vielleicht zunächst zu den Fragen von Ihnen, Frau Pfeiffer. Zu dieser Frage, was sich bei uns nach einem Jahr verändert hat. Es ist die alte Frage, ist das Glas halb voll oder halb leer? Natürlich ist noch kein Durchbruch gelungen. Wir sind besorgt um die weltweite Entwicklung im HIV/AIDS-Bereich. Andererseits ist eine ganze Menge erreicht worden. Ich denke, man muss das einfach auch erwähnen. Die Zahl der Menschen in den Entwicklungsländern in Behandlung hat sich seit einem Jahr verdoppelt. Das ist kein kleiner Fortschritt, wenn man bedenkt, wie schwierig die Bedingungen sind, wie schwach die Kapazitäten sind. Eine Verdopplung, im Hinblick darauf stellt schon ein erheblicher Erfolg dar. Man wünscht sich mehr, aber es ist bereits etwas passiert.

Der Bereich Koordination ist ein wichtiges Thema. Es sind wesentliche Fortschritte gemacht worden, die sich positiv auf die Situation in den einzelnen Ländern auswirken. Bei aller Skepsis, was eigentlich noch viel mehr passieren müsste, gibt es sicherlich auch einiges, was sich positiv verändert hat. Das bleibt auch festzuhalten.

Ganz wichtig sind auch die Prävention und die Behandlung. Ich glaube sogar, es ist ganz entscheidend. In dem Bericht des Generalsekretärs der Vollversammlung in drei Wochen steht ein schöner Satz. Er lautet: „Prävention macht Behandlung bezahlbar und Behandlung

macht Prävention möglich“. Das ist richtig. Nur wenn Prävention gelingt und die starke Zunahme von Neuinfektionen verhindert werden kann, bleibt die Behandlung bezahlbar. Wenn wir jedes Jahr fünf Millionen neue Patienten in Behandlung bringen müssen, weil das die Neuinfektionsraten sind, dann wird es unbezahlbar. Prävention ist entscheidend wichtig, um überhaupt Behandlung durchführen zu können. Andererseits ist auch Behandlung ohne Prävention nicht so wirkungsvoll. Es besteht also eine enge Verbindung zwischen den beiden Begriffen.

Ihre interessante Frage, ob die die Konzentration auf die AIDS-Behandlung auf Kosten der anderen Krankheiten geht, würde ich mit „nein“ beantworten.

Aus zwei Gründen:

1. Sicherlich hat die politische Aufmerksamkeit für HIV/AIDS der Bekämpfung von anderen Krankheiten wie Tuberkulose und Malaria entscheidend geholfen. Ohne diese Aufmerksamkeit wäre der Globale Fonds nicht gegründet worden, wären nie die Mittel für Tuberkulose und Malaria möglich geworden, die jetzt zur Verfügung stehen, denn das ist einfach eine „positive“ Folge von HIV/AIDS. Diese Krankheiten haben einfach nie die Aufmerksamkeit auf internationaler Ebene gehabt, sie haben sie aber jetzt.

2. Ich habe die Situation selbst erlebt, wo in afrikanischen Krankenhäusern so viele AIDS-Patienten in den Krankenhäusern waren, dass sie die anderen Patienten verdrängt haben. Infolgedessen sind Patienten an behandelbaren Krankheiten gestorben, weil sie einfach in die Krankenhäuser gar nicht mehr aufgenommen werden konnten. Wenn ein Krankenhaus zu 70 % mit den AIDS-Patienten belegt wird, kann niemand mehr mit Malaria oder Diabetes aufgenommen werden. Das ist passiert, das konnte man auch anhand der Sterblichkeitsraten nachweisen.

Bei der Einführung einer Behandlung können die meisten dieser Patienten ambulant behandelt werden. Sie müssen nicht mehr stationär behandelt werden. Damit machen sie wieder Kapazitäten frei für andere Krankheiten, die viel kostengünstiger und viel einfacher zu behandeln sind. Das ist von daher kein falscher Schritt gewesen, jetzt auf AIDS-Behandlung zu setzen. Im Gegenteil, es schafft auch wieder Kapazitäten im Gesundheitswesen in den betroffenen Ländern.

