

06

Dezember

Die AIDS-Epidemie. Statusbericht: Dezember 2006



UNAIDS
JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS

UNHCR
UNICEF
WFP
UNDP
UNFPA

UNODC
ILO
UNESCO
WHO
WORLD BANK



**World Health
Organization**

UNAIDS/06.29E (Englisches Original, Dezember 2006)

© Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS) und World Health Organization (WHO) 2006.

Alle Rechte vorbehalten. Gemeinschaftliche Veröffentlichungen von UNAIDS und WHO sind über das UNAIDS Informationszentrum erhältlich. Anfragen zur Genehmigung der Reproduktion oder der Übersetzung von Veröffentlichungen von UNAIDS – sowohl für den Verkauf als auch für die nicht gewerbliche Verbreitung – sind an das Informationszentrum unter der unten genannten Anschrift, per Fax an die Nummer +41 22 791 4187 oder per E-Mail an: publicationpermissions@unaids.org zu richten.

Die verwendeten Begriffe und die Präsentation des Materials der vorliegenden Veröffentlichung sind nicht als Ausdruck einer von UNAIDS oder WHO geäußerten Meinung zum rechtlichen Status eines Landes, Territoriums, einer Stadt oder eines Gebiets oder der entsprechenden Behörden oder zur Grenzziehung oder zur Abgrenzung der Grenzlinien zu verstehen.

Die Erwähnung bestimmter Unternehmen oder die Erwähnung von Produkten bestimmter Hersteller ist nicht dahingehend auszulegen, dass diese durch UNAIDS oder WHO in Präferenz anderer nicht genannter Unternehmen oder Produkte ähnlicher Natur gefördert oder empfohlen werden. Die Namen von herstellereigenen Produkten sind durch Anfangsgrossbuchstaben gekennzeichnet, es sei denn, dies wurde durch einen Fehler oder eine Unterlassung übersehen.

UNAIDS und WHO gewährleisten nicht, dass die in der vorliegenden Veröffentlichung enthaltenen Informationen vollständig und richtig sind und haften nicht für Schäden, die sich aus dem Gebrauch der Veröffentlichung ergeben.

WHO Library Cataloguing-in-Publication Data

UNAIDS.
AIDS Epidemic Update : Special Report on HIV/AIDS: December 2006.

„UNAIDS/06.29E“.

1. HIV-Infektionen – Epidemiologie. 2. HIV-Infektionen – Prävention und Kontrolle. 3. AIDS (Acquired immunodeficiency syndrome) – Epidemiologie. 4. AIDS (Acquired immunodeficiency syndrome) – Prävention und Kontrolle. 5. Krankheitsausbrüche. I. World Health Organization. II. Titel.

ISBN 92 9 173542 6

(NLM classification: WC 503.41)

This work was originally published by the Joint United Nations Programme on HIV/AIDS in English as the AIDS Epidemic Update 2006. This German translation was arranged by the German AIDS Foundation and revised by the Robert Koch Institute. The German AIDS Foundation is responsible for the accuracy of the translation. In case of any discrepancies, the original language will govern.

Dieser Text wurde im Original vom Joint Nations Programme UNAIDS auf Englisch unter dem Titel AIDS Epidemic Update 2006 veröffentlicht. Die deutsche Fassung wurde von der Deutschen AIDS-Stiftung übersetzt und produziert sowie vom Robert Koch Institut durchgesehen. Die Deutsche AIDS-Stiftung ist für die Richtigkeit der Übersetzung verantwortlich. Bei Abweichungen gilt das englische Original.



UNAIDS
20 avenue Appia
CH-1211 Geneva 27
Switzerland

T (+41) 22 791 36 66
F (+41) 22 791 48 35

unaids@unaids.org
www.unaids.org

Die AIDS-Epidemie. Statusbericht.

Dezember 2006



INHALT

DANKSAGUNG	
Globale Übersicht über die AIDS-Epidemie, Dezember 2006	1
EINLEITUNG	3
AFRIKA SÜDLICH DER SAHARA	11
ASIEN	27
OSTEUROPA UND ZENTRALASIEN	42
KARIBIK	51
LATEINAMERIKA	55
NORDAMERIKA, WEST- UND MITTELEUROPA	60
NAHER OSTEN UND NORDAFRIKA	67
OZEANIEN	70
KARTEN	73
Globale Schätzungen, Erwachsene und Kinder 2006	74
Schätzung HIV-positiver Erwachsener und Kinder 2006	75
Schätzung der HIV-Neuinfektionen bei Erwachsenen und Kindern 2006	76
Schätzung AIDS-Tote, Erwachsene und Kinder 2006	77
BIBLIOGRAFIE	79

DANKSAGUNG

Der Statusbericht zur AIDS-Epidemie (AIDS Epidemic Update) 2006 wird vom Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS) und der Weltgesundheitsorganisation WHO veröffentlicht. Er enthält Beiträge des Kinderhilfswerks der Vereinten Nationen (UNICEF) und von Hein Marais.

AIDS Epidemic Update: Dezember 2006





Globale Übersicht über die AIDS-Epidemie Dezember 2006

Anzahl der HIV-Positiven 2006

Gesamt	39,5 Millionen (34,1–47,1 Mio.)
Erwachsene	37,2 Millionen (32,1–44,5 Mio.)
Frauen	17,7 Millionen (15,1–20,9 Mio.)
Kinder unter 15 Jahren	2,3 Millionen (1,7–3,5 Mio.)

HIV-Neuinfektionen 2006

Gesamt	4,3 Millionen (3,6–6,6 Mio.)
Erwachsene	3,8 Millionen (3,2–5,7 Mio.)
Kinder unter 15 Jahren	530.000 (410.000–660.000)

AIDS-Tote 2006

Gesamt	2,9 Millionen (2,5–3,5 Mio.)
Erwachsene	2,6 Millionen (2,2–3,0 Mio.)
Kinder unter 15 Jahren	380.000 (290.000–500.000)

Die tatsächlichen Zahlen bewegen sich innerhalb der Bandbreite der Schätzungen in dieser Tabelle. Die Schätzungen wurden unter Berücksichtigung der besten vorliegenden Informationen vorgenommen.

Regionale HIV- und AIDS-Statistik, 2004 und 2006

	HIV-Positive, Erwachsene und Kinder	HIV-Neuinfektionen, Erwachsene und Kinder	Prävalenz unter Erwachsenen (%)*	AIDS Todesfälle unter Erwachsenen und Kindern
Afrika südlich der Sahara				
2006	24,7 Millionen [21,8–27,7 Millionen]	2,8 Millionen [2,4–3,2 Millionen]	5,9% [5,2%–6,7%]	2,1 Millionen [1,8–2,4 Millionen]
2004	23,6 Millionen [20,9–26,4 Millionen]	2,6 Millionen [2,2–2,9 Millionen]	6,0% [5,3%–6,8%]	1,9 Millionen [1,7–2,3 Millionen]
Naher Osten und Nordafrika				
2006	460.000 [270.000–760.000]	68.000 [41.000–220.000]	0,2% [0,1%–0,3%]	36.000 [20.000–60.000]
2004	400.000 [230.000–650.000]	59.000 [34.000–170.000]	0,2% [0,1%–0,3%]	33.000 [18.000–55.000]
Süd- und Südostasien				
2006	7,8 Millionen [5,2–12,0 Millionen]	860.000 [550.000–2,3 Millionen]	0,6% [0,4%–1,0%]	590.000 [390.000–850.000]
2004	7,2 Millionen [4,8–11,2 Millionen]	770.000 [480.000–2,1 Millionen]	0,6% [0,4%–1,0%]	510.000 [330.000–740.000]
Ostasien				
2006	750.000 [460.000–1,2 Millionen]	100.000 [56.000–300.000]	0,1% [<0,2%]	43.000 [26.000–64.000]
2004	620.000 [380.000–1,0 Millionen]	90.000 [50.000–270.000]	0,1% [<0,2%]	33.000 [20.000–49.000]
Ozeanien				
2006	81.000 [50.000–170.000]	7.100 [3.400–54.000]	0,4% [0,2%–0,9%]	4.000 [2.300–6.600]
2004	72.000 [44.000–150.000]	8.000 [3.900–61.000]	0,3% [0,2%–0,8%]	2.900 [1.600–4.600]
Lateinamerika				
2006	1,7 Millionen [1,3–2,5 Millionen]	140.000 [100.000–410.000]	0,5% [0,4%–1,2%]	65.000 [51.000–84.000]
2004	1,5 Millionen [1,2–2,2 Millionen]	130.000 [100.000–320.000]	0,5% [0,4%–0,7%]	53.000 [41.000–69.000]
Karibik				
2006	250.000 [190.000–320.000]	27.000 [20.000–41.000]	1,2% [0,9%–1,7%]	19.000 [14.000–25.000]
2004	240.000 [180.000–300.000]	25.000 [19.000–35.000]	1,1% [0,9%–1,5%]	21.000 [15.000–28.000]
Osteuropa und Zentralasien				
2006	1,7 Millionen [1,2–2,6 Millionen]	270.000 [170.000–820.000]	0,9% [0,6%–1,4%]	84.000 [58.000–120.000]
2004	1,4 Millionen [950.000–2,1 Millionen]	160.000 [110.000–470.000]	0,7% [0,5%–1,1%]	48.000 [34.000–66.000]
West- und Mitteleuropa				
2006	740.000 [580.000–970.000]	22.000 [18.000–33.000]	0,3% [0,2%–0,4%]	12.000 [<15.000]
2004	700.000 [550.000–920.000]	22.000 [18.000–33.000]	0,3% [0,2%–0,4%]	12.000 [<15.000]
Nordamerika				
2006	1,4 Millionen [880.000–2,2 Millionen]	43.000 [34.000–65.000]	0,8% [0,6%–1,1%]	18.000 [11.000–26.000]
2004	1,2 Millionen [710.000–1,9 Millionen]	43.000 [34.000–65.000]	0,7% [0,4%–1,0%]	18.000 [11.000–26.000]
GESAMT				
2006	39,5 Millionen [34,1–47,1 Millionen]	4,3 Millionen [3,6–6,6 Millionen]	1,0% [0,9%–1,2%]	2,9 Millionen [2,5–3,5 Millionen]
2004	36,9 Millionen [31,9–43,8 Millionen]	3,9 Millionen [3,3–5,8 Millionen]	1,0% [0,8%–1,2%]	2,7 Millionen [2,3–3,2 Millionen]

Tabelle 1



EINLEITUNG

Die wichtigsten globalen und regionalen Trends

In den letzten Jahren waren vielversprechende Entwicklungen bei den Anstrengungen zur Bekämpfung der AIDS-Epidemie zu beobachten, zum Beispiel im Bereich eines verbesserten Zugangs zu effizienten Behandlungs- und Präventionsprogrammen. Die Anzahl der Menschen, die mit dem HIV-Virus leben, steigt jedoch ebenso wie die Anzahl an AIDS-Todesfällen weiter an. Insgesamt 39,5 Millionen [34,1–47,1 Millionen] Menschen lebten im Jahr 2006 mit dem Virus – 2,6 Millionen mehr als 2004. Diese Zahl enthält die schätzungsweise 4,3 Millionen [3,6–6,6 Millionen] Erwachsenen und Kinder, die sich im Jahr 2006 neu mit HIV infizierten, insgesamt ungefähr 400.000 mehr als im Jahr 2004.

In zahlreichen Regionen der Welt sind HIV-Neuinfektionen besonders stark unter jungen Menschen (15–24 Jahre) zu beobachten. Unter Erwachsenen im Alter von über 15 Jahren machten die jungen Menschen einen Anteil von 40% der HIV-Infektionen im Jahr 2006 aus.

Afrika südlich der Sahara trägt weiterhin die Hauptlast der weltweiten Epidemie. Zwei Drittel (63%) aller Erwachsenen und Kinder mit HIV weltweit leben in Afrika südlich der Sahara, mit einem Epizentrum im südlichen Afrika (siehe Seite 11–26). Ein Drittel (32%) aller Menschen mit HIV weltweit leben im südlichen Afrika, und 34% aller AIDS-Todesfälle im Jahr 2006 waren hier zu beklagen.

Rückgänge in der HIV-Prävalenz lassen sich in einigen Ländern südlich der Sahara beobachten,

doch solche Trends sind derzeit weder stark noch weit genug verbreitet, um die Gesamtfolgen der Epidemie in dieser Region einzudämmen (siehe Seite 11–26).

Fast drei Viertel (72%) aller AIDS-Todesfälle unter Erwachsenen und Kindern im Jahr 2006 traten in **Afrika südlich der Sahara** auf: 2,1 Millionen [1,8–2,4 Millionen] der weltweit 2,9 Millionen [2,5–3,5 Millionen] Todesfälle. Insgesamt gesehen ist Afrika südlich der Sahara die Heimat von schätzungsweise 24,7 Millionen [21,8–27,7 Millionen] Erwachsenen und Kindern, die sich mit dem HI-Virus infiziert haben – das sind 1,1 Millionen mehr als im Jahr 2004.

In den letzten zwei Jahren stieg die Zahl der Menschen mit HIV in allen Regionen der Welt an. Die stärksten Zuwächse waren in **Ostasien**, in **Osteuropa** und in **Zentralasien** zu beobachten. In diesen Regionen lag die Anzahl der Menschen mit HIV im Jahr 2006 um mehr als ein Fünftel (21%) höher als im Jahr 2004.

Seit 2000/2001 ist die HIV-Prävalenz unter jungen Menschen in acht von elf Ländern, aus denen ausreichend Daten zur Analyse der jüngsten Trends vorlagen, zurückgegangen.

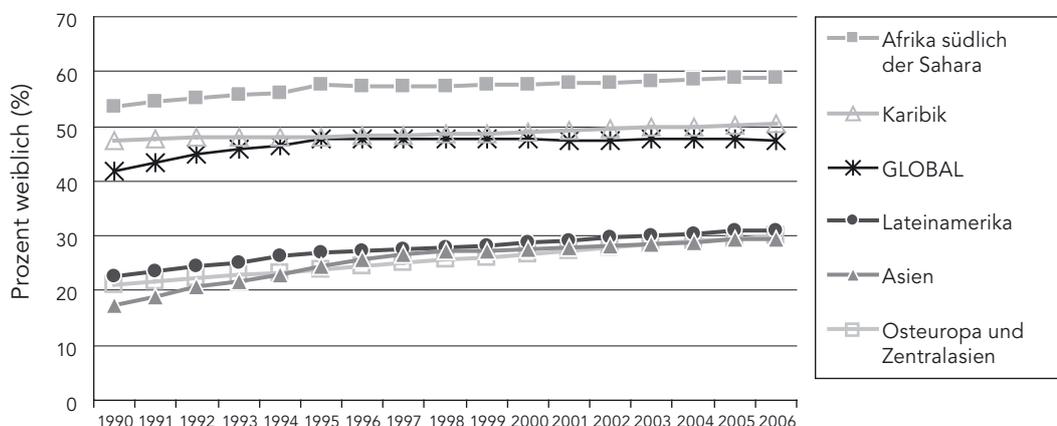
Die 270.000 [170.000–820.000] Erwachsenen und Kinder, die sich im Jahr 2006 in **Osteuropa** und **Zentralasien** neu mit HIV infizierten, bedeuten einen Anstieg von fast 70% im Vergleich zu den 160.000

Regionale HIV-Statistik für Frauen, 2004 und 2006

		Anzahl der Frauen (15+), die mit HIV leben	Anteil der Frauen an den Erwachsenen (15+) mit HIV, (%)
Afrika südlich der Sahara	2006	13,3 Millionen [11,5–15,2 Millionen]	59
	2004	12,7 Millionen [11,0–14,5 Millionen]	59
Nahe Osten und Nordafrika	2006	200.000 [100.000–370.000]	48
	2004	180.000 [89.000–330.000]	49
Süd- und Südostasien	2006	2,2 Millionen [1,3–3,6 Millionen]	29
	2004	2,0 Millionen [1,2–3,3 Millionen]	29
Ostasien	2006	210.000 [110.000–370.000]	29
	2004	160.000 [90.000–280.000]	27
Ozeanien	2006	36.000 [17.000–90.000]	47
	2004	32.000 [16.000–81.000]	47
Lateinamerika	2006	510.000 [350.000–800.000]	31
	2004	450.000 [310.000–670.000]	30
Karibik	2006	120.000 [85.000–160.000]	50
	2004	110.000 [80.000–150.000]	50
Osteuropa und Zentralasien	2006	510.000 [330.000–810.000]	30
	2004	410.000 [260.000–650.000]	30
West- und Mitteleuropa	2006	210.000 [160.000–300.000]	28
	2004	190.000 [140.000–260.000]	28
Nordamerika	2006	350.000 [190.000–570.000]	26
	2004	300.000 [160.000–510.000]	26
GESAMT	2006	17,7 Millionen [15,1–20,9 Millionen]	48
	2004	16,5 Millionen [14,2–19,5 Millionen]	48

Tabelle 2

Anteil der Frauen unter den Erwachsenen (15+) mit HIV (%), 1990–2006



Quelle: UNAIDS/WHO, 22 Sept 2006

Abbildung 1

[110.000–470.000] Neuinfektionen im Jahr 2004. In **Süd-** und **Südostasien** stieg die Anzahl der HIV-Neuinfektionen im Zeitraum 2004–2006 um 15%, der Anstieg im **Nahen Osten** und in **Nordafrika** betrug 12%. In **Lateinamerika**, der **Karibik** und in **Nordamerika** blieb die Zahl der Neuinfektionen im Jahr 2006 im Vergleich zu 2004 nahezu konstant.

Weltweit gesehen und auch in jeder Region einzeln betrachtet leben mehr erwachsene Frauen (15 Jahre und älter) als jemals zuvor mit dem HI-Virus. Die 17,7 Millionen [15,1–20,9 Millionen] Frauen mit HIV im Jahr 2006 bedeuten einen Anstieg von mehr als einer

Der Zugang zu Behandlung und Betreuung hat sich in den letzten Jahren erheblich verbessert, doch in zahlreichen Ländern war die Ausgangsbasis auch sehr niedrig. Dennoch sind die Verbesserungen bemerkenswert. Durch die erweiterte Bereitstellung antiretroviraler Behandlung konnten seit 2002 schätzungsweise zwei Millionen Lebensjahre in Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen gewonnen werden. Allein in Afrika südlich der Sahara konnten nahezu 790.000 Lebensjahre gewonnen werden, die meisten von ihnen in den letzten zwei Jahren der Ausweitung der antiretroviralen Behandlung. In Lateinamerika, wo die weitreichende Behandlung schon früher

Verteilung der HIV-Infektionen auf unterschiedliche Bevölkerungsgruppen nach Regionen, 2005

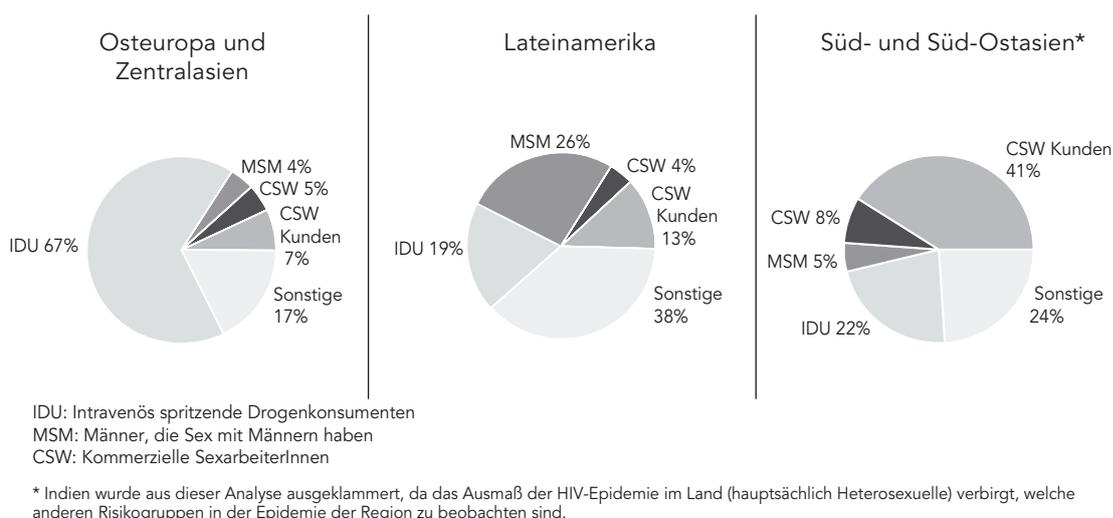


Abbildung 2

Million im Vergleich zu 2004 (siehe Tabelle 2). In **Afrika südlich der Sahara** kommen auf jeweils zehn erwachsene Männer mit dem HI-Virus ungefähr 14 erwachsene Frauen, die mit dem Virus infiziert sind. Über alle Altersgruppen hinweg gesehen sind 59% der Menschen, die im Jahr 2006 mit dem HI-Virus in Afrika südlich der Sahara leben, Frauen. In der **Karibik**, dem **Nahen Osten** und in **Nordafrika** und in **Ozeanien** ist fast die Hälfte aller Erwachsenen mit dem HI-Virus weiblich. In zahlreichen Ländern **Asiens**, **Osteuropas** und **Lateinamerikas** steigt der Anteil der Frauen mit dem HI-Virus weiterhin an.

begann, konnten seit 2002 834.000 Lebensjahre gewonnen werden.

Fokussierung auf Risiken

Die Bedeutung von Hochrisikoverhalten (zum Beispiel intravenöser Drogenkonsum, ungeschützter bezahlter Geschlechtsverkehr und ungeschützter Sex unter Männern) ist besonders deutlich in den HIV-Epidemien in Asien, Osteuropa und Lateinamerika zu beobachten (siehe Abbildung 2). In **Osteuropa** und **Zentralasien** waren zum Beispiel zwei Drittel (67%) der prävalenten HIV-Infektionen

im Jahr 2005 auf den Gebrauch nicht sterilen Drogenbestecks zurückzuführen. Bei Sexarbeitern und -arbeiterinnen und ihren Kunden, unter ihnen auch DrogenkonsumentInnen, traten ungefähr 12% der HIV-Infektionen auf.

Bezahlter Sex und intravenöser Drogenkonsum stellten auch in **Süd-** und **Südostasien** (siehe Seite 27–41) einen ähnlich großen Anteil an den prävalenten HIV-Infektionen. Mit der Ausnahme von Indien betrafen fast 50% (49%) der prävalenten HIV-Infektionen im Jahr 2005 SexarbeiterInnen und ihre Kunden, und mehr als ein Fünftel (22%) der Infektionen erfolgte über intravenösen Drogenkonsum. Ein kleiner, doch signifikanter Anteil der Infektionen (5%) erfolgte unter Männern, die Sex mit Männern haben. In **Lateinamerika** dagegen lag der Anteil dieser Männer unter den HIV-Infektionen im Jahr 2005 bei einem Viertel (26%), während 19% im Bereich der DrogenkonsumentInnen zu finden waren. Auch wenn die HIV-Prävalenz unter SexarbeiterInnen in dieser Region relativ gering ist (siehe Seite 55–59), stellten die SexarbeiterInnen und ihre Kunden nahezu ein Sechstel der HIV-Infektionen (17%).

Auch wenn die Epidemie sich ebenfalls in die Allgemeinbevölkerung der Länder in diesen Regionen ausdehnt, so bleibt sie doch stark auf bestimmte Bevölkerungsgruppen konzentriert. Dies betont die Notwendigkeit der Präventions-, Behandlungs- und Betreuungsstrategien besonders für die Bevölkerungsgruppen, die dem größten Risiko einer HIV-Infektion ausgesetzt sind.

Die jüngsten regionalen Entwicklungen

Fast 25 Millionen Menschen in **Afrika südlich der Sahara** leben mit HIV – 63% aller Personen mit HIV weltweit. In den letzten Jahren wurden erhebliche Anstrengungen unternommen, um den Zugang zu antiretroviralen Behandlungsmethoden zu verbessern. Dennoch starben 2,1 Millionen [1,8–2,4 Millionen] Afrikaner im Jahr 2006 an AIDS – das sind nahezu drei Viertel (72%) der AIDS-Toten weltweit.

Am stärksten betroffen ist das südliche Afrika (siehe Seite 11–26), wo **Simbabwe** das einzige Land bleibt, in dem die nationale HIV-Prävalenz unter Erwachsenen zurückgegangen ist. Die

rückläufige Tendenz scheint teilweise mit Verhaltensänderungen verbunden zu sein, die auf die späten 1990er Jahre zurückgehen.

Die HIV-Epidemien in **Mosambik**, **Südafrika** und **Swasiland** wachsen jedoch weiterhin an. Schätzungsweise ein Drittel (33%) der Erwachsenen lebte im Jahr 2005 in **Swasiland** mit dem HI-Virus – das ist die stärkste Epidemie weltweit. In **Südafrika**, das in Bezug auf die absoluten Zahlen die größte HIV-Epidemie der Welt zu beklagen hat, lag die HIV-Prävalenz unter Frauen, die Schwangerschaftsvorsorgekliniken aufsuchten, im Jahr 2005 um mehr als ein Drittel (35%) höher als im Jahr 1999. Während die HIV-Prävalenz unter jungen Schwangeren sich stabilisiert zu haben scheint, steigt der Anteil unter älteren Frauen. Die Epidemie hat schwerwiegende Folgen. Der Anteil der Todesfälle mit natürlicher Todesursache unter Frauen im Alter von 25–34 Jahren verfünffachte sich im Zeitraum 1997–2004, für Männer im Alter zwischen 30 und 44 Jahren hat sich der Anteil mehr als verdoppelt. Ein großer Anteil dieses Anstiegs ist auf die AIDS-Epidemie zurückzuführen (siehe Seite 11–26).

In Ostafrika, wo die HIV-Infektionszahlen niedriger waren als im Süden des Kontinents, scheint der allgemeine Trend einer Stabilisierung oder eines Rückgangs der HIV-Prävalenz anzuhalten. Die nationale HIV-Prävalenz unter Schwangeren ist in **Kenia** ebenso wie in **Tansania** und, zu einem geringeren Maße, in **Ruanda** zurückgegangen. In zahlreichen anderen Ländern zeigen sich jedoch auf lokaler Ebene häufig entgegengesetzte Tendenzen (siehe Seite 20–21). Neue Forschungsstudien deuten inzwischen auf eine mögliche Erosion der Fortschritte, die **Uganda** in den 1990er Jahren in Bezug auf AIDS gemacht hat, die HIV-Prävalenz steigt in einigen ländlichen Gebieten wieder an. Ein plötzlicher Anstieg der Infektionszahlen unter schwangeren Frauen in **Burundis** Hauptstadt Bujumbura im Jahr 2005 könnte den allgemeinen Rückgang der HIV-Prävalenz in diesem Land nach 2000 umkehren.

Die kleineren Epidemien in West- und Zentralafrika weisen gegenläufige Tendenzen auf. Es gibt Anzeichen für eine rückläufige HIV-Prävalenz in den städtischen Gebieten von **Burkina Faso**, der **Elfenbeinküste** und **Ghanas**, wohingegen die HIV-Epidemie in **Mali** zu wachsen scheint. Eine neuere Entwicklung in

Afrika südlich der Sahara ist das Aufkommen von intravenösem Drogenkonsum als potenziellem Faktor der Entwicklung der HIV-Epidemien in einigen Ländern, insbesondere in **Kenia** und **Tansania** sowie in **Nigeria** und **Südafrika**.

In Asien finden sich die höchsten nationalen HIV-Infektionsraten in Südostasien, wo eine Kombination aus ungeschütztem bezahltem Sex und ungeschütztem Sex unter Männern zusammen mit unsicherem intravenösem Drogenkonsum den größten Risikofaktor für eine HIV-Infektion darstellt. HIV-Ausbrüche unter Männern, die Sex mit Männern haben, werden nun in **Kambodscha**, **China**, **Indien**, **Nepal**, **Pakistan**, **Thailand** und **Vietnam** augenfällig. In nur wenigen dieser Länder sprechen die nationalen AIDS-Programme die Rolle von Sex unter Männern in der Epidemie angemessen an. HIV-Ausbrüche in **Afghanistan** und **Pakistan** konzentrieren sich hauptsächlich auf DrogenkonsumentInnen. Der verbreitete Gebrauch von nicht sterilem Drogenbesteck und andere Risikoverhaltensweisen bieten der HIV-Epidemie in diesen beiden Ländern ein erhebliches Wachstumspotenzial.

Die HIV-Epidemie in **Indien** kann am besten als eine Serie von Epidemien beschrieben werden, die sich in Bezug auf die Prävalenz, die Risikofaktoren für eine Infektion und die Übertragungsmuster stark voneinander unterscheiden. Einige dieser Epidemien scheinen in manchen Teilen im Süden des Landes stabil oder im Rückgang befindlich zu sein, während andere in anderen Regionen (besonders im Nordosten) auf moderatem Niveau ansteigen (siehe Seite 30–33). In **China**, wo die Behörden die Maßnahmen gegen AIDS stark ausgeweitet haben, breitet sich HIV schrittweise von den größten Risikogruppen (besonders DrogenkonsumentInnen und kommerzielle SexarbeiterInnen und ihren Kunden) in die allgemeine Bevölkerung aus, und die Zahl der HIV-Infektionen unter Frauen wächst (siehe Seite 30–33).

Die Epidemien in **Lateinamerika** sind im Allgemeinen stabil geblieben; insbesondere Brasilien ist ein Beweis dafür, dass ein doppelter Schwerpunkt auf Prävention und Behandlung die HIV-Epidemie unter Kontrolle halten kann (siehe Seite 55–59). Ausbrüche des Virus finden sich in den meisten Ländern Südamerikas unter intravenösen DrogenkonsumentInnen und unter

Männern, die mit Männern Sex haben. Wenn es sich auch um ein heimliches Verhaltensmuster handelt, so ist doch der Sex unter Männern in der **Karibik** die Ursache für ein Zehntel aller gemeldeten HIV-Fälle. In der Region bleibt die HIV-Prävalenz in der **Dominikanischen Republik** stabil und ist in den städtischen Ballungsgebieten **Haitis** zurückgegangen. Es gibt jedoch einige lokale Hinweise darauf, dass die Epidemien in den beiden Ländern schnell wieder steigen könnten, wenn die Präventionsanstrengungen nicht verstärkt werden.

In den meisten Ländern mit wiederholten Umfragen finden sich einige positive Tendenzen im Sexualverhalten junger Menschen. Der zukünftige Verlauf der HIV-Epidemien in der Welt hängt in mehrfacher Hinsicht von den Verhaltensweisen der jungen Menschen und den Kontextfaktoren, die diese Verhaltensweisen bestimmen, ab.

Ethnische Minderheiten sind in den **Vereinigten Staaten von Amerika** nach wie vor unverhältnismäßig stark von der HIV-Epidemie betroffen, während in **Kanada** die Ureinwohner bei der Epidemie überrepräsentiert sind (siehe Seite 62–63). Hier bleibt, wie auch in **West-** und **Mitteleuropa**, der Hauptrisikofaktor für HIV ungeschützter Sex unter Männern. Die HIV-Prävalenz schwankt in mehreren Ländern Westeuropas zwischen 10% und 20% unter Männern, die Sex mit Männern haben, und es gibt vermehrt Anzeichen für ungeschützten Gelegenheitssex in dieser Gruppe. Gleichzeitig sind ungefähr drei Viertel der heterosexuell erworbenen HIV-Infektionen in West- und Mitteleuropa unter Einwanderern und MigrantenInnen zu finden. Dies unterstreicht die Tatsache, dass Präventions-, Behandlungs- und Betreuungsdienstleistungen so anzupassen sind, dass auch diese Bevölkerungsgruppen erreicht werden.

Die HIV-Epidemien in **Osteuropa** und **Zentralasien** sind noch relativ jung und im Wachstum befindlich – besonders in der **Ukraine**, die die höchste HIV-Prävalenz in ganz Europa aufweist (siehe Seite 42–50). Hier wie auch bei der sich ausweitenden Epidemie in der **Russischen Föderation** und bei den kleineren, jedoch auch wachsenden Epidemien

in **Tadschikistan** und **Usbekistan** bleibt der Hauptübertragungsweg des HI-Virus nicht steriles Drogenbesteck. Die HIV-Epidemien in diesen Regionen betreffen in erster Linie junge Menschen, in der Russischen Föderation sind zum Beispiel ca. 80% der Menschen mit HIV jünger als 30 Jahre. In der Russischen Föderation und in der Ukraine tragen Frauen (viele unter ihnen jünger als 25 Jahre) die Hauptlast der HIV-Epidemie, sie stellen mehr als 40% der neu diagnostizierten HIV-Erkrankungen im Jahr 2005.

Unzureichende Erhebungen von Daten zu HIV bleibt in zahlreichen Ländern ein Hindernis – das gilt für Länder in **Europa**, in der **Karibik**, in **Zentralamerika**, im **Nahen Osten** und in **Nordafrika**. Aus diesem Grund ist es schwierig, die Muster und Trends der HIV-Epidemien genau zu erkennen, und die Ausarbeitung und Umsetzung potenziell effizienter Gegenmaßnahmen ist schwierig. Es gab in der jüngsten Zeit einige Ausnahmen, darunter den **Iran**, der verbesserte Informationen zu HIV genutzt hat und die AIDS-Maßnahmen gezielt auf die Risikopopulationen ausgedehnt hat.

HIV und Trends im Sexualverhalten junger Menschen

Im Jahr 2001 setzte die Erklärung zu HIV/AIDS der Vereinten Nationen (*Declaration of Commitment on HIV/AIDS*) das Ziel, die HIV-Prävalenz unter jungen Menschen in den am stärksten betroffenen Ländern bis zum Jahr 2005 um 25% zu senken, um den Fortschritt bei der Prävention von Neuinfektionen zu überwachen. Die Ermittlung von Echtzeit-Trends bei der HIV-Inzidenz und insbesondere die Auswirkungen von Präventionsprogrammen auf die HIV-Inzidenz erfordern im Idealfall Längsschnittstudien mit einer hohen Zahl von Menschen. Aufgrund der praktischen Schwierigkeiten bei der Durchführung solcher Studien wurde vorgeschlagen, die HIV-Prävalenz unter jungen Frauen in der Altersgruppe 15–24, die Schwangerschaftsvorsorgekliniken aufsuchen, als Indikator für die Höhe der Inzidenz zu benutzen.

Um die Erreichung dieses Ziels zu bewerten, wurden Länder, in denen die nationale Prävalenz 3% überschritten wird, durch die WHO/

UNAIDS-Arbeitsgruppe zur Globalen HIV/AIDS-Überwachung und zur Überwachung der Geschlechtskrankheiten (WHO/UNAIDS Working Group on Global HIV/AIDS and STI surveillance) gebeten, sich an diesen Studien zu beteiligen.

In acht der elf Länder mit ausreichend Daten zur Analyse der jüngsten Tendenzen unter jungen Menschen (siehe Tabelle 3) ging die HIV-Prävalenz seit 2000/2001 zurück.¹ In **Kenia** sank die HIV-Prävalenz unter jungen schwangeren Frauen sowohl in den städtischen als auch in den ländlichen Gebieten signifikant um mehr als 25%. Ähnliche Entwicklungen waren auch in den städtischen Gebieten der **Elfenbeinküste**, in **Malawi** und **Simbabwe** sowie in den ländlichen Gebieten **Botswanas** zu beobachten. Weniger deutliche (und weniger bedeutende) Rückgänge wurden in den städtischen Ballungsräumen **Botswanas**, **Burundis** und **Ruandas** sowie in den ländlichen Gebieten **Tansanias** und **Simbabwes** beobachtet. Keinerlei Anzeichen für einen Rückgang der HIV-Infektionsraten unter jungen Menschen gab es in **Mosambik**, **Südafrika** oder in **Sambia**.