Zum Thema Prävention, Behandlung und Kinderwunsch, Ihre Frage Frau Koczy. Ein ganz wichtiges Thema, das in vielen Ländern eine wichtige Rolle spielt, ist die Frage der Akzeptanz von Kondomen. Die Kondome werden nicht benutzt, genau weil sie eben dem

Kinderwunsch widersprechen. Dafür gibt es sicherlich keine einfache Lösung. Kondome sind nach wie vor wichtig. In der Behandlung muss man immer wieder auf dieses Thema eingehen, wie man trotzdem den Kinderwunsch erfüllen kann. Gerade in einem kulturellen Kontext, der Kinder so stark betont, ist es ein besonderes Problem. Das führt dann zu einer anderen Frage, die auch gestellt wurde. Mikrobizidentwicklung – sie könnte eine Antwort darstellen. Diese Behandlung konnte vorbeugend eingesetzt werden ohne den Kinderwunsch zu beeinträchtigen. Um gleich auf diese Thematik einzugehen - Mikrobizide und Impfstoffe. Wir erwarten diese Technologien seit Jahren und wir wissen aber auch, dass wir noch lange nicht da sind, wir erwarten nach wie vor auch weder in diesem Jahr noch in den nächsten Jahren einen wirklichen Durchbruch. Es ist bedauerlich, denn wir bräuchten diese Technologien. Sie stehen jedoch noch nicht zur Verfügung und sind auch noch nicht am Horizont zu sehen.

Dann die Frage, ob es wirklich mehr Geld gebraucht wird oder nicht. Ein gutes Beispiel für die Beantwortung der Frage stellt Sambia dar. Ich bin auch vor kurzem in Sambia gewesen. Durch die Erhöhung der Mittel für AIDS, Tuberkulose, Malaria – Bekämpfung haben sich die Pro-Kopf-Ausgaben für Gesundheit in Sambia in den letzten Jahren verdoppelt. Das ist eine ganze Menge. Allerdings muss man feststellen, dass dies eine Verdoppelung von etwa 7 Dollar pro Kopf auf 14 Dollar pro Kopf ist. Es sind zwar immer noch sehr bescheidende Ausgaben, aber es ist gleichzeitig ein wesentlicher Fortschritt. Sambia hat relativ viel Geld erhalten, nicht nur über den Global Fonds, sondern eben auch von PEPFAR, Weltbank und andere. Ich habe in Sambia gefragt, ob sie in der nächsten Antragsrunde einen Antrag stellen werden oder ob sie jetzt sozusagen genug Geld haben? Nein, antwortete man mir, wir arbeiten schon längst an unserem neuen Antrag. Es ist deshalb nicht so, dass die Kapazitäten jetzt ausgeschöpft sind und genug Geld da ist. Nach wie vor gibt es nicht genug Mittel um flächendeckend zu arbeiten. Es ist zwar besser geworden, aber Erforderlichkeit der Ausdehnung der Programme besteht selbstverständlich noch weiter.

Es stellen sich hier die weiteren Probleme wie „brain drain“ und Investition in die Kapazität dar. Es muss in die Fachkräfte investiert werden, wenn man sie in so einem Land wie z.B. Sambia halten will. Es geht dabei um Gehälter, um Mitarbeiterhäuser, um die Ausbildung für die Kinder. Man muss Anreize schaffen, damit die Fachkräfte dort bleiben. Es brauchen gar nicht sehr teure Anreize zu sein, aber man muss Anreize schaffen. Das wiederum kostet auch Geld und muss in die Anträge mit eingebaut werden. Darum ist auch ein weiterer Bedarf da, um diese Erfordernisse abzudecken.