Unter Nutzung von nationalen Umfragen, die im Zeitraum von 1994–2005 mindestens zweimal im gleichen Land durchgeführt wurden, wurden die Tendenzen in den Verhaltensweisen junger Menschen bewertet. In **Kenia** deuten die Daten zu Verhaltenstrends im Laufe der Zeit auf eine beträchtliche Verringerung von sexuellen Verhaltensweisen hin, die Menschen der Gefahr einer HIV-Infektion aussetzen. In **Haiti** (nur Männer), **Kenia** und **Malawi** (junge Männer und Frauen) sowie **Sambia** (nur Frauen) ging der Anteil der jungen Menschen, die Sex mit wechselnden Partnern und Partnerinnen hatten, zurück, in **Kamerun** und **Uganda** (nur Frauen) hingegen stieg er. In der Zwischenzeit haben sich die Kondombenutzungszahlen mit Gelegenheitspartnern und -partnerinnen in einigen der untersuchten Länder erhöht, darunter **Kamerun**, **Südafrika**, **Tansania** und **Uganda** (junge Männer und Frauen), **Malawi** (nur junge Männer), und **Kenia** und **Sambia** (nur junge Frauen). In einigen Ländern, hauptsächlich **Kamerun**, schien es gleichzeitige Verschiebungen zu sichereren, aber auch zu Hochrisikoverhaltensweisen zu geben – einerseits

¹ Es wurden Daten aus den 30 am stärksten betroffenen Ländern untersucht, die mit der Ausnahme von zwei Staaten (Bahamas und Haiti) alle in Afrika südlich der Sahara liegen. Für die Analyse der HIV-Trends ist es erforderlich, dass mindestens drei Datenreihen von konsistenten HIV-Erhebungen aus dem Zeitraum 2000–2005 vorliegen. Nur wenige der Länder (11 von 30) verfügten über solche Daten oder stellten diese bereit.

**Trends in der Altersgruppe der 15–24-Jährigen in Ländern mit hoher Prävalenz:
HIV-Prävalenz unter schwangeren Frauen (2000-2005) in Sentinel Surveillancesystemen
(Datenerfassungssystemen) und ausgewählte sexuelle Verhaltensweisen unter Frauen und
Männern (1994–2005) aus nationalen Umfragen**

Land	Prävalenz-Trend*		Alter beim ersten sexuellen Kontakt**		Sex mit GelegenheitspartnerInnen***		Kondombenutzung bei Sex mit GelegenheitspartnerInnen****	
	Stadt	Land	weiblich	männlich	weiblich	männlich	weiblich	männlich
Angola	ID	ID						
Bahamas	ND	ND						
Botswana	▼ NS	▼ ≥ 25%						
Burundi [#]	▼ NS	?						
Kamerun	ID	ID	↔	▼	▲	▲	▲	▲
Zentralafrikanische Republik	ND	ND						
Tschad	ID	ID	▼	↔				
Kongo	ND	ND						
Elfenbeinküste	▼ ≥ 25%	ID	▼					
Demokratische Republik Kongo	ID	ID						
Djibouti	ND	ND						
Gabun	ND	ND						
Haiti	ND	ND	▲	▲		▼		
Kenia	▼ ≥ 25%	▼ ≥ 25%	↔	↔	▼	▼	▲	↔
Lesotho	ID	ID						
Malawi [#]	▼ ≥ 25%	↔	▼	▼	▼	▼	↔	▲
Mozambique [‡]		↔	↔					
Namibia	ID	ID	↔					
Nigeria	ID	ID	↔	↔				
Ruanda	▼ NS	ND	↔					
Südafrika [§]		↔	↔	↔	↔	↔	▲	▲
Swasiland	ND	ND						
Togo	ID	ID						
Uganda	ND	ND	▼		▲	↔	▲	▲
Vereinigte Republik Tansania	↔	▼ NS	↔	▼	↔	↔	▲	▲
Sambia [¶]		↔	↔		▼	↔	▲	↔
Simbabwe	▼ ≥ 25%	▼ NS	▼	↔			↔	↔

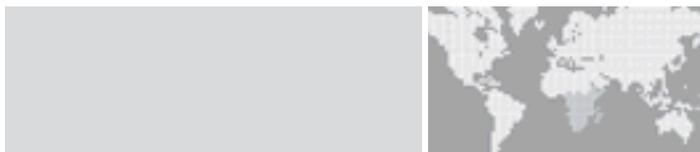
Anmerkung: Farbllich unterlegte Zellen geben positive Trends bei der Prävalenz oder im Verhalten an.

- Legende:** * Konsistente Orte, in der Analyse der mittleren Prävalenz pro Jahr für mindestens drei Jahre verwendet. Signifikanztest auf der Grundlage von H0: Steigung=0. Analysen von Ländern mit mehr als drei Jahren Datenbasis mit der folgenden Anzahl an konsistenten Orten in der Stadt und auf dem Land: Botswana (10,10), Burundi (3,3), Elfenbeinküste (9 in der Stadt), Kenia (20,13), Malawi(11,8), Mosambique (5 Süden, 8 Zentrum, 7 Norden), Ruanda (6 in der Stadt), Tansania (11,8), Simbabwe (7,6)
- ** Unter 15–19-Jährigen Anteil derjenigen, die angeben bis zum Alter von 15 ersten sexuellen Kontakt gehabt zu haben. Analysen basierend auf nationalen Studien DHS und Südafrika im Zeitraum 1995 bis 2005.
- *** Unter 15–24-Jährigen Anteil derjenigen, die angeben, im letzten Jahr Sex mit einem Gelegenheitspartner gehabt zu haben. In Südafrika Anteil unter den 15-24jährigen, der angibt, in den letzten 12 Monaten mehr als einen Sexualpartner gehabt zu haben. Analysen basierend auf nationalen Studien DHS und Südafrika im Zeitraum 1995 bis 2005.
- **** Unter 15–24jährigen Anteil derjenigen, die angeben beim letzten Sex mit einem Gelegenheitspartner ein Kondom benutzt zu haben. Analysen basierend auf nationalen Studien DHS und Südafrika im Zeitraum 1995 bis 2005.
- ▲ Statistisch signifikanter Anstieg
▼ Statistisch signifikanter Rückgang
▼ ≥ 25% Statistisch signifikanter Rückgang von mehr als 25%
▼ NS Rückgang im Laufe der Zeit, jedoch nicht statistisch signifikant
↔ Kein Anzeichen für Rückgang
ID Unzureichende Datenlage, d.h. weniger als drei Jahre verfügbar
ND Keine Daten erhalten
[#] Semi-städtische und städtische Daten wurden in der Analyse zusammengefasst.
[§] Keine Daten als Antwort auf den Surveillanceprozess der UNAIDS/WHO Working Group on Global HIV/AIDS and STI erhalten; Analysen basierend auf Daten in Surveillancebericht Südafrika.
[¶] Keine Daten als Antwort auf den Surveillanceprozess der UNAIDS/WHO Working Group on Global HIV/AIDS and STI erhalten; Analysen basierend auf Daten, die im Surveillancebericht Sambia 2005 gemeldet wurden. Analyse basierend auf einer Kombination der Daten für Stadt und Land.
[‡] Analyse in Mosambique durchgeführt für Süd, Nord und Zentrum.

stieg die Anzahl junger Menschen, die Hochrisikosexualaktivitäten praktizierten, andererseits stieg auch die Kondombenutzung bei Kontakten mit wechselnden Sexualpartnern und -partnerinnen.

Leider konnten nur relativ wenige Länder umfangreiche Daten zu Verhaltenstrends für junge Menschen vorlegen, und zahlreiche Länder hatten nur unzureichende oder keinerlei Daten zur HIV-Prävalenz und ihren Trends unter jungen Menschen – einschließlich einigen der Länder mit außergewöhnlich hohen HIV-Prävalenzen im südlichen Afrika. Dies verstärkt die dringende Notwendigkeit, die HIV-Überwachung auszubauen.

Der zukünftige Verlauf der HIV-Epidemien in der Welt hängt in vielerlei Hinsicht von den Verhaltensweisen der jungen Menschen und den Kontextfaktoren ab, die sie bei der Wahl dieser Verhaltensweisen beeinflussen. Einige vor kurzem beobachtete positive Veränderungen sind unter jungen Menschen in Teilen der Karibik und Afrikas südlich der Sahara, besonders in Ostafrika, zu verzeichnen.



AFRIKA SÜDLICH DER SAHARA

Im Jahr 2006 leben fast zwei Drittel (63%) aller Menschen, die mit HIV infiziert sind, in Afrika südlich der Sahara – 24,7 Millionen [21,8 Millionen–27,7 Millionen]. Schätzungsweise 2,8 Millionen [2,4 Millionen–3,2 Millionen] Erwachsene und Kinder infizierten sich im Jahr 2006 neu mit HIV, mehr als in allen anderen Regionen der Welt zusammengenommen. Die 2,1 Millionen [1,8 Millionen–2,4 Millionen] AIDS-Todesfälle in Afrika südlich der Sahara stellen 72% der AIDS-Todesfälle weltweit dar. In der gesamten Region tragen Frauen einen unverhältnismäßig hohen Anteil der AIDS-Last: Sie infizieren sich nicht nur mit einer höheren Wahrscheinlichkeit mit HIV, sondern sie sind auch in den meisten Ländern diejenigen, die die Menschen mit HIV betreuen.

Im gesamten Gebiet südlich der Sahara infizieren sich Frauen mit einer höheren Wahrscheinlichkeit mit HIV, und es sind auch die Frauen, die Menschen mit HIV betreuen.

Es gibt zwar Anzeichen dafür, dass einige Epidemien in dieser Region sich abschwächen, doch in den meisten Ländern bleiben die Trends unverändert. Im Grunde ergibt sich ein Gleichgewicht: Die Anzahl der Neuinfektionen mit HIV entspricht grob gesagt der Anzahl der AIDS-Todesfälle.

Die Bereitstellung antiretroviraler Therapie hat sich in Afrika südlich der Sahara dramatisch ausgeweitet: Mehr als eine Million [930.000–1,15

Millionen] Menschen erhielten bis Juni 2006 eine antiretrovirale Behandlung, eine Verzehnfachung im Vergleich zum Dezember 2003 (WHO/UNAIDS, 2006). Die Ausweitungen waren schwerpunktmäßig in Ländern wie Botswana, Kenia, Malawi, Namibia, Ruanda, Südafrika, Uganda und Sambia zu beobachten.

Der Bedarf in dieser Region ist jedoch so hoch, dass nur etwas weniger als ein Viertel (23%) der schätzungsweise 4,6 Millionen [4–5,4 Millionen] Menschen, die eine antiretrovirale Behandlung benötigen, diese auch erhalten (WHO/UNAIDS, 2006).

Südliches Afrika

Das südliche Afrika bleibt unverändert das Epizentrum der weltweiten HIV-Epidemie. 32% der Menschen mit HIV leben in dieser Subregion, und 34% der AIDS-Todesfälle sind hier zu beklagen.

Das einzige Anzeichen einer rückläufigen nationalen HIV-Prävalenz unter Erwachsenen im südlichen Afrika kommt aus **Simbabwe**, wo sowohl die HIV-Prävalenz als auch die HIV-Inzidenz gesunken sind (UNAIDS, 2005). Daten aus Schwangerschaftsvorsorgekliniken zeigen, dass die HIV-Infektionen unter Schwangeren Anfang des 21. Jahrhunderts um die 30%–32% betrug, jedoch dann bis zum Jahr 2004 auf 24% sanken. In der Hauptstadt Harare erreichte die Prävalenz unter Schwangeren im Jahr 1996 mit mehr als 36% einen Spitzenwert, bevor sie bis Mitte 2004 auf ungefähr 21% zurückging (Mahomva et al., 2006; Hargrove et al., 2005; Mugurungi et al.,

2005). Inkonsistenzen und Verzerrungen in einigen Daten könnten jedoch bedeuten, dass der Rückgang in der HIV-Prävalenz möglicherweise nicht ganz so hoch ist wie in den HIV-Daten der Schwangerschaftsvorsorgekliniken beschrieben (UNAIDS, 2005). Doch inzwischen ist auch in ländlichen Bevölkerungsgruppen in Manicaland in Zusammenhang mit Anzeichen eines Wandels im Sexualverhalten die HIV-Prävalenz zurückgegangen (Gregson et al., 2006).

Der festgestellte Rückgang in der Prävalenz scheint sich aus einer Kombination von Faktoren zu ergeben, diese umfassen insbesondere einen Rückgang an sexuellen Gelegenheitskontakten mit wechselnden Sexualpartnern und -partnerinnen sowie einen Anstieg des Kondomgebrauchs und später erfolgende erste sexuelle Erfahrungen (Mahomva et al., 2006; UNAIDS, 2005). In Manicaland sagten im Vergleich zum Zeitraum 1998–2000 im Zeitraum 2001–2003 nur halb so viele sexuell erfahrene Männer (49%), dass sie vor kurzem Sex mit einem Gelegenheitspartner beziehungsweise einer Gelegenheitspartnerin hatten. Der konsequente Kondomgebrauch bei Zufallsbekanntschaften stieg bei Frauen (von 26% auf 37% im gleichen Zeitraum), nicht jedoch bei Männern (Gregson et al., 2006). Die Kombination einer besseren AIDS-Aufklärung mit einer relativ breiten Gesundheitsinfrastruktur und einer wachsenden Sorge um die AIDS-Sterblichkeit scheint für die Verhaltensänderung verantwortlich zu sein. Darüber hinaus haben die hohen Sterblichkeitsraten einen beträchtlichen Beitrag zum Rückgang der HIV-Prävalenz geleistet.

Und dennoch lebt ungefähr ein Fünftel der Erwachsenen (20,1% bei einer Schwankungsbreite von 13,3%–27,6%; UNAIDS, 2006) in Simbabwe mit dem HI-Virus – damit ist die Epidemie hier eine der schlimmsten HIV-Epidemien der Welt. Die geschätzte durchschnittliche Lebenserwartung (bei der Geburt) ist für Frauen in Simbabwe eine der niedrigsten der Welt: 34 Jahre. Für Männer wird die Lebenserwartung auf 37 Jahre geschätzt (WHO, 2006). Nahrungsmittelknappheit, Verarmung, Zwangsumsiedlungen und Trockenheit haben Hunderttausende von Bewohnern Simbabwes dazu gezwungen, sich auf der Suche nach Überlebenschancen auf Wanderschaft zu begeben. Die möglichen Auswirkungen solcher Entwicklungen auf die HIV-Übertragungstrends

sind noch nicht sichtbar, könnten jedoch drastisch sein – genau so wie die Folgen der Wirtschaftskrise in Simbabwe auf die Programme zur antiretroviralen Behandlung.

Der Rückgang der HIV-Prävalenz in Simbabwe scheint teilweise durch Verhaltensänderungen entstanden zu sein, die sich schon Mitte bis Ende der 1990er Jahre abzeichneten.

In **Südafrika** lebten im Jahr 2005 ungefähr 5,5 Millionen [4,9–6,1 Millionen] (UNAIDS, 2006)² Menschen mit dem HI-Virus, darunter 240.000 [93.000–500.000] Kinder unter 15 Jahre (UNAIDS, 2006). Die im umfangreichen Überwachungssystem der systematischen Erhebung in den Schwangerschaftsvorsorgekliniken des Landes erfassten Daten deuten darauf hin, dass die HIV-Prävalenz noch nicht ihren Höchststand erreicht hat.

Die jüngsten Daten zeigen landesweit einen anhaltenden, steigenden Trend der HIV-Infektionszahlen unter Schwangeren, die die staatlichen Schwangerschaftsvorsorgekliniken aufsuchen: von 22,4% 1999 auf 30,2% im Jahr 2005 (ein Anstieg um 35%) (siehe Abbildung 3) (Department of Health Südafrika, 2006). Die HIV-Prävalenz unter jungen Menschen hat sich jedoch möglicherweise stabilisiert. Die Daten der Überwachung in Schwangerschaftsvorsorgekliniken deuten darauf hin, dass die HIV-Prävalenz unter schwangeren Frauen in der Altersgruppe 15–24 Jahre seit 2000 relativ stabil geblieben ist: 14%–16% in der Altersgruppe 15–19 Jahre und 28%–31% in der Altersgruppe 20–24 Jahre (Department of Health Südafrika, 2006).

Wie auch im restlichen Afrika südlich der Sahara betrifft die Epidemie in Südafrika überproportional stark Frauen. Die Wahrscheinlichkeit junger Frauen (15–24 Jahre), HIV-infiziert zu sein, ist viermal so hoch wie bei Männern: Im Jahr 2005 betrug die Prävalenz unter jungen Frauen 17% im Vergleich zu 4,4% unter jungen Männern (Shisana et al., 2005). Diese Infektionszahlen sind ähnlich wie diejenigen, die im nationalen Survey in 2003 unter 15- bis 24-Jährigen ermittelt wurden, als bei 15,5%

² Alle Schätzungen der Gesamtzahlen der Menschen, die mit HIV in dem jeweiligen Land leben, beziehen sich auf das Jahr 2005.

AUSBRUCH EINER MEDIKAMENTENRESISTENTEN TUBERKULOSE

Anfang 2005 wurde eine weitgehend medikamentenresistente Tuberkulose (XDR-TB) in KwaZulu-Natal festgestellt, die die tödliche Kombination von HIV und TB in Südafrika unterstreicht, wo schätzungsweise 60% der TB-Patienten auch HIV-infiziert sind.

Von den mehr als 53 Personen, die zwischen Januar 2005 und März 2006 in einem Bezirkskrankenhaus in der Provinz KwaZulu-Natal mit XDR-TB diagnostiziert wurden, wurden 44 auf HIV getestet, und jede von ihnen war HIV-positiv. Die Sterblichkeit war sehr hoch: 52 der Patienten starben durchschnittlich innerhalb eines Monats nach der Gewinnung der ersten Sputum-Probe. Bis Anfang Oktober 2006 wurde XDR-TB in 33 Gesundheitseinrichtungen in KwaZulu-Natal festgestellt (Medical Research Council, WHO, CDC, 2006).

Resistenz gegen TB-Medikamente ergibt sich meist aus unzureichender TB-Kontrolle, mangelnder Einhaltung der Standard-TB-Behandlungsregime durch Patienten oder Kliniker, minderwertiger Medikamentenqualität oder unzureichenden Medikamentenvorräten. Menschen mit HIV sind besonders empfänglich für die medikamentenresistente TB, insbesondere wegen ihrer erhöhten Infektionsempfänglichkeit und der verstärkten Neigung zur Entwicklung aktiver TB.

Dieser Ausbruch unterstreicht die Notwendigkeit einer schnellen TB-Diagnose und einer effizienten TB-Behandlung für Personen mit HIV, um die Entwicklung und Ausbreitung der Medikamentenresistenz zu verhindern. Der Zugang zu TB-Kultur- und Medikamentensensitivitätstests muss verbessert werden. Effiziente Infektionskontrollmaßnahmen müssen in HIV-Versorgungskliniken eingeführt werden, um die Ausbreitung von TB zu verhindern.

Das Problem beschränkt sich jedoch nicht nur auf Afrika südlich der Sahara. Im März 2006 berichteten die WHO und die US Centers for Disease Control and Prevention (CDC), dass 2% der TB-Kulturen, die in 25 supranationalen Referenzlaboren durchgeführt wurden, die Kriterien einer stark medikamentenresistenten TB erfüllten, und schlossen daraus, dass medikamentenresistente TB in allen Regionen der Welt vertreten sei (CDC und WHO, 2006). Da TB-Kultur- und Medikamentenempfindlichkeitstests in den meisten ressourcenarmen Regionen nicht routinemäßig durchgeführt werden, ist das tatsächliche Ausmaß der Epidemie noch unbekannt.

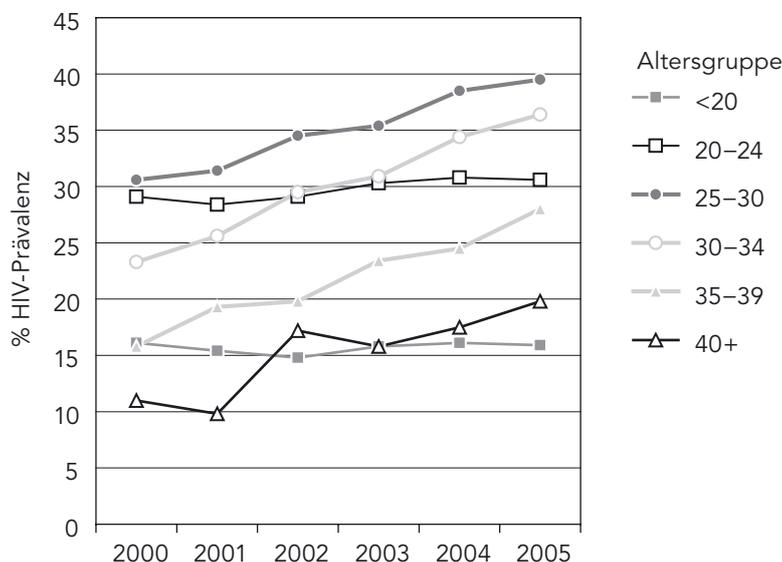
Vom 9. bis zum 10. Oktober 2006 organisierte die WHO ein Treffen einer globalen Task Force zum Thema XDR-TB, um die verfügbaren Informationen zu sichten und einen Notfallplan zur Verhinderung und zur Eindämmung von XDR-TB sowie zur Entwicklung von Maßnahmen im Umgang mit der Krankheit zu entwickeln. Während des Treffens wurde die Definition von XDR-TB überarbeitet³.

Dieses Treffen wurde in der Folge eines Expertentreffens in Johannesburg vom 7. bis 8. September 2006 organisiert, das gemeinsam vom South African Medical Research Council, der WHO und dem CDC veranstaltet wurde und bei dem der folgende Sieben-Punkte-Plan entwickelt wurde:

- sofortige Erhebungen zur weitgehend medikamentenresistenten TB;
- Erweiterung der Laborkapazitäten;
- Verbesserung der technischen Fähigkeiten von Gesundheitsverantwortlichen im klinischen und öffentlichen Bereich, um effektiv auf Ausbrüche von XDR-TB zu reagieren;
- Umsetzung von Vorsichtsmaßnahmen zur Infektionskontrolle;
- verstärkte Förderung der Forschung zur Entwicklung von Medikamenten gegen TB;
- verstärkte Förderung der Forschung zur Entwicklung von Diagnose-Schnelltests.

³ XDR-TB: Resistenz mindestens gegen die zwei stärksten first-line TB-Medikamente Rifampicin und Isoniazid, gegen ein Fluorquinolon und gegen ein oder mehrere der folgenden injizierbaren Medikamente: Amikacin, Kanamycin und Capreomycin.

HIV-Pävalenz nach Altersgruppen in Schwangerenvorsorgeuntersuchungen
in Südafrika, 2000–2005



Quelle: Department of Health (2006, National HIV and Syphilis Prevalence Survey South Africa; 2003, National HIV and Syphilis Antenatal Sero-Prevalence Survey in South Africa)

Abbildung 3

der jungen Frauen und bei 4,8% der jungen Männer eine HIV-Infektion festgestellt wurde (Pettifor et al., 2004). Ein Drittel aller Frauen in der Altersgruppe 30–34 Jahre lebte im Jahr 2005 mit HIV, das Gleiche galt für ein Viertel aller Männer im Alter von 30–39 Jahren so der nationale HIV-Surveys 2005. Hohe Infektionszahlen fanden sich auch unter Männern über 50 Jahren, von denen mehr als 10% HIV-positiv getestet wurden (Shisana et al., 2005).

Die Epidemie in Südafrika, die ein wenig später ausgebrochen ist als die meisten anderen HIV-Epidemien in der Subregion, hat jetzt ein Stadium erreicht, in dem immer mehr Menschen an AIDS sterben. Die neuesten offiziellen Sterblichkeitsdaten zeigen, dass die Gesamtzahl aller Todesfälle (alle Ursachen) in Südafrika von 1997–2004 um 79% gestiegen ist (von 316.505 auf 567.488) (Statistics South Africa, 2006). Die Todesfälle mit der Ursache natürlicher Tod bei Frauen in der Altersgruppe 25–34 Jahre vervielfachten sich im Zeitraum 1997–2004, bei Männern in der Altersgruppe 30–44 Jahre verdoppelten sie sich im gleichen Zeitraum. Ein großer Teil dieses Anstiegs in der Sterblichkeit ist auf die AIDS-Epidemie zurückzuführen (Anderson and Phillips, 2006; Actuarial

Society of South Africa, 2005; Medical Research Council, 2005; Bradshaw et al., 2004; Dorrington et al., 2001). Die ansteigende Sterblichkeit hat die durchschnittliche Lebenserwartung in drei Provinzen auf weniger als 50 Jahre sinken lassen (Eastern Cape, Free State und KwaZulu-Natal) (Actuarial Society of South Africa, 2005).

In Südafrika vervielfachten sich die Todesfallraten mit der Todesursache natürlicher Tod bei Frauen in der Altersgruppe 25–34 Jahre im Zeitraum 1997–2004, bei Männern in der Altersgruppe 30–44 Jahre verdoppelte sich die Anzahl.

Doch ein großer Teil der SüdafrikanerInnen glaubt nicht daran, dass er einem hohen Risiko einer HIV-Infektion ausgesetzt ist. Ungefähr 13% der Personen, die sich im Rahmen des nationalen Haushaltssurveys im Jahr 2005 ihrem ersten AIDS-Test unterzogen, wurden HIV-positiv getestet. Bis dahin hatten die meisten es abgelehnt, sich einem HIV-Test zu unterziehen, weil sie der Meinung waren, dass sie keinem

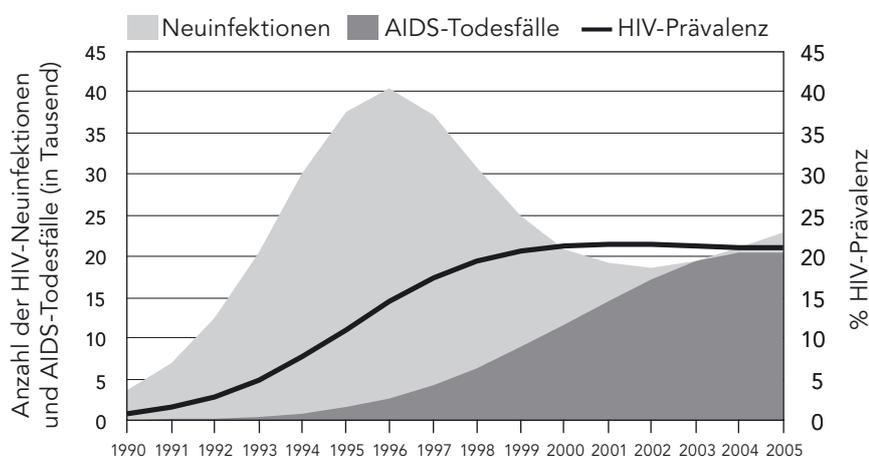
Infektionsrisiko ausgesetzt waren. Insgesamt hatte die Hälfte der Teilnehmer, *bei denen eine HIV-Infektion festgestellt wurde*, von sich selbst gesagt, dass sie sich nicht in Gefahr befänden, sich mit HIV zu infizieren (Shisana et al., 2005). Ungefähr zwei Millionen Südafrikaner, die mit HIV leben, wissen selbst nicht, dass sie infiziert sind, und glauben, dass sie keiner Gefahr ausgesetzt sind, sich zu infizieren – und daher ist es ihnen nicht bewusst, dass sie das Virus an andere weitergeben können. Ohne eine gesteigerte Akzeptanz von HIV-Tests werden sich Infizierte erst dann ihres Status bewusst, wenn sie Symptome entwickeln, und das kann die potenziellen Vorteile der antiretroviralen Behandlung schon begrenzen.

Swasiland weist jetzt die höchste HIV-Prävalenz unter Erwachsenen in der ganzen Welt auf: 33,4% [21,2%–45,3%]. Wie in **Lesotho** (siehe Abbildung 4) scheinen zahlreiche junge Frauen

aler Ebene 39% und in Manzini 43% (Ministry of Health and Social Welfare Swasiland, 2005).

Die nationalen HIV-Infektionszahlen unter Erwachsenen sind auch in **Botswana**, **Lesotho** und **Namibia** hoch (20%–24%). In **Namibia** lebten im Jahr 2005 schätzungsweise 230.000 [110.000–360.000] Menschen mit HIV. Die nationale HIV-Prävalenz unter Erwachsenen wurde im Jahr 2005 auf 19,6% [8,6%–31,7%] geschätzt (UNAIDS, 2006), die am schlimmsten betroffenen Regionen waren Caprivi im Nordosten (wo bei 43% der Schwangeren eine HIV-Infektion festgestellt wurde), Erongo im Zentrum (HIV-Prävalenz von 27%) und Oshana im Norden (Prävalenz von 25%) (Ministry of Health and Social Services Namibia, 2004). Programme mit dem Ziel, die HIV-Übertragung von der Mutter auf das Kind zu reduzieren, haben den Angaben zufolge dazu geführt, dass

Schätzung der jährlichen Neuinfektionen und AIDS-Todesfälle unter Erwachsenen (15+): Auswirkungen auf die Stabilisierung der geschätzten Prävalenz unter Erwachsenen (15–49), Lesotho, 1990–2005



Quellen: Government of Lesotho/UNAIDS, 2006.

Abbildung 4

in Swasiland bis ins späte Teenageralter sexuell abstinenz zu leben. Einer Studie zufolge hatten nahezu zwei Drittel (61%) der weiblichen Schüler in einer weiterführenden Schule noch keinen Geschlechtsverkehr (Buseh, 2004). Doch sobald die jungen Frauen sexuell aktiv werden, sind sie einem großen Risiko ausgesetzt, sich mit HIV zu infizieren. Unter jungen Frauen (15–24 Jahre), die Schwangerschaftsvorsorgekliniken aufsuchen, betrug die HIV-Prävalenz auf nation-

16% der HIV-infizierten schwangeren Frauen in Namibia im Jahr 2005 eine antiretrovirale Prophylaxe erhielten – eine signifikante Steigerung im Vergleich zu den 0,1% zwei Jahre zuvor (Ministry of Health and Social Services Namibia, 2005).

Neuere bevölkerungsbasierte HIV-Surveys und andere HIV-Daten haben uns ein deutlicheres Bild der HIV-Epidemie in **Botswana** vermittelt,

wo die Prävalenz immer noch eine der höchsten in der Welt ist. Ein leichter Rückgang in der HIV-Prävalenz unter schwangeren Frauen auf nationaler Ebene zeichnet sich bereits seit 2001 ab (35% im Jahr 2001 auf 33% im Jahr 2005). Dies ist besonders deutlich in der Altersgruppe 15–24 Jahre und könnte darauf hindeuten, dass die Epidemie abflaut. Dennoch waren mindestens 40% der Schwangeren in der Altersgruppe 25–39 Jahre im Jahr 2005 HIV-positiv, und eine von zwei schwangeren Frauen im Alter 30–34 Jahre war mit dem HI-Virus infiziert: In der letztgenannten Altersgruppe scheinen sich die HIV-Infektionsprävalenzen noch zu erhöhen (Seipone, 2006).

Die Infektionszahlen unter schwangeren Frauen schwanken in Botswana ganz erheblich, sie reichen von 21% in der Provinz Goodhope im Süden bis 47% in Selebi-Phikwe, einer bevölkerungsreichen Bergbaugemeinschaft im Osten. Mehr als 40% der schwangeren Frauen in den Bezirken Francistown und Tutume – beide im Nordosten des Landes – waren HIV-infiziert (Ministry of Health Botswana, 2006). Überraschenderweise gibt es immer noch nur unzureichendes Wissen über HIV: Nur ungefähr ein Drittel aller jungen Menschen im Alter von 15–24 Jahren konnte die Methoden zur Verhinderung einer sexuellen Übertragung von HIV korrekt angeben und lehnte Fehleinschätzungen zur HIV-Übertragung ab, was einem regionalen Muster zu folgen scheint (National AIDS Coordinating Agency Botswana, 2005). Andererseits wird geschätzt, dass ein Drittel aller Erwachsenen in Botswana den eigenen HIV-Status kennt, und es scheint breite öffentliche Unterstützung für das freiwillige Beratungs- und Testsystem zu geben, das im Jahr 2003 eingeführt wurde (Weiser et al., 2006).

Die HIV-Prävalenz unter Erwachsenen in **Lesotho** ist in den letzten Jahren relativ stabil geblieben – ist jedoch mit fast einem Viertel (23,2% mit einer Schwankungsbreite von 21,9%–24,7%) Erwachsenen, die im Jahr 2005 mit HIV lebten (UNAIDS, 2006), noch auf einem relativ hohen Niveau. Wie in Abbildung 2 zu sehen ist, verdeckt die augenscheinliche Stabilität der Epidemie in Lesotho wie in zahlreichen anderen Ländern Afrikas südlich der Sahara hohe Raten für HIV-Neuinfektionen und AIDS-Todesfälle. Lesotho muss eine Menge Herausforderungen überwinden, um seine Epidemie unter Kontrolle zu bringen. Sex mit Gelegenheitspartnern und -partnerinnen

ist zum Beispiel immer noch weithin üblich, und der Kondomgebrauch ist selten. Zwei Drittel der Männer und ein Drittel der Frauen geben an, dass sie im letzten Jahr Sex mit einem anderen Partner beziehungsweise einer anderen Partnerin als ihrem Langzeitpartner oder ihrer -partnerin hatten, weniger als die Hälfte von ihnen benutzte bei diesen Begegnungen ein Kondom (Ministry of Health and Social Welfare Lesotho und ORC Macro, 2004).

Die Anstrengungen zur Steigerung der HIV-Prävention unter jungen Menschen müssen ebenfalls verbessert werden. Ungefähr 15% der jungen Frauen und 27% der jungen Männer (in der Altersgruppe 15–24 Jahre) waren vor ihrem 15. Geburtstag sexuell aktiv, doch 40% der befragten Eltern wollten nicht, dass ihre Kinder schon als Teenager in der Schule über den Gebrauch von Kondomen aufgeklärt werden. Nur 18% der jungen Männer und 26% der jungen Frauen wussten, wie eine HIV-Übertragung auf sexuellem Weg zu verhindern ist, und zeigten in der Umfrage 2004 keine größeren Fehleinschätzungen zu HIV (Ministry of Health and Social Welfare Lesotho und ORC Macro, 2004). Die Folgen der Epidemie für junge Frauen sind erschreckend. Frauen im Alter von 18–19 Jahren sind nur zu 10% HIV-positiv, doch bis zu ihrem 22. Geburtstag sind schon 30% mit dem HI-Virus infiziert, bis zum Alter von 24 Jahren sind es sogar schon fast 40%. Für zahlreiche junge Frauen in Lesotho scheint das Hinauszögern des ersten sexuellen Kontaktes nur die letztendlich fast unvermeidbare HIV-Infektion zeitlich zu verschieben (NAC und UNAIDS, 2006).

Nach der in den letzten Jahren erfolgten Ausweitung des HIV-Sentinel-Surveillance-systems auf alle Provinzen entwickelt **Angola** nun schrittweise ein besseres Verständnis der Epidemie. Mit weniger als 5% HIV-Prävalenz unter Erwachsenen erreicht Angola eine Zahl, die weit besser ist als die in anderen Ländern des südlichen Afrikas. Bei der HIV-Epidemie gibt es jedoch erhebliche Unterschiede zwischen den unterschiedlichen Provinzen. Die HIV-Prävalenz unter schwangeren Frauen reicht von weniger als 1% in der zentralen Provinz Bie bis zu 9% in der Provinz Cunene entlang der Grenze zu Namibia (Instituto Nacional de Luta contra a SIDA, 2005). Diese Schwankungsbreite spiegelt die Unzugänglichkeit von Teilen des Landes während des Bürgerkriegs in Angola wider, der Mitte der 1990er Jahre endete.

In Angola ist es noch zu früh, genaue Trends in der Epidemie auszumachen, doch die Daten aus **Mosambik** zeigen einen bedeutenden Anstieg der HIV-Infektionen seit Ende des Jahrhunderts. Die HIV-Prävalenz unter schwangeren Frauen (15–49 Jahre) stieg von 11% im Jahr 2000 auf 16% im Jahr 2004 (Conselho de Combate Nacional ao HIV/SIDA, 2006), so dass das Land eine der steilsten Zunahmen in Afrika südlich der Sahara in den letzten Jahren erlebt hat.