Die Frage nach der Spezifizierung der Programme entsprechend den verschiedenen Kulturkreisen ist auch ganz wichtig und kann auch nur kulturspezifisch gelöst werden. Es gibt keine einheitliche globale Lösung. Im Hinblick auf die islamischen Länder unterstützen wir zum Beispiel Programme in Marokko, in Ägypten, in Jordanien, im Jemen. Wir haben im letzten Jahr bewusst eine Vorstandssitzung in Marokko abgehalten. 15 Gesundheitsminister aus diesen Ländern sind zu der Vorstandssitzung gekommen. Die Marokkaner haben sehr stolz ihr Programm mit einem sehr starken islamischen Kontext präsentiert. Sie arbeiten mit Prostituierten, auch mit homosexuellen Männern, gehen sehr sensible Themen an, klären öffentlich auf. Das alles haben sie ihren islamischen Kollegen, den Gesundheitsministern aus anderen Ländern, präsentiert. Es war eine sehr interessante Erfahrung. Also, ich denke, die kulturelle Spezifizierung der Ansätze ist möglich, aber es muss in der Länderverantwortung liegen. Sie müssen diese Initiative ergreifen und können dann vielleicht als Beispiel fungieren. Wir können nie hingehen und sagen, ihr solltet jetzt mal dies oder jenes machen, weil das eher auf Widerstand stoßen würde. Der politische Wille hat, denke ich, schon auch zugenommen. In Afrika fand gerade ein Gipfel der Afrikanischen Union mit vielen Staatspräsidenten statt. Sicherlich wird auch viel offener über dieses Thema gesprochen.

Frage nach den „Pressure Groups“. Es gibt sie, in einem unterschiedlichen Ausmaß. Also zum Beispiel „Pressure Groups“ von unten sind sehr stark in Südafrika vertreten. Wir kennen die Treatment Action Campaign und ihre Wirkung. Was sie dort bewegt haben, ist eher die Ausnahme im afrikanischen Kontext. An sich haben wir in Afrika keine sehr starke Zivilgesellschaft, die das Engagement einfordern würde. Ich denke, wir erreichen mehr durch die Einwirkung auf die afrikanischen Politiker im Kontext der Vereinten Nationen, wo sie sich dann vielleicht unter Druck fühlen. Dadurch lässt sich jetzt auf diesem Gebiet etwas mehr tun.

Gibt es positive Beispiele? Ich würde sagen, schon. Sie nannten richtigerweise Botswana. Wobei man sagen muss, dort hat man lange Zeit mit den entsprechenden Maßnahmen gewartet. Man tat nichts, bis die Infektionsrate auf 40 % angestiegen war und jetzt sind die Maßnahmen verspätet. Man könnte sagen, dass Botswana ein gutes Beispiel ist, aber es gibt auch andere Beispiele, die weniger bekannt sind. Äthiopien z.B. hat sich in den letzten Jahren in der Reaktion auf diese Krankheit erstaunlich entwickelt. Es hat mit starker politischer Unterstützung sehr positive Fortschritte gemacht. Aber auch ein Land, über das man vielleicht wenig weißt, Niger, nach UN-Statistiken das ärmste Land der Erde, macht erstaunliche Fortschritte, weil es eben den politischen Willen gibt. Sie führen unsere Programme aus, die über ihre eigenen Zielvorgaben weit hinaus reichen. Dort hat man

haben mehr Menschen in Behandlung gebracht, als es überhaupt geplant wurde. Auch in diesem ganz armen Land ist das möglich.

Herr Wodarg, zu Ihrer Frage zum Patentrecht und zur Forschung, das ist ganz wichtig. In der Regel gibt es kaum öffentliche Forschungsmittel für Medikamente gegen die Krankheiten in den armen Ländern. Das ist eines der Hauptprobleme. Ein interessantes Phänomen ist, dass jetzt wahrscheinlich die größten Zuschüsse dafür von einer privaten Stiftung, nämlich von der Gates-Stiftung kommen. Also nicht aus Entwicklungshilfemitteln oder von Regierungsstellen, sondern von einer Privatinitiative, welche dieses Thema aufnimmt, investiert und auch gewisse Anreize schafft, allerdings auch nicht ausreichend. Man könnte natürlich auch Modelle entwickeln, bei denen die Zuschüsse für die Forschung mit der Verpflichtung, die Patente für die Nutzung freizustellen, verbunden wären. Das wäre ein theoretischer Weg, den man gehen könnte. Er wird allerdings noch sehr wenig genutzt. Die Gates-Stiftung reicht sicherlich die nicht aus, um diesen Mechanismus in Gang zu setzen. Es wird jetzt in den nächsten Wochen ein Bericht über Global Public Goods herauskommen. Ohne Frage gehören die Medikamente gegen diese Krankheiten zu den öffentlichen Gütern, deren Entwicklung eigentlich die Weltgemeinschaft gemeinsam fördern müsste, weil alle davon betroffen sind und es ja auch grenzüberschreitend ist. Man kann die Medikamentenentwicklung nicht nur den Firmen überlassen, die entsprechend dem erwarteten Profit darin investieren oder nicht. Das Problem der Patente erfordert intensiver Auseinandersetzung.

Als letztes die G-8-Staaten-Unterschiede. Es gab immer Unterschiede, wie die einzelnen Gastgeber mit dem Thema HIV/AIDS umgegangen sind. Ich habe immer ein gewisses Risiko darin gesehen, Sie werden es aber sicherlich gut verstehen. Politisch gesehen will natürlich jedes Land irgendeinen neuen Akzent setzen. Sie wollen nicht einfach das machen, was andere auch schon in den Vorjahren gemacht haben. Man will natürlich auch Aufmerksamkeit erregen und etwas Neues bringen. Die Amerikaner haben z.B. stärker auf Impfstoff gesetzt. Die Russen werden jetzt das Thema HIV-Tuberkulose stärker in den Vordergrund bringen, weil das etwas ist, was ihr Land und ihre Region stärker betrifft.

Ich sehe eine gewisse Gefahr darin, dass jeder etwas Neues zu bringen versuchen wird, anstatt das, was schon besteht, wirklich durchzuziehen. Man bleibt eher auf halbem Wege stehen und führt das nicht durch, weil man etwas Neues bringen möchte. Ein wichtiger Punkt der deutschen Präsidentschaft wäre die Erarbeitung der einheitlichen Richtung und Strategie der G-8-Staaten, um dieser Gefahr vorzubeugen.

Der Vorsitzende: Herzlichen Dank, Frau Dr. Weinreich bitte.

Dr. Sonja Weinreich (Aktionsbündnis gegen AIDS): Vielleicht kann ich hier gleich anknüpfen. Weil Frau Koczy auch gefragt hatte, wie die Reaktion der Bundesregierung war. Wir hatten Staatssekretär Dr. Pfaffenbach angeschrieben, den Zuständigen für inhaltliche Koordinierung und Vorbereitung des G-8-Treffens. Die G-8 hat beschlossen, dass bis 2010 die Evaluierung des Zugangs zu den Medikamenten stattfinden soll. Man erklärte uns, dass das im Jahre 2007 noch zu früh sei. HIV/AIDS sei kein sehr prominentes Thema, das ist der letzte Stand der Dinge. Wir denken, dass es eigentlich eher spät ist eine Arbeitsgruppe, die sich darum kümmert diese Evaluierung durchzuführen, einzusetzen, wenn man bis 2010 noch etwas erreichen will. Natürlich muss man auch eine fortlaufende Evaluierung durchführen, um zu sehen, wo wir eigentlich stehen. Insofern besteht immer noch der Bedarf, weiter im Gespräch zu bleiben und zu sehen, wie wir es umsetzen können.

Im Hinblick auf die Vorschnitte, die wir in den letzten Jahren, gerade auch in Afrika erzielt haben, um noch einmal Sambia zu nennen, zur Zeit, als ich dort war, war HIV/AIDS bis zum Jahr 2000 so stark tabuisiert, dass es überhaupt nicht möglich war, darüber zu sprechen. Als im meinem Hilfeprogramm acht der Beraterinnen und Berater an HIV/AIDS gestorben waren, war es nicht mal möglich, darüber zu sprechen. Sie sind offiziell an etwas anderem gestorben. Das ist wirklich tragisch und das hat sich über die letzten Jahre geändert. Man ist sehr viel offener geworden. Sicher noch immer nicht in dem erwünschten Ausmaß. Auch die Regierung in Sambia hat dieses Problem mehr wahrgenommen. Man hat Verhandlungsprogramme gestartet. Das habe ich auch in anderen Ländern gesehen, auch in Nigeria, wo ich jetzt gerade war. Dort hat man sehr vieles durch das Engagement der Zivilgesellschaft bewegt und auch der politische Wille bei den Regierungen ist verstärkt da.