Die HIV-Infektionsprävalenzen unter schwangeren Frauen sind am höchsten im Süden und in der Mitte des Landes. Besonders starke Anstiege zeigten sich in Maputo City, Maputo Province, Sofala und Gaza, wo die HIV-Prävalenz im Jahr 2004 zwischen 18% und 28% lag. In Quelimane (Provinz Zambezia) und Beira (Provinz Sofala) war im Jahr 2004 ein Drittel aller Frauen, die die Schwangerschaftsvorsorgekliniken aufsuchten, HIV-positiv (National STD and HIV/AIDS Control Programme, 2005). In Teilen des Nordens, wo die Epidemie sich anfänglich langsamer entwickelte als in den anderen Landesteilen, verdoppelte sich die HIV-Prävalenz unter Schwangeren seit 2000 nahezu – und erreichte im Jahr 2004 9,2% beziehungsweise 11% in Nampula und Niassa. Die Tatsache, dass die Prävalenz auch unter jungen Schwangeren gestiegen ist, deutet darauf hin, dass Neuinfektionen weiterhin zunehmen, und signalisiert möglicherweise ein weiteres Wachstum in der Epidemie des Landes (Conselho Nacional de Combate ao HIV/SIDA, 2006).

Fast eine Million Menschen [940.000 mit einer Schwankungsbreite zwischen 480.000–1,4 Millionen] lebten im Jahr 2005 in **Malawi** mit HIV. Die nationale HIV-Prävalenz unter Erwachsenen wurde im Jahr 2005 auf 14,1% [6,9%–21,4%] (UNAIDS, 2006) geschätzt, was dicht an der Zahl der Prävalenz unter Erwachsenen von 12,7% liegt, die im Jahr 2004 vom Survey zur Demographie und Gesundheit ermittelt wurde (National Statistical Office and ORC Macro, 2005).

Die HIV-Infektionszahlen in Malawi scheinen sich seit der Jahrhundertwende insgesamt stabilisiert zu haben. Die an den Erhebungsorten gemessene mittlere HIV-Prävalenz schwankte im Zeitraum 2001–2005 zwischen 15% und 17% (National AIDS Commission Malawi, 2005). Dabei gingen die Infektionszahlen in semiurbanen und städtischen Erhebungsbereichen von 26%–

27% im Jahr 1999 auf 17%–20% im Jahr 2005 zurück (National AIDS Commission Malawi, 2005). In der Hauptstadt Lilongwe erreichte die HIV-Prävalenz unter schwangeren Frauen, die Schwangerschaftsvorsorgekliniken aufsuchten, im Jahr 1996 mit 27% einen Spitzenwert, bevor sie im Jahr 2003 auf 17% zurückging. Dieser Rückgang konnte jedoch 2005 nicht aufrechterhalten werden, die Prävalenz unter Schwangeren erhöhte sich in diesem Jahr leicht auf 19% (Bello, Chipeta, Aberle-Grasse, 2006; National AIDS Commission Malawi, 2005).

Die beobachteten Rückgänge der HIV-Prävalenz scheinen mit Verhaltensänderungen verbunden zu sein. Bei der Umfrage aus dem Jahr 2000 gaben im Vergleich zu 1996 weniger Frauen und Männer an, Sex mit mehreren Partnern oder Partnerinnen zu haben. Der Anteil junger Männer (in der Altersgruppe 15–24 Jahre) mit zwei oder mehr Gelegenheitspartnern oder -partnerinnen ging um mehr als die Hälfte zurück (von 28% auf 12%), während bei jungen Frauen ein Rückgang von 3% auf weniger als 1% zu verzeichnen war. Im Jahr 2000 gaben mehr Frauen im Vergleich zu 1996 an, im Sex mit Gelegenheitspartnern oder -partnerinnen Kondome zu benutzen (31% im Gegensatz zu 22%), wenn auch der Kondomgebrauch für junge Männer bei 38% gleich geblieben ist. Der Prozentsatz von Männern und Frauen, die in den letzten zwölf Monaten sexuell abstinenter gelebt hatten, veränderte sich im Zeitraum 1996–2000 leicht (für Frauen gab es einen Anstieg von 21% auf 22%, für Männer einen Anstieg von 17% auf 20%). (National Statistical Office und ORC Macro, 2001 und 1997). Darüber hinaus ist es wahrscheinlich, dass steigende Sterblichkeitsraten (hier gab es zwischen 1992 und 2000 eine Verdoppelung) zu einem großen Teil für den beobachteten Rückgang der HIV-Prävalenz verantwortlich waren.

Junge Menschen in Sambia tragen zeit ihres Lebens ein Risiko von 50%, an AIDS zu sterben, solange der aktuelle Stand der HIV-Prävalenz bleibt und sie keine Behandlung erhalten.

Auch wenn Malawi ein kleines Land ist, schwanken die Zahlen zur Epidemie doch sehr stark von Ort zu Ort. Mit 17,6% im Jahr 2004

war die HIV-Prävalenz unter Erwachsenen in der südlichen Region dreimal höher als in der Zentralregion und doppelt so hoch wie in der nördlichen Region (National Statistical Office und ORC Macro, 2005). Die Epidemie im Norden ist seitdem stärker geworden, und die HIV-Prävalenz hat sich in den ländlichen Gebieten von 5% im Jahr 1998 auf 15% im Jahr 2003 verdreifacht (Bello, Chipeta, Aberle-Grasse, 2006; Ministry of Health and Population Malawi, 2005). Dieser Trend im Norden ist möglicherweise auf das sozio-ökonomische Wachstum in und um die Stadt Mzuzu und entlang der Haupttransportwege zurückzuführen (Bello, Chipeta, Aberle-Grasse, 2006; Ministry of Health and Population Malawi, 2005).

Wie in anderen Ländern in der Region auch ist die HIV-Prävalenz unter jungen Frauen (15–24 Jahre) in Malawi sehr viel höher als die Prävalenz unter Männern der gleichen Altersgruppe: 9% im Vergleich zu 2% insgesamt und 13% im Vergleich zu 1% in den städtischen Ballungsräumen (National Statistical Office und ORC Macro, 2005). Nur ein Viertel der jungen Frauen zeigte bei einer Umfrage im Jahr 2004 umfassendes Wissen über HIV, im Vergleich zu mehr als einem Drittel der jungen Männer (National Statistical Office and ORC Macro, 2005).

Die Gesamt-HIV-Prävalenz unter den Frauen, die Schwangerschaftsvorsorgekliniken in **Sambia** aufsuchten, ist seit Mitte der 1990er Jahre relativ stabil geblieben und lag im Zeitraum 1994–2004 bei 19%–20% der schwangeren Frauen in der Altersgruppe 15–39 Jahre. Dennoch weisen die Daten unterschiedliche lokale Muster und Trends auf, und die HIV-Neuinfektionen bei Schwangeren in der Altersgruppe 15–44 Jahre reicht von weniger als 10% an einigen Orten bis zu mehr als 25% an anderen. Die HIV-Prävalenz war in den städtischen Gebieten entlang der Haupttransportwege, wie zum Beispiel in Kabwe, Livingstone und Ndola, am höchsten (Ministry of Health Sambia, 2005).

Ein leichter Rückgang der HIV-Infektionsraten – von 28% im Jahr 1994 auf 25% im Jahr 2005 – konnte unter den schwangeren Frauen in der Altersgruppe 15–39 Jahre in den städtischen Ballungsräumen beobachtet werden. Der Rückgang war besonders deutlich unter den Schwangeren in der Altersgruppe 20–24 Jahre

(hier sank die Prävalenz von 30% im Jahr 1994 auf 24% im Jahr 2004) und den Schwangeren in der Altersgruppe 15–19 Jahre (die Prävalenz sank von 20% im Jahr 1994 auf 14% im Jahr 2004) (Ministry of Health Sambia, 2005).

In den ländlichen Gebieten stieg die HIV-Prävalenz im Zeitraum 1994–2004 jedoch leicht von 11% auf 12% an (Ministry of Health Sambia, 2005). Unter älteren Schwangeren (30–39 Jahre) in den städtischen Ballungsräumen stieg die HIV-Prävalenz im Zeitraum 1994–2004 deutlich (von 24% auf 30%). In einigen Städten (wie zum Beispiel Mongu) blieb die HIV-Prävalenz unter jungen Schwangeren unverändert hoch (mit 28%–30% im Zeitraum 1994–2004), während sich in einigen ländlichen Orten die Infektionszahlen im gleichen Zeitraum fast verdoppelten (in Kalabao zum Beispiel von 7% auf 14%) (Sandoy et al., 2006; Gesundheitsministerium Sambia, 2005). Beim gegenwärtigen Stand der HIV-Prävalenz sind junge Menschen mit einem Lebenszeitrisiko von 50% konfrontiert, ohne Behandlung an AIDS zu sterben (Ministry of Health Sambia, 2005).

Die Inselstaaten an der Südküste Afrikas erleben sehr viel kleinere Epidemien. Die nationale HIV-Prävalenz unter Erwachsenen in **Madagaskar** lag im Jahr 2005 deutlich unter 1%, das heißt, dass schätzungsweise 49.000 [16.000–110.000] Menschen mit HIV lebten. Das Wissen über HIV ist jedoch gering und der Gebrauch von Kondomen selten. Nur einer von fünf Bewohnern Madagaskars konnte in einer Umfrage 2003–2004 zwei Methoden zur Verhinderung der sexuellen Übertragung von HIV angeben. Fast ein Drittel (31%) der jungen Frauen (im Alter von 15–24 Jahren) und nahezu drei Viertel (72%) der jungen Männer gaben an, dass sie in den letzten zwölf Monaten Sex mit einem Gelegenheitspartner oder einer -partnerin hatten – doch nur ein Zehntel (12%) der jungen Männer und ein Zwanzigstel (5%) der Frauen berichteten, dass sie beim letzten Sex mit einem Gelegenheitspartner oder einer -partnerin ein Kondom benutzt hatten (Institut National de la Statistique und ORC Macro, 2005a).

Mauritius muss stärkere Präventionsmaßnahmen für DrogenkonsumentInnen und besonders für drogenabhängige SexarbeiterInnen entwickeln (Dewing et al., 2006). Unter den DrogenkonsumentInnen ist die Benutzung von

KONFLIKT UND HIV-RISIKO

Neue Forschungsergebnisse aus Uganda lassen Zweifel an der weit verbreiteten Annahme aufkommen, dass innerhalb des Landes Vertriebene und Flüchtlinge mit größerer Wahrscheinlichkeit an HIV infiziert sind als Menschen in deutlich stabileren Lebenssituationen. Acholiland im Norden Ugandas ist die Heimat von schätzungsweise zwei Millionen innerstaatlich vertriebenen Menschen. Mit knapp über 8% ist die HIV-Prävalenz in dieser Region hoch (Ministry of Health Uganda und ORC Macro, 2006). Eine Studie unter schwangeren Frauen in den Bezirken Gulu, Kitgum und Pader zeigte jedoch, dass Frauen, die *außerhalb* geschützter Lager leben, einem höheren Risiko einer HIV-Infektion ausgesetzt sind als Frauen, die in geschützten Lagern leben. Dies ist möglicherweise auf die geringere Mobilität und den besseren Zugang zu Gesundheits- und Präventionsdiensten in einigen der Lager zurückzuführen (Fabiani et al., 2006). Eine jüngere Untersuchung der HIV-Literatur zu Vertriebenen in acht Ländern (einschließlich Uganda) konnte ebenfalls keine Belege dafür finden, dass Konflikte die Übertragung von HIV verstärken (Spiegel und Harroff-Tavel, 2006).

SEHR HOHE MALARIARATEN UNTER HIV-INFIZIERTEN

Ein unerwartet hohes Niveau von HIV-Infektionen findet sich bei Erwachsenen, die sich in Uganda wegen Malaria in medizinische Behandlung begeben. Mehr als 30% der Erwachsenen, die mit einer unkomplizierten Falciparum-Malaria in den Gesundheitszentren der Bezirke vorstellig wurden, waren auch mit HIV infiziert. Klinische Malariabehandlung war unter Erwachsenen mit HIV dreimal wahrscheinlicher. Diese Ergebnisse stehen im Einklang mit Daten aus anderen Ländern in Afrika südlich der Sahara, die belegen, dass Malaria häufiger und schwerer unter Erwachsenen auftritt, die HIV-infiziert sind. Dies unterstreicht die Notwendigkeit neuer Strategien für HIV-Tests und für die Beratung von Erwachsenen mit umkomplizierter Falciparum-Malaria (Kanya et al., 2006).

nicht sterilem Drogenbesteck bei intravenösem Gebrauch der Hauptrisikofaktor für eine HIV-Infektion bei der augenblicklich noch kleinen HIV-Epidemie auf Mauritius. Ungefähr drei Viertel der in der ersten Hälfte 2004 diagnostizierten HIV-Infektionen wurde unter DrogenkonsumentInnen festgestellt (Sulliman and Ameerberg, 2004). Der Gebrauch nicht sterilen Drogenbestecks scheint üblich zu sein: In einer Umfrage im Jahr 2004 sagten 80% der DrogenkonsumentInnen aus, dass sie in den vergangenen drei Monaten ihre Spritzen mit anderen geteilt hatten. Unter denjenigen, die sich einem HIV-Test unterzogen, wurde bei 4% eine Infektion festgestellt. Ein großer Prozentsatz der SexarbeiterInnen (75%) berichtete, dass sie Drogen spritzten, und der Gebrauch von Kondomen war selten: Nur 32% hatten in den vergangenen drei Monaten konsequent Kondome benutzt. Bei einem HIV-Test wurde bei 13% der befragten SexarbeiterInnen eine HIV-Infektion festgestellt (Sulliman, Ameerberg, Dhannoo, 2004).

Ostafrika

In Ostafrika scheint sich der allgemeine Trend der Stabilisierung oder des Rückgangs der HIV-Prävalenz fortzusetzen.

Nach einem Rückgang während der 1990er Jahre hat sich die Epidemie in **Uganda** insgesamt stabilisiert. Die nationale HIV-Prävalenz unter Erwachsenen betrug im Jahr 2005 6,7% [5,7–7,6%], war jedoch unter Frauen mit nahezu 8% erheblich höher als unter Männern (5%) (UNAIDS, 2006; Ministry of Health und ORC Macro, 2006). Etwa eine Million [850.000–1,2 Millionen] Menschen lebten im Jahr 2005 in Uganda mit HIV (UNAIDS, 2006). Regional betrachtet war die Prävalenz in der Region West Nile am niedrigsten und in den Regionen Kampala, Central und North-Central am höchsten (mehr als 8%) (Ministry of Health Uganda und ORC Macro, 2006).

In Uganda sind unterschiedliche Trends zu beobachten. Unter den schwangeren Frauen

in Kampala und in anderen Städten war seit Anfang der 1990er Jahre bis zum Beginn des 21. Jahrhunderts ein starker Rückgang der HIV-Prävalenz festzustellen, der auf signifikante Verhaltensänderungen (einschließlich sexueller Abstinenz und Kondomgebrauch beim Sex mit Gelegenheitspartnern) sowie auf eine erhöhte AIDS-Sterblichkeit zurückzuführen war (Kirungi et al., 2006). In einigen ländlichen Gegenden gibt es neuerdings jedoch Anzeichen für einen Anstieg der HIV-Infektionen. Gemäß der Daten, die in einer Studie in 25 Dörfern erhoben wurden, stieg die Prävalenz von 5,6% unter Männern und 6,9% unter Frauen im Jahr 2000 auf 6,5% unter Männern und 8,8% unter Frauen im Jahr 2004. Ein ähnlicher Trend wurde 2002 unter schwangeren Frauen in nahezu der Hälfte der Kliniken zur Schwangerschaftsvorsorge beobachtet, die in die Studie eingeschlossen waren (Shafer et al., 2006). Die groß angelegte Verteilung von antiretroviralen Medikamenten (und die Verlängerung der Lebensdauer der damit behandelten Menschen) können nicht der Grund für die Tatsache sein, dass mehr Menschen mit HIV leben. Die Einführung der Behandlung begann erst im Jahr 2004, wohingegen der Anteil der mit HIV lebenden Menschen schon einige Jahre früher, um das Jahr 2000 herum, anzusteigen begann. Die Studie in ländlichen Gegenden stellte fest, dass die HIV-Inzidenz unter älteren Männern und Frauen (40–49 Jahre) seit dem Jahr 2000 angestiegen ist, bei den Männern erreichte die Inzidenz sogar Spitzenwerte, die höher waren als die Höchstwerte im Zeitraum 1990–1994. Diese Ergebnisse spiegelten sich auch in der nationalen HIV-Haushaltsumfrage aus den Jahren 2004–2005 wider, die hohe Infektionsraten unter den Bewohnern Ugandas im mittleren Alter feststellte (Ministry of Health Uganda und ORC Macro, 2006). Möglicher Grund sind Verhaltensänderungen. Die Studie in ländlichen Gegenden stellte beispielsweise fest, dass der Prozentsatz von Männern im Alter von mindestens 40 Jahren, die angaben, dass sie im vergangenen Monat mit mindestens zwei Gelegenheitspartnern Sex hatten, sich im Zeitraum 2000–2004 erhöhte (Shafer et al., 2006).

Es sind weitere Forschungsarbeiten notwendig, um diese offensichtlichen Trends zu untersuchen, doch die aktuellen Ergebnisse deuten eine mögliche Erosion der Fortschritte an, die Uganda in den 1990er Jahren im Kampf gegen AIDS

gemacht hat. Eine solche Interpretation wird auch durch die nationalen Verhaltensdaten unterstützt, die gemäß der nationalen HIV-Haushaltsumfrage 2004–2005 einen nur unregelmäßigen Kondomgebrauch belegen (ungefähr die Hälfte der Männer und Frauen in der Altersgruppe 15–49 Jahre berichtete, dass sie beim letzten Sex mit einem Gelegenheitspartner ein Kondom benutzt hatten) und auf eine ansteigende Zahl von Männern hindeuten, die im vergangenen Jahr Sex mit mehr als einem Sexualpartner hatten (Ministry of Health Uganda und ORC Macro, 2006).