In der Bekämpfung der HIV/AIDS bestehen noch sehr viele Defizite, die gerade in den Entwicklungsländern sichtbar sind. Die Schwäche des Gesundheitswesens bestand dort bereits vor HIV/AIDS und der Virus hat diese Probleme noch verschärft.

Es waren beispielsweise kaum Ärzte in antiretroviraler Therapie ausgebildet, weil man das nie für notwendig gehalten hat. Das alles muss jetzt erst nachgeholt werden. Von daher es sind noch mehr Mittel notwendig. Zunächst müssen die Grundlagen geschaffen werden, welche vorher im Grunde gar nicht existierten. Dies betrifft nicht nur das Gesundheitswesen, sondern zum Beispiel auch die Gender-Problematik oder Geschlechterungerechtigkeit, welche schon immer bestanden hat. Durch HIV/AIDS wurde das letztgenannte Problem noch verschärft. Früher bedeute die Sexuelle Gewalt gegen Frauen das Risiko einer

Schwangerschaft und einer sexuell übertragbaren Erkrankung, das war natürlich traumatisch, jetzt aber besteht das Risiko des Todes.

In unseren Programmen versuchen wir mit vielen Partnerorganisationen, wie dem Evangelischen Entwicklungsdienst auf die kulturellen und lokalen Gegebenheiten der Bevölkerung einzugehen. Wir müssen die HIV mal als eine positive Herausforderung begreifen und nicht nur immer dieses Negative sehen. Ein solcher Ansatz zwingt uns auch, Dinge anzugehen, die wir vielleicht früher nie so richtig angesprochen haben, nämlich gerade Abhängigkeiten von Frauen, sexuelle Gewalt in der Familie und all diese Dinge, die sowieso schon da waren.

Ich denke, die Probleme des Gesundheitswesens wurden durch die jetzt zur Verfügung gestellte Gelder gemildert. Es ist sicherlich noch ein weiter Weg um die Situation deutlich zu verbessern.

Als ich vor 10 Jahren mit meiner Arbeit anfang, hieß es, wir würden den Impfstoff in fünf Jahren bekommen. Heute sagt man das immer noch. Es wird zwar relativ viel „geforscht“, sicherlich jedoch noch nicht genug. Es scheint aber tatsächlich sehr schwierig zu sein, einen Impfstoff herzustellen. Aufgrund der chemischen Eigenschaften des Virus, der sich ständig ändert, ist es schwieriger einen Impfstoff zu entwickeln als das bei den anderen Erkrankungen ist. Wenn ein Impfstoff entwickelt wird, wird sich wieder die Frage nach den Patentrechten stellen. Wir müssen deshalb schon jetzt dafür Sorge tragen, dass er auch für die Entwicklungsländer zur Verfügung steht, also keine patentrechtlichen Regelungen im Weg stehen.

Im Hinblick auf den Kinderwunsch, Fortpflanzung und Kondomverhütung wird sichtbar, wie schwierig HIV-Prävention eigentlich ist. Die simplen Botschaften wie zum Beispiel „nehmt einfach Kondome“ oder „seit einfach abstinenter“ werden der Lebensrealität der Menschen nicht gerecht. Wenn man sich selbst mal in diese Situation hineinversetzt, erkennt man viel schneller, wie schwierig es eigentlich umzusetzen ist. Ich habe es vorher bereits angedeutet, für viele Frauen ist das sowieso kein Weg. Die meisten Frauen in Afrika infizieren sich offensichtlich über ihre Ehemänner und sonstige Partner, zu denen sie treu sind. Sie haben keine Kontrolle über Kondome, so dass dieser Satz „nun nehmt mal Kondome“ ist für Frauen in dem Sinne einfach nicht durchführbar.

Das zeigt uns auch wieder, wie viel strukturelle Änderungen noch erforderlich sind. Auch wenn wir jetzt flächendeckend Kondome austeilten würden, hätten wir die HIV-Epidemie in keiner Weise eingedämmt.