Ermutigender sind hingegen neueste Erkenntnisse (aus dem ländlichen Tororo), dass Personen, die eine antiretrovirale Therapie erhielten, einem beträchtlich geringeren Risiko ausgesetzt waren, nach einer Behandlungsdauer von zwei Jahren HIV zu übertragen, was teilweise auf eine starke Verringerung der Viruslast und teilweise auf weniger häufigen ungeschützten Sex zurückzuführen ist (Bunnell et al., 2006).

Mit 1,3 Millionen Menschen [1,1 Millionen–1,5 Millionen], die derzeit mit HIV leben, kämpft **Kenia** noch immer mit einer schweren AIDS-Epidemie, trotz der Anzeichen einer sich verringernenden HIV-Prävalenz unter schwangeren Frauen (Cheluget, Marum, Stover, 2006; WHO, 2005a; Baltazar, 2005). Die nationale HIV-Prävalenz unter Erwachsenen fiel von 10% in den späten 1990er Jahren auf rund 7% im Jahr 2003 (Ministry of Health Kenya, 2005) und knapp über 6% [5,2–7,0%] im Jahr 2005 (UNAIDS, 2006). Darüber hinaus gab es einen starken Rückgang der Infektionshäufigkeit unter schwangeren Frauen in den meisten der Schwangerschaftsvorsorgekliniken mit konsistenten und vergleichbaren HIV-Daten. In einigen dieser Kliniken fiel die HIV-Prävalenz von 25% im Jahr 1998 auf 8% im Jahr 2004, während in anderen ein Rückgang von 15% im Jahr 2001 auf 4,3% im Jahr 2004 festzustellen war (Cheluget, Marum, Stover, 2006).

In Ostafrika scheint sich der allgemeine Trend der Stabilisierung oder des Rückgangs der HIV-Prävalenz fortzusetzen. Jüngere Forschungsergebnisse deuten jedoch auf eine mögliche Erosion der erreichten Fortschritte im Kampf gegen AIDS in den 1990er Jahren in Uganda hin.

Die potenziellen Gründe für diese Trends sind komplex. Beginnend im Jahr 2000 wurden in Kenia große Anstrengungen zur HIV-Prävention unternommen, und es gibt Anzeichen dafür, dass immer mehr Menschen das Alter ihres ersten sexuellen Kontakt hinausgeschoben haben, dass die Kondomgebrauchsraten gestiegen sind und dass ein kleinerer Prozentsatz von Erwachsenen Sex mit mehreren Partnern hat. Allerdings scheint die Zahl der HIV-Neuinfektionen bereits Mitte der 1990er Jahre ihren Höhepunkt erreicht zu haben, lange bevor die Ausweitung der Präventionsprogramme begann. Dies deutet darauf hin, dass andere Faktoren – einschließlich einer steigenden AIDS-Sterblichkeit und einer Infektionssättigung unter den Menschen mit den höchsten Risikofaktoren – den stärksten Anstoß für den in den letzten Jahren beobachteten Rückgang der HIV-Prävalenz gegeben haben (Cheluget, Marum, Stover, 2006). Es ist zu hoffen, dass die vor kurzem beobachteten Verhaltensänderungen die rückläufige Tendenz weiter stützen. Besorgniserregend ist jedoch der Eintritt des intravenösen Drogengebrauchs in der Epidemie als bedeutender Faktor in Kenia. Unter Menschen mit intravenösem Drogenkonsum in Mombasa stellte eine Studie aus dem Jahr 2004 zum Beispiel einen Anteil von 50% HIV-Infizierten fest (Ndetei, 2004), eine andere Studie in Nairobi fand, dass 53% der Drogenkonsumenten HIV-positiv waren (Odek-Ogunde, 2004).

Ende 2005 lebten in der **Vereinigten Republik Tansania** schätzungsweise 1,4 Millionen [1,3 Millionen–1,6 Millionen] Erwachsene und Kinder mit HIV, somit ist Tansania eines der am stärksten betroffenen Länder der Welt. Auch hier sind die HIV-Infektionsraten etwas zurückgegangen – auf nationaler Ebene ergab sich im Zeitraum zwischen 1995 und 2004 ein Rückgang von 8,1% auf 6,5% (Somi et al., 2006). Unter schwangeren Frauen in Dar es Salaam war im Zeitraum 1995–2003 ein Rückgang von 14% auf 11% zu verzeichnen (Urassa et al., 2006). In Mbeya und Iringa, den am stärksten betroffenen Regionen des Landes, lag der Anteil der HIV-Infektionen in einigen städtischen Gebieten im Jahr 2004 zwischen 15% und 19% (Swai et al., 2006; Nationales Statistikamt Tansania und ORC Macro, 2005).

Andererseits wurde in den Schwangerschaftsvorsorgekliniken der ländlichen Gebiete eine hohe HIV-Prävalenz beobachtet: zum Beispiel

8% und 11% in Ilemba und Igamba in der Region Mbeya 2004 (Swai et al., 2006). Entsprechend den Vorhersagen könnte die Anzahl der HIV-Neuinfektionen in ländlichen Gebieten (wo ungefähr drei Viertel der Bevölkerung des Landes lebten) bis zum Jahr 2010 doppelt so hoch sein wie in den städtischen Gebieten. Dies unterstreicht die Notwendigkeit, ausreichend Ressourcen für die Prävention, die Behandlung und die Betreuung in den ländlichen Gebieten des Landes zur Verfügung zu stellen (Somi et al., 2006).

Es gibt Anzeichen dafür, dass der intravenöse Drogenkonsum, der sich in Ostafrika stark ausgeweitet hat (McCurdy et al., 2005a), ebenfalls einer der wesentlichen Faktoren in der Entwicklung der Epidemie in Tansania werden könnte. Die HIV-Prävalenz unter den Menschen mit intravenösem Drogenkonsum in Tansania ist noch unbekannt, doch Praktiken, die das Virus mit hoher Wahrscheinlichkeit übertragen, sind sehr verbreitet. Bis zu einem Drittel der Drogenkonsumenten in Dar es Salaam benutzte einer kleinen Studie zufolge kein steriles Drogenbesteck, und die Mehrzahl der weiblichen Drogenkonsumenten verkaufte auch Sex. Eine besonders riskante Praxis wird „Flashblood“ genannt (in manchen Ländern auch als „Backloading“ bekannt), hierbei wird nach dem Spritzen von Heroin Blut zurück in die Spritze gezogen und die Spritze dann an einen Gefährten weitergegeben. Diese Praxis ist unter weiblichen Sexarbeiterinnen in Dar es Salaam verbreitet und soll angeblich dazu dienen, einen „Schuß“ mit Kolleginnen zu teilen, die sich keine eigenen Drogen leisten können. Diese Praxis birgt ein hohes Risiko der HIV-Übertragung (McCurdy et al., 2005b).

Der intravenöse Drogenkonsum ist auch ein wichtiger Faktor in der kleineren Epidemie in **Sansibar**. Die HIV-Prävalenz unter Frauen, die Schwangerschaftsvorsorgekliniken aufsuchten, betrug im Jahr 2005 0,9%. Doch ein Drittel aller Drogenkonsumenten ist einer neuen Studie zufolge mit HIV infiziert. Fast die Hälfte (46%) der Drogenkonsumenten gab an, keine sterilen Spritzen zu benutzen. Darüber hinaus wurde festgestellt, dass ein Fünftel der Drogenkonsumenten an Syphilis litt, was auf eine Kombination von unsicherem Drogengebrauch und unsicheren Sexualpraktiken unter Menschen mit intravenösem Drogenkonsum hindeutet (Dahoma et al., 2006).

Die Epidemie in **Ruanda** hat sich seit 2000 stabilisiert, doch die HIV-Prävalenz bleibt in der Hauptstadt Kigali, wo im Jahr 2003 etwa 13% der schwangeren Frauen HIV-positiv waren, hoch. In den letzten Jahren hat Ruanda die HIV-Überwachung besonders in den ländlichen Gebieten verstärkt (wo die HIV-Prävalenz unter schwangeren Frauen nachweislich erheblich niedriger – bei 3% und darunter – liegt als in den städtischen Bereichen) und verbesserte HIV-Schätzmethoden eingeführt (Kayirangwa et al., 2006). Aus diesem Grund sollten nur Daten aus überwachter und kontinuierlicher Erhebung in ihrem zeitlichen Verlauf miteinander verglichen werden. Ein solcher Vergleich weist einen Rückgang in der HIV-Prävalenz unter schwangeren Frauen in den städtischen Gebieten aus, besonders im Zeitraum 1998–2003. In Kigali fiel die Prävalenz in diesem Zeitraum von etwas mehr als 16% auf 13%, während es in anderen städtischen Gebieten einen Rückgang von 9,5% auf 5,8% gab. Dieser rückläufige Trend scheint sich in den letzten Jahren ein wenig abgeschwächt zu haben. In den ländlichen Gebieten ist die HIV-Prävalenz jedoch weitgehend stabil geblieben, wenn auch auf einem erheblich niedrigeren Niveau (zwischen 2,1% und 2,8% im Zeitraum 1998–2003) (Kayirangwa et al., 2006). Die ersten Ergebnisse der neuesten demographischen Umfrage zeigen, dass der Anteil der HIV-Infektionen in den städtischen Gebieten dreimal höher liegt als in den ländlichen Gegenden: 7,3% im Vergleich zu 2,2%. Die höchste Prävalenz ist noch immer in Kigali nachzuweisen, wo das Infektionsniveau zweibis dreimal höher liegt als in anderen Teilen des Landes (Institut National de la Statistique et al., 2005).

Etwas mehr als 3% [2,7%–3,8%] der Erwachsenen – ungefähr 150.000 Menschen – lebten im Jahr 2005 im Nachbarstaat **Burundi** mit HIV, und auch hier sind unterschiedliche Trends in verschiedenen Bereichen des Landes zu beobachten. Die HIV-Prävalenz unter jungen Schwangeren (15–24 Jahre) ging zwischen 2000 und 2004 in den Schwangerschaftsvorsorgekliniken in Bujumbura und in anderen städtischen Bereichen von 13% auf 9% zurück (Prävalenz von 13% auf 9%) (Ministère de la Santé Publique Burundi, 2005). Neueste Erhebungsdaten zeigen jedoch einen starken Anstieg der HIV-Infektionen unter

den PatientInnen von Schwangerenvorsorgekliniken in Bujumbura (von 12,6% im Jahr 2004 auf 18% im Jahr 2005), wobei sich der Infektionsanteil unter jungen Schwangeren (Altersgruppe 15–24 Jahre) von 8,6% im Jahr 2004 auf 15,5% im Jahr 2005 nahezu verdoppelt hat. Im Zeitraum 2004–2005 stieg die Prävalenz unter schwangeren Frauen auch in den ländlichen Gebieten (Ministère de la Santé Publique Burundi, 2005).

Auf der Grundlage von HIV-Daten, die in den Schwangerschaftsvorsorgekliniken gesammelt wurden, gab es im Jahr 2005 starke Unterschiede in der HIV-Prävalenz unter Erwachsenen in **Äthiopien**. Die Infektionszahlen in den städtischen Gebieten waren mehr als fünfmal so hoch (10,5%) wie in den ländlichen Gebieten (1,9%). In den Schwangerschaftsvorsorgekliniken in Addis Abbeba und in anderen städtischen Gebieten wurde besonders seit 1997/1998 ein allmählicher Rückgang der HIV-Prävalenz festgestellt (Ministry of Health, 2006). Die Prävalenz bleibt jedoch in Addis Abbeba (wo sie seit Mitte der 1990er Jahre bei 14%–16% liegt) und in anderen städtischen Gebieten (wo sie im gleichen Zeitraum zwischen 11% und 13% stabil geblieben ist) auf hohem Niveau (Hladik et al., 2006). Ungefähr 80% der Bevölkerung des Landes leben in ländlichen Gebieten, und die Prävalenz unter Frauen, die Schwangerschaftsvorsorgekliniken aufsuchen, stieg von 1,9% im Jahr 2000 auf 2,6% im Jahr 2003 und 2,2% im Jahr 2005 (Hladik et al., 2006; Ministry of Health Ethiopia, 2004; Ministry of Health Ethiopia, 2006).

Da nur eine Minderheit schwangerer Frauen in Äthiopien Schwangerschaftsvorsorgekliniken aufsucht, können die dort gesammelten HIV-Daten nur ein unvollständiges Bild der epidemiologischen Trends vermitteln. Ergebnisse der demographischen Umfrage aus dem Jahr 2005 (Demographic and Health Survey), die mehr als 13.000 Männer und Frauen aus allen Regionen umfasste, geben aus diesem Grund ein vollständigeres Bild der Epidemie in Äthiopien wieder. Gemäß der Umfrage lebten im Jahr 2005 1,4% der Erwachsenen (15–49 Jahre) mit HIV, die Prävalenz unter erwachsenen Frauen war dabei doppelt so hoch wie die Prävalenz unter erwachsenen Männern. Die Infektionszahlen waren in den städtischen Gebieten (5,5% unter

Erwachsenen) viel höher als in den ländlichen Gebieten (0,7%) (Central Statistical Agency und ORC Macro, 2006).⁴

Die jüngsten Daten aus dem Nachbarstaat **Eritrea** deuten ebenfalls auf eine Stabilisierung der Epidemie hin: 2,4% der Frauen, die Schwangerschaftsvorsorgekliniken aufsuchen, wurden HIV-positiv getestet. Dies entspricht einer HIV-Prävalenz von 2,8% beziehungsweise 2,4%, die jeweils in den Jahren 2001 und 2003 festgestellt wurde. Die Schwankungsbreite der Prävalenzen reicht von mehr als 7% in Assab (im Süden) und 6% in Assia (im Zentrum des Landes) bis zu 0% in Shieb (ebenfalls im Zentrum) (Ministry of Health Eritrea, 2006).

Für **Somalia**, wo eine Erhebung auf nationaler Ebene im Jahr 2004 einen relativ geringen Prozentsatz von HIV-Infektionen von 0,9% unter schwangeren Frauen feststellte, liegen keine neuen HIV-Infektionsdaten vor. In einigen Schwangerschaftsvorsorgekliniken war die HIV-Prävalenz erheblich höher als im Jahr 1999 – in Hargeisa stieg sie von 0,7% auf 1,6%, während in Berbera ein Anstieg von 0% auf 2,3% zu verzeichnen war (WHO, 2005a). Das Wissen um HIV-Übertragungswege ist gering, der Kondomgebrauch ebenfalls: Mehr als 85% aller jungen Männer und Frauen in der Altersgruppe 15–24 Jahre haben gemäß einer Umfrage noch nie ein Kondom benutzt (WHO, 2005b).

West- und Zentralafrika

Die nationale HIV-Prävalenz unter Erwachsenen ist in **Westafrika** weiterhin sehr viel niedriger als in anderen Teilen Afrikas südlich der Sahara. Die nationale HIV-Prävalenz unter Erwachsenen beträgt nur in der **Elfenbeinküste** mehr als 4% und liegt in einigen anderen Ländern bei 2% oder darunter, besonders in den Ländern der Sahelzone. Wie in den meisten Teilen Ostafrikas sind die Trends der HIV-Infektion relativ stabil, wenn auch unter den schwangeren Frauen in einigen Städten, wie zum Beispiel Ouagadougou (**Burkina Faso**), Abidjan (**Elfenbeinküste**) und Lomé (**Togo**), eine sinkende Prävalenz zu beobachten war (WHO, 2005).

Nur in Indien und Südafrika leben mehr Menschen mit HIV als in **Nigeria**, wo im Jahr 2005 schätzungsweise 2,9 Millionen [1,7 Millionen–4,2 Millionen] Menschen mit dem Virus lebten (UNAIDS, 2006). Im Jahr 2005 kam es bei schätzungsweise 300.000 Erwachsenen zu HIV-Neuinfektionen. Wenn die verbesserten Voraussetzungen zum Erhalt der aktuellen Schätzung der HIV-Prävalenz unter schwangeren Frauen auf die früheren Stichprobenuntersuchungen angewandt werden, scheint der allgemeine Trend für HIV-Infektionen unter schwangeren Frauen in Nigeria relativ stabil zu sein. Auf nationaler Ebene wurde im Jahr 2005 bei ungefähr 4,4% [4,2%–4,6%] der Frauen, die eine Schwangerschaftsvorsorgeklinik aufsuchten, eine HIV-Infektion festgestellt, doch in fast einem Dutzend der nigerianischen Bundesstaaten überstieg die Prävalenz unter Schwangeren die Marke von 5%. Die Epidemie zeigt erhebliche Unterschiede: Die Prävalenz in den einzelnen Bundesstaaten reicht von 10% in Benue (im Norden) und 8% in Akwa Imbom (im äußersten Süden) bis zu unter 2% in Ekiti, Oyo (beide im Südwesten) und in Jigawa (im Nordwesten). In einigen Bundesstaaten ist die HIV-Prävalenz unter schwangeren Frauen in ländlichen Gebieten höher als in städtischen Gebieten, während in anderen Bundesstaaten die umgekehrte Situation zu finden ist. Es sind weitere Forschungsstudien erforderlich, um ein besseres Verständnis für diese unterschiedlichen Muster zu entwickeln (Federal Ministry of Health Nigeria, 2006).

In **Senegal** liegt die nationale HIV-Prävalenz unter Erwachsenen weiterhin bei knapp unter 1% [0,4%–1,5%] (UNAIDS, 2006), wenn auch die Infektionsraten unter Erwachsenen in den Regionen Ziguinchor und Kolda im Süden mehr als doppelt so hoch sind (2,2% beziehungsweise 2%) (Centre de recherche pour le Développement Humain et MEASURE DHS+, 2005). Sexarbeit scheint noch immer einer der Hauptfaktoren der Epidemie in Senegal zu sein, die HIV-Prävalenz unter den Sexarbeitern und -arbeiterinnen in Ziguinchor liegt zum Beispiel bei 30%. Es besteht weiterhin die Gefahr, dass HIV sich von den Sexarbeitern und -arbeiter-

⁴ Die Unterschiede zwischen den HIV-Schätzungen auf der Grundlage der Daten aus Schwangerschaftsvorsorgekliniken und den in dieser bevölkerungsbasierten Studie genannten Schätzungen scheinen in erster Linie auf die eingeschränkte Abdeckung der Schwangerschaftsvorsorge in Äthiopien und Unterschiede in der geographischen Abdeckung der beiden Überwachungssysteme zurückzuführen zu sein. Es ist wichtig, darauf hinzuweisen, dass die HIV-Prävalenz in der bevölkerungsbasierten Umfrage unter Frauen, die eine Schwangerschaftsvorsorge in Anspruch genommen hatten, gleich hoch war – 3,5% – wie die Prävalenzschätzung, die sich aus den Daten aus der Schwangerschaftsvorsorge direkt ergab (Central Statistical Agency und ORC Macro, 2006).

innen und ihren Kunden auf die allgemeine Bevölkerung ausdehnt (Gomes do Espirito Santo und Etheredge, 2005).

Forschungen haben einen vorher nicht sichtbaren Aspekt der Epidemie in Senegal aufgedeckt: die Rolle des Sex unter Männern als Risikofaktor für eine HIV-Infektion. Eine Studie, die in fünf städtischen Gebieten durchgeführt wurde (Dakar, Kaolack, Mbour, Saint-Louis und Thiés), stellte eine HIV-Prävalenz von 22% unter Männern, die Sex mit Männern haben, fest, von denen die meisten (94%) angaben, dass sie auch Sex mit Frauen haben (Wade et al., 2005). Diese Gruppe von Männern, die Sex mit Männern haben, könnte als potenzielle HIV-Übertragungsbrücke an Frauen dienen, die normalerweise nur einem geringen Infektionsrisiko ausgesetzt wären. Nur ungefähr die Hälfte der in der Studie befragten Männer gab an, dass sie beim Sex mit Männern oder Frauen im vorangegangenen Monat Kondome benutzt hatte (Wade et al., 2005).

Es gibt Anzeichen für einen Rückgang der HIV-Prävalenz in den städtischen Gebieten von Burkina Faso, der Elfenbeinküste und Ghana, die Epidemie in Mali hingegen scheint sich zu verstärken.

Die HIV-Epidemie in **Mali** ist, nachdem sie über viele Jahre hinweg stabil war, nun möglicherweise wieder im Wachstum begriffen. Ein Vergleich der Daten aus Erhebungsorten mit konsistenten Daten für den Zeitraum 2002–2005 zeigt einen Anstieg der HIV-Prävalenz bei schwangeren Frauen von 3,3% im Jahr 2002 auf 4,1% in den Jahren 2003 und 2005. In ähnlicher Weise sind auch die HIV-Infektionen bei 15–19 Jahre alten schwangeren Frauen gestiegen (von 2,5% im Jahr 2002 auf 3,4% im Jahr 2005), ebenso wie die Neuinfektionen bei Schwangeren über 35 Jahre (von 1,5% im Jahr 2002 auf 4,5% im Jahr 2005). Normalerweise sollten die Infektionen bei etwas älteren Frauen höher sein, da sie länger sexuell aktiv sind und damit einer höheren Infektionswahrscheinlichkeit ausgesetzt waren. Insgesamt gesehen ist die HIV-Prävalenz in der Region Ségou am höchsten, wo bei 5,1% der schwangeren Frauen im Jahr 2005 eine HIV-Infektion festgestellt wurde – dies ist ein deutliches Zeichen, dass sich in diesem

großen Land starke lokale Epidemien entwickeln (Ministère de la Santé Mali, 2005).

Guinea erlebt eine der kleineren AIDS-Epidemien in Afrika südlich der Sahara. Die HIV-Prävalenz unter Erwachsenen wurde im Jahr 2005 auf 1,5% [1,2%–1,8%] geschätzt, und es lebten ungefähr 85.000 [69.000–100.000] Menschen mit HIV. Die neueste nationale Haushaltsumfrage zeigt, dass die HIV-Infektionszahlen in städtischen Gebieten am höchsten sind, zum Beispiel übersteigt die HIV-Prävalenz in der Hauptstadt Conakry die Marke von 2% unter Erwachsenen (Direction Nationale de la Statistique Guinée and ORC Macro, 2006).

Neue HIV-Daten für die **Elfenbeinküste** liegen noch nicht vor, da ein Bürgerkrieg die HIV-Überwachung und wahrscheinlich auch die Präventionsarbeit behindert hat. Die verfügbaren HIV-Daten deuten darauf hin, dass die Epidemie relativ stabil, doch sehr schwerwiegend ist. Mindestens 4% der Erwachsenen lebten im Jahr 2005 mit HIV (UNAIDS, 2006). Die HIV-Daten für **Togo** deuten ebenfalls auf eine schwerwiegende Epidemie hin, hier sind die Regionen Maritime, Plateaux und Savanes sowie die Hauptstadt Lomé am stärksten betroffen (WHO, 2005). Mindestens 7% der Frauen, die Schwangerschaftsvorsorgekliniken in diesen Landesteilen aufsuchten, wurden HIV-positiv getestet (WHO, 2005; Ministère de la Santé Togo, 2004). Die Gesamt-HIV-Prävalenz unter Erwachsenen wurde auf 3,2% [1,9–4,7%] geschätzt. Nahezu 110.000 [65.000–160.000] Menschen lebten im Jahr 2005 mit HIV (UNAIDS, 2006).

Im Nachbarstaat **Benin** gibt es eine kleinere Epidemie mit ca. 87.000 [57.000–120.000] Menschen, die im Jahr 2005 mit HIV lebten, und einer geschätzten HIV-Prävalenz unter Erwachsenen von 1,8% [1,2%–2,5%] (UNAIDS, 2006). In den wenigen städtischen Erhebungsorten mit Daten, die bis in die Mitte der 1990er Jahre zurückreichen, ist seit 2000 ein rückläufiger Trend für HIV-Infektionen zu beobachten. Die HIV-Prävalenz fiel von ca. 4% (2001) auf unter 2% (2005). Gleichzeitig wurde ein höherer Anteil von HIV-Infektionen (zwischen 3% und mehr als 5%) unter Frauen festgestellt, die die Schwangerschaftsvorsorgekliniken sowohl in den städtischen als auch in den ländlichen Teilen der Departements Atlantique und Mono aufsuchten. Insgesamt gesehen scheint

die Epidemie in Benin jedoch stabil zu sein. Die HIV-Prävalenz unter den Patienten der Schwangerschaftsvorsorgekliniken liegt seit 2003 im Bereich 1,8% bis 2,2% (Ministère de la Santé Bénin, 2006; Alary et al., 2002).

Im benachbarten **Ghana**, wo die HIV-Prävalenz unter Erwachsenen im Jahr 2005 auf 2,3% [1,9%–2,6%] geschätzt wurde (UNAIDS, 2006), gibt es Anzeichen dafür, dass die Epidemie auf dem Rückzug ist. Nach einem stetigen Anstieg auf einen Höchstwert von 3,6% im Jahr 2003 sind die HIV-Infektionszahlen unter Frauen, die Schwangerschaftsvorsorgekliniken aufsuchten, in der Folge auf 3,1% im Jahr 2004 und 2,7% im Jahr 2005 zurückgegangen (National AIDS/STI Control Programme, 2006). Die nationale Umfrage 2003 ergab, dass im Gegensatz zu den meisten Ländern in Afrika südlich der Sahara die HIV-Prävalenz in Ghana insgesamt nur geringe Unterschiede zwischen der städtischen und ländlichen Bevölkerung aufweist: 2,3% im Vergleich zu 2,0% (Ghana Statistical Service, Noguchi Memorial Institute for Medical Research, ORC Macro, 2004). Gleichzeitig gibt es regionale Unterschiede in der Ausbreitung von HIV, die Prävalenz unter schwangeren Frauen reicht von 1,2% in der nördlichen Region bis zu 4,7% in der östlichen Region (National AIDS/STI Control Programme, 2006).

Die Prävalenz der HIV-Infektionen ist besonders stark unter älteren Ghanaern, bei Frauen in der Altersgruppe 35–39, bei Männern in der Altersgruppe 40–44 Jahre (Akwaru et al., 2005). Unter schwangeren Frauen wurden jedoch die meisten HIV-Fälle in der Altersgruppe 25–34 Jahre festgestellt (National AIDS/STI Control Programme, 2006). Wie in zahlreichen anderen Ländern auch scheint die Ehe ein signifikanter Risikofaktor für Frauen in Ghana zu sein, während die Mobilität ein starker Risikofaktor für Männer ist (Akwaru et al., 2005). Verheiratete Frauen sind mit dreimal höherer Wahrscheinlichkeit HIV-infiziert als Frauen, die niemals verheiratet waren (Ghana Statistical Service, Noguchi Memorial Institute for Medical Research, ORC Macro, 2004).

Forschungsstudien in drei Gefängnissen in Nsawan und Accra in Ghana haben eine hohe HIV-Prävalenz unter den Insassen (19%) und den Vollzugsbeamten (8,5%) festgestellt, die von der Studie erfasst waren. Der geringe Untersuchungsumfang mag zu einer

Überschätzung der HIV-Prävalenz geführt haben, doch die Ergebnisse deuten darauf hin, dass HIV-Ausbrüche in diesen Gefängnissen möglich sind. Insgesamt gesehen hatte ein Drittel aller männlichen Insassen, die sich an der Studie beteiligt haben, Sex mit anderen Männern (innerhalb und außerhalb des Gefängnisses), während ein kleiner Prozentsatz der Insassen angab, Drogen zu spritzen. Hauttätowierungen sind möglicherweise auch ein Grund für die HIV-Übertragung in Gefängnissen. Anscheinend haben sich viele der HIV-infizierten Insassen im Gefängnis mit dem Virus infiziert, und auch wenn die Mehrzahl von ihnen bereits seit ungefähr zehn Jahren inhaftiert war, hatte keiner das symptomatische Stadium von AIDS erreicht, was auf eine relativ frische Infektion hinweist (Adjei et al., 2006).

Nördlich von Ghana in **Burkina Faso** gibt es ebenfalls Anzeichen für einen Rückgang der HIV-Prävalenz. Die HIV-Prävalenz unter Erwachsenen verblieb auf einem Niveau von schätzungsweise 2% [1,5%–2,5%] (UNAIDS, 2006). Unter jungen Frauen (Altersgruppe 15–24 Jahre), die Schwangerschaftsvorsorgekliniken in städtischen Gebieten aufsuchten, fielen die HIV-Infektionsraten im Zeitraum 2001–2003 um die Hälfte auf unter 2%, während gleichzeitig die nationalen Umfragedaten Hinweise dafür liefern, dass mehr und mehr Bürger von Burkina Faso sich selbst und ihre Sexualpartner gegen eine mögliche HIV-Infektion schützen (Présidence du Faso, 2005; Institut National de la Statistique et de la Démographie and ORC Macro, 2004). Der Süden und der Westen des Landes einschließlich der Provinz Poni, wo die HIV-Prävalenz unter Erwachsenen im Jahr 2003 3,7% betrug, sind wesentlich stärker von der Epidemie betroffen als die östlichen Regionen (Institut National de la Statistique et de la Démographie and ORC Macro, 2004).

Im dünn besiedelten **Tschad** stellte eine neue nationale HIV-Studie fest, dass die HIV-Prävalenz unter Erwachsenen bei 3,3% liegt. In den fünf größten Städten des Landes lebten mehr als 6% der Erwachsenen mit HIV, und in der Hauptstadt N'Djamena betrug die Prävalenz 8%. Es gibt noch ein beträchtliches Potenzial zur Verbesserung der HIV-Prävention. Weniger als ein Zehntel (8%) der Männer und Frauen gaben an, dass sie beim letzten Sex ein Kondom benutzt hatten, und ca. 4% der Männer und 2% der Frauen gaben an, dass sie irgendwann Sex gegen Geld ausgetauscht hatten – aber nur die Hälfte

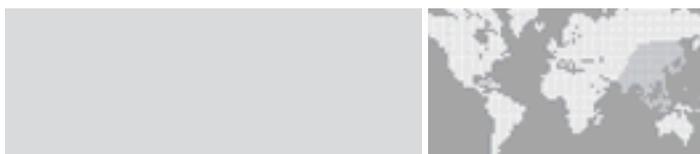
von ihnen hatte dabei ein Kondom benutzt. Das Grundwissen über HIV ist schlecht: Nur ein Viertel aller Männer und Frauen weiß, wie die sexuelle Übertragung von HIV verhindert werden kann, und kann Falschaussagen über das Virus identifizieren (République du Tchad, 2005).

Unvollständige HIV-Daten machen es in den meisten Ländern Zentralafrikas schwierig, klare Trends zu erkennen, doch **Kamerun** und die **Republik Zentralafrika** scheinen am schlimmsten betroffen zu sein. In der Republik Zentralafrika lebten im Jahr 2005 fast 11% [4,5–17,2%] der Erwachsenen (im Alter von 15–49 Jahren) mit HIV (UNAIDS, 2006), während die HIV-Prävalenz in Kamerun 5% [4,9%–5,9%] überstieg (UNAIDS, 2006). Die Infektionszahlen sind am höchsten im Nordwesten und in den östlichen Regionen (fast 9%) und am niedrigsten im Norden von **Kamerun** (2% und weniger) (Institut National de la Statistique et de la Démographie and ORC Macro, 2005b). Gemäß einer demographischen Umfrage aus dem Jahr 2005 war die Prävalenz unter erwachsenen Frauen fast doppelt so hoch wie unter erwachsenen Männern (Altersgruppe 15–49 Jahre: 6,8% im Vergleich zu 4,1%). Die Umfrage stellte fest, dass viele Menschen sich des Problems AIDS bewusst sind, doch nur wenige umfassendes Wissen über HIV haben: Mehr als ein Drittel der Frauen kannte die Methoden zur Verhinderung der sexuellen Übertragung des HI-Virus nicht (Institut National de la Statistique et de la Démographie and ORC Macro, 2004).

In der **Demokratischen Republik Kongo** lebten im Jahr 2005 Schätzungen zufolge eine Million [560.000–1,5 Millionen] Menschen, darunter mehr als 100.000 [40.000–270.000] Kinder unter 14 Jahren, mit HIV (UNAIDS, 2006). Für zahlreiche Landesteile sind jedoch keine HIV-Überwachungsdaten verfügbar. Im

Westen des Landes, in der kleinen und weniger bevölkerungsreichen **Republik Kongo**, lebten im Jahr 2005 ungefähr 120.000 [75.000–160.000] Menschen mit HIV (UNAIDS, 2006). Im Jahr 2005 waren 4,9% der Frauen, die die Schwangerschaftsvorsorgekliniken aufsuchten, mit dem HI-Virus infiziert. Die Prävalenz unter schwangeren Frauen schwankte jedoch stark – zwischen nur 2% in Djambala einerseits und 9% in Sibitiuand sowie 10% in Gamboma andererseits. In der Hauptstadt Brazzaville waren ungefähr 4% der Patientinnen der Schwangerschaftsvorsorgekliniken HIV-infiziert (Ministère de la Santé et de la Population République du Congo, 2005).

Insgesamt gesehen zeigen sich in den HIV-Epidemien in Afrika südlich der Sahara unterschiedliche Trends. Es gibt klare Hinweise auf einen Rückgang oder eine Stabilisierung der HIV-Ausbreitung in den meisten ost- und westafrikanischen Ländern, mit Anzeichen für sich ausweitende Epidemien in einigen Ländern. Im südlichen Afrika zeigt nur Simbabwe Anzeichen eines starken Rückgangs der nationalen HIV-Prävalenz. In mehreren anderen Ländern – darunter auch Südafrika – zeigen sich noch keinerlei Anzeichen für eine Abschwächung der Epidemien.



ASIEN

Im Jahr 2006 lebten in Asien schätzungsweise 8,6 Millionen [6,0 Millionen–13,0 Millionen] Menschen mit HIV, darunter 960.000 [640.000–2,5 Millionen] Menschen, die sich im letzten Jahr neu infizierten. Ungefähr 630.000 [430.000–900.000] Menschen starben im Jahr 2006 an Krankheiten, die mit AIDS in Zusammenhang standen. Die Anzahl der Menschen, die eine antiretrovirale Therapie erhielten, hat sich seit dem Jahr 2003 nahezu verdreifacht und stieg bis Juni 2006 auf schätzungsweise 235.000 [180.000–290.000]. Dies entspricht etwa 16% der Menschen in Asien, die eine antiretrovirale Behandlung benötigen. Nur **Thailand** ist es gelungen, mindestens 50% der bedürftigen Menschen mit der entsprechenden Behandlung zu versorgen (WHO/UNAIDS, 2006).

China

Ende 2005 lebten in **China** schätzungsweise 650.000 [390.000–1,1 Millionen] Menschen mit HIV (Ministry of Health China, UNAIDS, WHO, 2006, UNAIDS, 2006). Zwar wurden HIV-Infektionen in allen Provinzen dieses großen Landes festgestellt, doch die meisten Fälle werden aus den Provinzen Henan, Yunnan, Guangxi, Xinjiang und Guangdong gemeldet, wohingegen die Provinzen Ningxia, Qinghai und Tibet bisher anscheinend von HIV-Ausbrüchen weitgehend verschont geblieben sind (Ministry of Health China, UNAIDS, WHO, 2006).