Der Vorsitzende: Herzlichen Dank, Frau Dr. Weinreich. Frau Staatssekretärin Kortmann hat sich noch zu Wort gemeldet.

PSStS'in Kortmann (BMZ). Ich würde gerne noch auf ein paar Punkte eingehen, wenn es gestattet ist.

Frau Weinreich, Sie hatten die Bundesregierung, die Bundeskanzlerin und den Bundespräsidenten aufgefordert ihre Arbeit sichtbarer zu machen. Dabei gibt es kaum einen Bereich, der so kohärent in verschiedenen Ministerien als wichtig erachtet wird, wie die Frage von HIV- und AIDS-Bekämpfung. Ich will Ihnen ein Beispiel nennen.

Ich war mit dem Bundespräsidenten in Afrika. Wir haben unter anderem in Mosambik eine Schule besucht, wo Kinder und Schulkinder uns vorgestellt haben, wie das Thema HIV und AIDS – Bekämpfung im Unterricht behandelt wird. Fragen wie „Wodurch kann man infiziert werden?“, „Welche Behandlungsmöglichkeiten gibt es?“ und dergleichen kamen dabei hoch. Es waren fast 20 Journalisten dabei. Meinen Sie, irgendeiner hätte darüber berichtet? Hätten wir vor dahinsiechenden Menschen in einem AIDS-Krankenhaus gestanden, wäre es eine Meldung und vor allem ein Bild wert gewesen. Ich glaube, die Adressaten muss man an einer anderen Stelle suchen, um zu fragen, warum nicht mehr über Erfolge in der AIDS-Prävention und in der AIDS-Behandlung geredet wird und mit welchen Instrumenten wir es tun. Ich glaube, dass die drei Instanzen, die sie eben genannt haben, genug an der Stelle tun, aber man braucht eine Öffentlichkeit und das ist der wichtige Punkt.

Schauen wir uns an, wie viele Darstellungen es im Internet zu diesem Thema gibt. Schauen Sie aber auch mal, wie oft Ihre Seite angeklickt wird und machen Sie sich sachkundig. Ich glaube, da gibt es noch einiges zu verbessern.

Ohne Mitarbeit unserer Partnerländer schaffen wir es nicht, eine gute Strategie umzusetzen. Deutschland ist in 50 Ländern im Rahmen der HIV/AIDS-Bekämpfung tätig. 50 ist eine gigantische Summe mit – Frau Pfeiffer hat es eben gesagt – ganz unterschiedlichen Anforderungen, wo man nicht ein Modell für 50 gleichermaßen anwenden kann, sondern wo kulturelle, religiöse, politische Dinge eine Rolle spielen, sowie finanzielle Ressourcen beachtet werden müssen. Das heißt, man hat im Grunde für jedes Land eine eigene

Strategie auszuarbeiten. Es ist eine große Herausforderung, das auch richtig zu machen. Die Bedingungen ist, dass die Regierungen zur Mitarbeit bereit sind, einen nationalen Aktionsplan aufzustellen.

Wir müssen schauen, dass wir auch zu einer stärkeren Kohärenz kommen. So, wie wir es in der Paris-Agenda gefordert haben, wo wir uns verpflichtet haben, verstärkt mit anderen nationalen Anbietern und der EU auf multilateraler Ebene zusammenzuarbeiten. Deshalb weiß ich nicht, ob eine weitere – Sie haben es ja eben sehr deutlich eingefordert, Frau Weinreich – Akzentuierung im Rahmen der G-8 allein hilft. Vielmehr steht Umsetzung an.

Deutschland hat ja eine vielschichtige Strategie. Auf der einen Seite gibt es unsere großen bilateralen Projekte, auf der anderen sind wir im Rahmen der EU, der Vereinten Nationen, im Global Fonds engagiert. Das sind für uns auch keine Widersprüchlichkeiten. Natürlich ist es richtig, Herr Benn, wenn Sie sagen, wir bräuchten mehr Geld. 4 Mio. sind infiziert, 1,3 Mio. haben Zugang zur Behandlung. Was kostet uns diese Behandlung von 1,3 Mio. Menschen über einen langen Zeitraum, den wir bei der Gründung des Global Fonds nicht erwarteten, der einfach bestimmte Finanzressourcen schon voraussetzt und wie viel Geld übrig bleibt, um weitere Menschen zu erreichen? In diesem finanziellen Aspekt zeigt sich die ganze Tragik.

Ein weiterer Punkt sind die bezahlbaren Medikamente. Deutschland hat sich immer wieder dafür eingesetzt, dass es bezahlbare Medikamente gibt, überall in jedem Bereich. Ich habe vor ein paar Wochen mit dem Verband der forschenden Arzneimittelindustrie zusammen gesessen, um Herauszufinden, was ermöglicht, erforscht werden kann. Ich nenne Ihnen nur ein Beispiel. Der Verband der forschenden Arzneimittelindustrie erforscht jedes Medikament, welches mit 800 Mio. Euro veranschlagt wird. Dann habe ich ihm Zahlen vorgelegt, die sich auf Summen von 150 Mio. oder 40 Mio. belaufen. Es bleibt also die Frage, was in die Rechnung einbezogen wird und ob auch all die Kosten eingerechnet werden, wenn ein Medikament nicht auf den Markt kommt, aber für das Unternehmen letztendlich ein Kostenfaktor darstellt. Ich habe mit Boehringer-Ingelheim einen Besuch abgemacht. Ich will wissen, was sie tun und in welchen Bereichen sie tätig sind. Dazu lade ich interessierte Abgeordnete aus dem Ausschuss ein, damit wir uns mit einem großen Industriefaktor in Deutschland zusammensetzen und fragen, was so schwierig daran ist, Impfstoffe bereit zu stellen.

Deutschland hat im Rahmen der HIV- und AIDS-Bekämpfung fünf Schwerpunktbereiche. Ich will sie noch einmal nennen, weil sie so wichtig sind. Das eine ist der politische Dialog. D.h.

bei allen Regierungsverhandlungen und allen Besuchen, das Thema auf die Tagesordnung zu setzen. Wie beim Bericht aus China, muss man das natürlich erwähnen und nachfragen, wie viel Geld zur Verfügung gestellt wird, in welchen Bereichen sie tätig sind, ob es sich nur auf bestimmte Städte bezieht oder ein umfassendes Programm darstellt.

Die Unterstützung der Partnerländer setzt voraus, dass es ein stabiles und weit gefächertes Gesundheitssystem gibt. Es stellt sich die Frage, was wir an anderer Stelle an medikamentösen und stationären Behandlung verhindern. Auch der Rückgang von Ärzten und das nicht ausgebildete Pflegepersonal spielen eine Rolle.

Deswegen gibt es von unserer Seite aus dem BMZ die starke Fokussierung auf ein breit gefächertes, auszubauendes Gesundheitssystem.

Der dritte Bereich ist die bereits erwähnte Prävention. Wir haben da schon mal drüber geredet. Vorgestern war Erzbischof Cordes aus dem Vatikan bei mir. Wir beide waren im parlamentarischen Beirat und sind immer noch aktiv in der Frage, was wir eigentlich tun können, um andere Akteure, die uns eigentlich nicht so hilfreich an der Seite sind, zu motivieren. In Bezug auf Kenia sagte er zu mir, der kenianische Mann sei kulturell anders gestrickt und ihm könne man keine Kondome anbieten. Auch wenn ich vom Vatikan keine andere Aussage erwartet habe, zeigt es doch, welche Hindernisse im Präventionsbereich zu überwinden sind. Wir beschäftigen uns sehr damit. Bei einem solchen Gespräch leidet man auch selbst und fragt sich was noch kommt.

Der vierte Punkt ist sehr wesentlich. Ich habe gestern Abend mit Herrn Benn darüber gesprochen. Er betrifft die Frage, welche neuen Entwicklungspartnerschaften entstehen. Wie kriegen wir die großen Finanziere mit ins Boot? Der Global Fonds macht in dieser Hinsicht noch einen holprigen Start. Im Bereich des PPP-Ansatzes müssen wir auch Profil zeigen, das BMZ ist da sehr stark involviert.

Der letzte Punkt ist die Verbesserung der Behandlungsmöglichkeiten. Das sind die fünf Schwerpunktsetzungen, die wir haben. Deswegen, Frau Weinreich, Herr Schön-Angerer und Herr Benn, geben Sie der Bundesregierung Zeit, diese bereits beschlossenen Maßnahmen zu implementieren. Was beschlossen ist, ist nicht so schlecht, aber die Umsetzung ist auch wichtig. Nicht schon wieder ein neues Programm, nicht schon wieder neue Bündnisse.

Der Vorsitzende: Dankeschön, es liegt jetzt noch eine Wortmeldung von Herrn Dr. Addicks vor, in aller Kürze.

Dr. Karl Addicks (FDP): Ja, danke, ich mache es in aller Kürze. Es hörte sich zwar gerade schon fast wie ein Schlusswort an, Frau Kortmann, ich habe aber gleichwohl noch eine kleine Frage.

Wie erreichen wir mit Präventionsprogrammen den letzten Mann, die letzte Frau, im letzten Dorf? Was müssen wir da konkret machen? Dass dies möglich ist, hat das Beispiel von Thailand gezeigt. Das ist auch eine Kultur, die im Umgang mit Fragen der Sexualität einst sehr schüchtern war, aber damit heute überhaupt kein Problem mehr hat. Mit welchen Medien können wir das umsetzen und vor allen Dingen sicherstellen, welche Umfrageprogramme existieren, um zum Beispiel ein lebendiges Bild davon zu vermitteln, was der einfache Mann, die einfache Frau im letzten Dorf über die Infektionsgefahr durch AIDS weiß? Danke.

Der Vorsitzende: Ich bin jetzt etwas ratlos, wir können nicht alle drei Sachverständigen dazu hören. Herr Benn, kurze Frage, kurze Antwort.

Dr. Christoph Benn (Global Fonds) Wie kann man alle erreichen? Sie fragten auch nach Statistiken. Ich nenne mal zwei Statistiken. Sie können in vielen Ländern junge Menschen fragen, ob sie von AIDS gehört haben und etwa 90 Prozent werden „ja“ sagen. Es ist nicht so, dass keine Information vorliegt, vielfach liegt sie natürlich auch aus eigener Erfahrung vor. Sie sehen die Krankheit sozusagen in ihrer Umgebung. Eine andere Statistik, aus dem Bericht des Generalsekretärs, besagt, dass nur 20 bis 30 Prozent aller jungen Menschen weltweit korrekt die Übertragungswege und die Schutzmassnahmen nennen können. Wir haben also eine große Lücke zwischen vagen Kenntnissen und der Umsetzung. Das kann durch sehr unterschiedliche Maßnahmen einschließlich der Medien, der Schulen, Regierungen, Religionsgemeinschaften und so weiter vorgenommen werden. Thailand ist ein gutes Beispiel. Thailand hat eine gewisse Infrastruktur, die man nicht mit allen afrikanischen Ländern vergleichen kann. Da muss man dann diese Methoden anpassen. Also es ist möglich, aber sicherlich nicht im ausreichenden Maß durchführbar, um von diesen 20 auf die 90 Prozent zu kommen. Das ist gar keine Frage.

Der Vorsitzende: Liebe Kolleginnen und Kollegen, wir kommen zum Ende der Sitzung. Ich möchte mich ganz, ganz herzlich bei den drei Sachverständigen bedanken. Auch hier muss ich sagen, dass uns das Thema weiterhin beschäftigen wird. Da gibt es ja auch eine gewisse Kontinuität, die an die Anhörung vor einem Jahr erinnert.

Ich schließe – wenn es keine weiteren Wortmeldungen mehr gibt – die heutige Sitzung. Wir sehen uns wieder in einer Woche um 9.00 Uhr hier in diesem Saal.

Ende der Sitzung: 13.00 Uhr.

A handwritten signature in black ink, consisting of a large, stylized 'H' followed by a series of loops and a horizontal stroke.

(Thilo Hoppe)

Vorsitzender