Die in China durch den intravenösen Drogenkonsum verbreitete HIV-Epidemie hat inzwischen alarmierende Ausmaße angenommen. Die Epidemie hat in den ländlichen Gebieten begonnen und sich erst später auf die Städte ausgeweitet – ein sehr ungewöhnliches

Entwicklungsmuster (Zhao et al., 2006). Nahezu die Hälfte (44%) der Menschen in China, die mit HIV leben, haben sich Annahmen zufolge über das Spritzen von Drogen infiziert (Ministry of Health China, UNAIDS, WHO, 2006; Lu et al., 2006), und nahezu 90% der so erworbenen HIV-Infektionen sind auf sieben Provinzen konzentriert (Yunnan, Xinjiang, Guangxi, Guangdong, Guizhou, Sichuan und Hunan) (Ministry of Health China, UNAIDS, WHO, 2006). Berichten zufolge hat die Hälfte aller DrogenkonsumentInnen (49%) irgendwann nicht steriles Drogenbesteck benutzt (China State Council AIDS Working Committee and UN Theme Group on HIV/AIDS in China, 2004). Aus diesem Grund ist es nicht überraschend, dass die HIV-Prävalenz unter Menschen mit intravenösem Drogenkonsum in Teilen der Provinzen Xinjiang, Yunnan und Sichuan die 50%-Marke überschritten hat (Mingjian et al., 2006; Ministry of Health China, UNAIDS, WHO, 2006; MAP, 2005a) oder dass die HIV-Prävalenz unter diesen DrogenkonsumentInnen so plötzlich einen starken Anstieg erfahren hat (zum Beispiel in der Provinz Sichuan, wo die Prävalenz unter den intravenös spritzenden DrogenkonsumentInnen in den Städten im Zeitraum 2002–2004 von 18% auf 22% gestiegen ist) (Zhang et al., 2006).

Die Hälfte der HIV-Neuinfektionen in China im Jahr 2005 war auf ungeschützten Sex zurückzuführen. HIV breitet sich langsam von den Risikogruppen auf die allgemeine Bevölkerung aus. Die Zahl der HIV-Infektionen unter Frauen steigt.

Nach dem Start des ersten Projektes zum Austausch von Spritzen und Nadeln im Jahr 1999 hat China ähnliche Projekte in 18 Provinzen gestartet, und im Jahr 2006 gab es bereits 92 solcher Projekte. Die positiven Ergebnisse werden jetzt allmählich sichtbar. Daten, die an sechs Zentren erhoben wurden, an denen Spritzen ausgetauscht werden konnten, zeigen, dass der Einsatz nicht steriler Nadeln, der zu Beginn des Projektes zwischen 27% und 79% lag, Ende des Jahres 2005 auf 12% bis 56% zurückgegangen war (Wu et al., 2006). In einer Nadel- und Sprizentauschstation in der Provinz Hunan sank der Anteil der DrogenkonsumentInnen, die Nadeln teilten, von 43% im Jahr 2003 auf 23% im Jahr 2005, und gleichzeitig war eine Vervierfachung des Wissens über HIV zu beobachten (von 21% auf 80%). Leider treffen die Schadensbegrenzungsprojekte immer noch auf große Widerstände in den Provinzen oder bei den Gebietskörperschaften. Und so gibt es in China von Ort zu Ort große Unterschiede in der Art und Qualität der Reaktion auf das Problem

HIV (Qian et al., 2006). Parallel zum Ausbau der Anzahl der Methadon-Kliniken und der Spritzenaustauschzentren muss das Wissen über HIV unter den DrogenkonsumentInnen und ihren Partnern erhöht werden: Eine Studie unter DrogenkonsumentInnen in der Provinz Yunnan stellte zum Beispiel fest, dass ein Fünftel von ihnen nicht wusste, dass das gemeinsame Benutzen von Nadeln das Risiko einer HIV-Übertragung mit sich bringt (Christian et al., 2006).

Sexuelles Risikoverhalten unter DrogenkonsumentInnen erhöht die Wahrscheinlichkeit der Ausbreitung von HIV unter DrogenkonsumentInnen innerhalb dieser Gruppe und über diese Gruppe hinaus (Zhao et al., 2006). Nationale Erhebungsdaten deuten an, dass bis zu 11% der DrogenkonsumentInnen auch ein hohes sexuelles Risikoverhalten an den Tag legen (Ministry of Health China, UNAIDS, WHO, 2006). Mehr als ein Drittel der sexuell aktiven DrogenkonsumentInnen, die an einer Studie teilnahmen, sagten aus, dass sie nicht

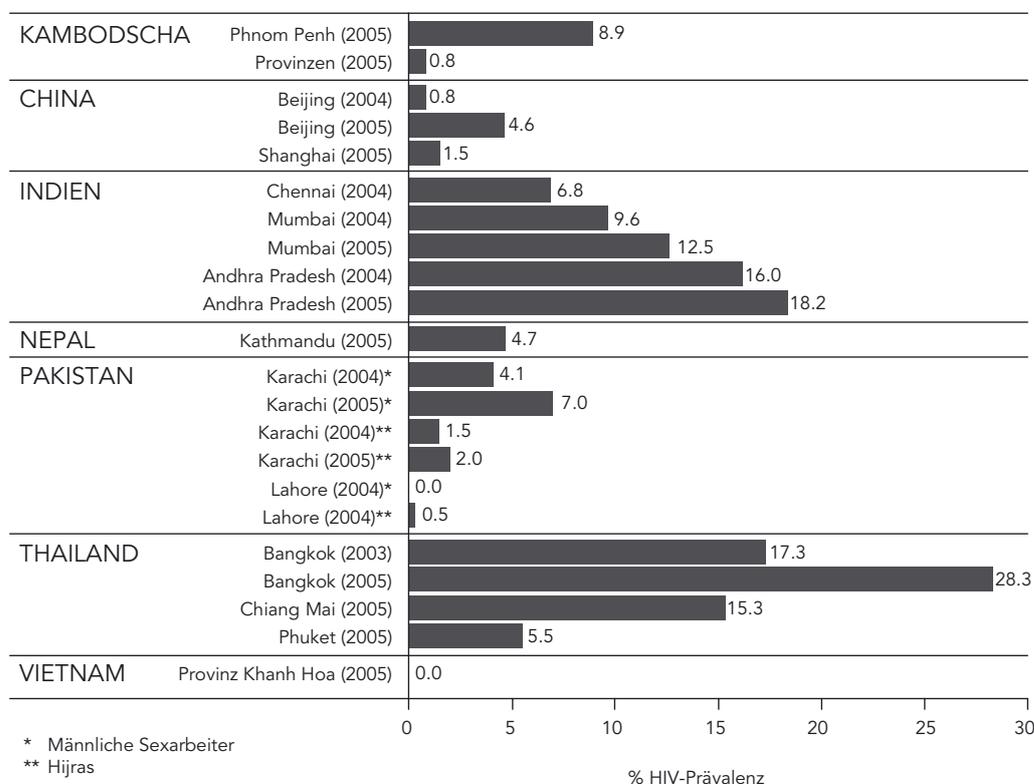
MIGRATION UND HIV-RISIKO IN CHINA

Es gibt weitreichende Spekulationen über den Einfluss großer Migrations- und Wanderungsbewegungen in der Bevölkerung auf die Entwicklung der Epidemie in China. Es wird weithin angenommen, dass männliche Migranten mit einer höheren Wahrscheinlichkeit SexarbeiterInnen aufsuchen und sich und ihre anderen SexualpartnerInnen so einem Risiko aussetzen, sich mit HIV oder anderen sexuell übertragbaren Infektionen zu infizieren. Annahmen, dass MigrantInnen einen großen Anteil an der Epidemie in China stellen, beruhen auf der hohen Anzahl von MigrantInnen (schätzungsweise 120–150 Millionen), auf Belegen für die Verbindung zwischen Migration und HIV aus MigrantInnenstudien in anderen Ländern (besonders im südlichen Afrika) (Lurie et al., 1997; Lurie et al., 2003) sowie auf HIV-Surveillancedaten unter MigrantInnen in einigen Städten (Hesketh et al., 2006).

In China scheinen sich die Erwartungen zu bestätigen. In Suining und Luzhou (Provinz Sichuan) sind die Kunden von Sexarbeitern und -arbeiterinnen mehrheitlich ArbeitsmigrantInnen, die häufig Sex kaufen (durchschnittlich elfmal in den letzten sechs Monaten) und dazu neigen, nicht regelmäßig Kondome zu benutzen (nur 36% benutzten beim letzten bezahlten Sex ein Kondom) (Wan and Zhang, 2006). In einer älteren Studie (2002) in Peking, Nanjing und Shanghai sagte ein Zehntel der männlichen MigrantInnen, dass sie irgendwann für Sex bezahlt hatten (Wang et al., 2006).

Verallgemeinerungen sollten jedoch vermieden werden. Die Situation ist nicht überall im Land gleich, besonders in den Teilen Chinas, wo eine bedeutende Anzahl von MigrantInnen mit PartnerInnen unterwegs ist. In der ersten Studie in dieser Population chinesischer Arbeiter und MigrantInnen in der Hauptstadt der Provinz Zhejiang, Hangzhou, wurde keine HIV-Infektion festgestellt. Es gibt mehrere mögliche Gründe für dieses Ergebnis. Bis zur Hälfte der ArbeitsmigrantInnen in China ist weiblich und mit geringer Wahrscheinlichkeit an bezahltem Sex interessiert. In Teilen des Landes zieht ein großer Teil der MigrantInnen mit PartnerInnen durch das Land – dies traf auf ein Drittel der ArbeitsmigrantInnen in der Hangzhou-Studie zu. Zahlreiche MigrantInnen haben sich anscheinend auch ihre relativ konservativen, traditionellen Einstellungen zu Gelegenheitssex bewahrt (Hesketh et al., 2006).

HIV-Prävalenz unter Männern, die Sex mit Männern haben, in ausgewählten Teilen Asiens, 2003–2005



Quellen: [XVI International AIDS Conference abstracts, 2006] – (Cambodia) M.Phalkun, et al. HIV, sexually transmitted infections, related risk behaviour among Cambodian men who have sex with men; (China) X.Ma, et al. Possible rise in HIV prevalence among men who have sex with men in Beijing; (India) S.Kumta et al. Sociodemographics, sexual risk behaviour and HIV among men who have sex with men attending voluntary counselling and testing services in Mumbai, India; Sravankumar K, Prabhakar P, Mythri/STI/HIV Study Group. High risk behaviour among HIV positive and negative men having sex with men (MSM) attending Myrthi clinics in Andhra Pradesh, India; (Nepal) L.B. Acharya, et al. HIV and STI prevalence among MSM in Kathmandu, Nepal; (Pakistan) A. Altaf, et al. Behavioral characteristics of male and eunuch (hijra) sex workers in Karachi, Pakistan; (Thailand) F. van Griensven, et al. Surveillance of HIV prevalence among populations of men who have sex with men in Thailand, 2003–2005; (Viet Nam) M. Truong Tan, et al. HIV risk behavior and prevalence among MSM in Khanh Hoa province, Viet Nam.
National Study of Reproductive Tract and Sexually Transmitted Infections. Survey of High Risk Groups in Lahore and Karachi, 2005. National AIDS Control Program, DFID and FHI. (Pakistan); NACO, 2004; Andhra Pradesh State AIDS Control Society (2004). 8th round of national annual sentinel surveillance for HIV, Andhra Pradesh. Hyderabad, APSACS. (India)

Abbildung 5

sterile Nadeln benutzten, doch nur 4% dieser Gruppe benutzten konsequent Kondome mit ihren festen Sexualpartnern und -partnerinnen (Liu et al., 2006). In der Provinz Yunnan gaben zwei Drittel der DrogenkonsumentInnen (die in Entgiftungskliniken gemeldet waren) an, dass sie beim käuflichen Sex im letzten Monat kein Kondom benutzt hatten, und mehr als die Hälfte sagte, dass sie noch nie ein Kondom gekauft hatten (Christian et al., 2006).

Zahlreiche männliche Drogenkonsumenten kaufen Sex, und die Hälfte der weiblichen Drogenkonsumenten verkauften gelegentlich oder regelmäßig Sex (Liu et al., 2006; Yang et al., 2005). In einigen Provinzen (wie zum Beispiel Sichuan) spritzt ein kleiner, doch bedeutender Prozentsatz der Sexarbeiterinnen Drogen und hat mehr als einen Kunden, benutzt jedoch

weniger häufig Kondome als ihre nicht drogenabhängigen Kolleginnen (MAP, 2005a; MAP, 2005b).

Mangelndes Wissen über HIV und ein hoher Anteil an ungeschütztem Sex bedeuten, dass Sexarbeiterinnen, die keine Drogen konsumieren, ebenfalls einem hohen Risiko einer HIV-Infektion ausgesetzt sind. Nur ein Drittel aller in Bordellen arbeitenden Sexarbeiterinnen, die im Bezirk Yingjian in der Provinz Yunnan untersucht wurden, benutzte zum Beispiel konsequent Kondome mit den Kunden, und ein Fünftel sagte aus, dass sie *noch nie* ein Kondom benutzt hatten (Hesketh et al., 2005). Nach einer anderen Studie in der Provinz Yunnan war ein Fünftel aller Sexarbeiterinnen HIV-infiziert (Wang, Yang et al., 2006). Auch Gewalt gibt Anlass zur Sorge: Nach einer neuen

Studie gaben 49% der Sexarbeiterinnen an, dass sie sexuell genötigt wurden, und es gab eine starke Korrelation zwischen einem starken Auftreten von Gewalt und sexuell übertragenen Infektionen (Choi SY, 2006). Aus diesem Grund hat sich die HIV-Prävalenz gemäß den Daten einer Erhebung unter Sexarbeiterinnen während des letzten Jahrzehnts allgemein stark von 0,02% im Jahr 1994 auf knapp unter 1% (0,93%) im Jahr 2004 erhöht (Ministry of Health China, UNAIDS, WHO, 2006).

Geeignete Interventionen zur Senkung des Risikos der HIV-Übertragung durch bezahlten Sex können die Situation stark beeinflussen, besonders, wenn sie in Kooperation zwischen den Gesundheitsbehörden, der Polizei und den Geschäftsführern von Bordellen und ähnlichen Einrichtungen umgesetzt werden. Drei Jahre nach Einführung eines Programms zum 100%igen Kondomgebrauch im Bezirk Li in der Provinz Hunan vervierfachte sich der Kondomgebrauch nach eigenen Aussagen nahezu (er stieg von 24% im Jahr 2003 auf 88% im Jahr 2005), und die Anzahl der gemeldeten sexuell übertragenen Infektionen sank um fast zwei Drittel (von 523 auf 192) (Chen Y et al., 2006). Das rechtliche, polizeiliche und betriebliche Umfeld muss jedoch gezielt zusammenarbeiten, wenn solche Ergebnisse in größerem Maßstab erzielt werden sollen.

Inzwischen gibt es mehr Informationen über die Rolle von Sex unter Männern in der Epidemie in China. Heute geht man davon aus, dass ca. 7% der HIV-Infektionen in China durch ungeschützten Sex unter Männern übertragen wurde (Lu et al., 2006). Neuere Studien enthüllen ein hohes Maß an Sex unter Männern und belegen, dass zahlreiche Männer, die Sex mit Männern haben, auch Sex mit Frauen haben (17% – 41%) oder Sex verkaufen (17%) (Jiang al., 2006; Xu et al., 2006; Liu, Wang et al., 2006). In einer Studie in der Provinz Jiangsu gab zum Beispiel fast die Hälfte der Männer, die Sex mit Männern haben, an, dass sie in den letzten drei Monaten ungeschützten Analverkehr hatten. Keiner war HIV-positiv, doch die Prävalenz anderer sexuell übertragbarer Infektionen war hoch (7% hatten Syphilis und 8% hatten HSV-2) (Jiang et al., 2006). Durch dieses Verhalten kann sich HIV schnell ausbreiten, wenn es sich einmal etabliert hat. Ein solcher Trend hat in einigen Städten möglicherweise schon begonnen. In Peking wurde in zwei Studien unter Männern, die Sex

mit Männern haben, eine HIV-Prävalenz von 3% beziehungsweise 4,6% festgestellt (Choi KH et al., 2006; Ma et al., 2006). Ein Fünftel der Männer, die an einer dieser Studien (im Jahr 2005) teilgenommen haben, hatten niemals vorher etwas von HIV gehört, und mehr als zwei Drittel gaben an, dass sie in den letzten sechs Monaten ungeschützten Sex hatten (Ma et al., 2006). In Shanghai wurde in einer Studie 2004–2005 eine HIV-Prävalenz von 1,5% unter Männern festgestellt, die Sex mit Männern haben (Choi K et al., 2006).

Schwere Epidemien unter Männern, die Sex mit Männern haben, zeigten sich in Kambodscha, China, Indien, Nepal, Pakistan, Thailand und Vietnam.

Insgesamt wird geschätzt, dass die Hälfte der HIV-Neuinfektionen in China im Jahr 2005 auf ungeschützten Sex zurückzuführen ist. Mit der allmählichen Ausbreitung von HIV von den Risikogruppen auf die allgemeine Bevölkerung nimmt auch die Anzahl der HIV-infizierten Frauen zu (Ministry of Health China, UNAIDS, WHO, 2006). Bis zum Jahr 2004 machten Frauen bereits einen Anteil von 39% aller gemeldeten HIV-Fälle aus (im Vergleich zu 25% zwei Jahre früher). Die neuesten Analysen der HIV-Testergebnisse unter 138.000 schwangeren Frauen in fast der Hälfte der Bezirke in der Provinz Yunnan besagten, dass 0,3% HIV-positiv sind, die Prävalenz reichte jedoch von 0% bis zu 1,6% in bestimmten Bezirken (Zhang, Hu, Hesketh, 2006). In Teilen der Provinzen Henan und Xinjiang wurde unter schwangeren Frauen und Frauen, die einem vorehelichen und klinischen HIV-Test unterzogen wurden, eine HIV-Prävalenz von mehr als 1% festgestellt (Ministry of Health China, UNAIDS, WHO, 2006). Dies deutet darauf hin, dass sich das Virus in einigen Orten ungehindert ausbreitet.

In der Zwischenzeit schreitet die Epidemie unter ehemaligen Blut- und Plasmaspendern in Provinzen wie zum Beispiel Anhui, Hebei, Henan, Hubei und Shanxi weiter fort (Cohen, 2004), auch wenn sich HIV nicht so dramatisch in die allgemeine Bevölkerung hinein ausgebreitet hat, wie dies befürchtet wurde (Mastro und Yip, 2006). Unter Dorfbewohnern in einem

Bezirk in der Provinz Shanxi (wo die meisten HIV-Infektionen auf Blut- und Plasmaspenden zurückzuführen waren) betrug die Gesamt-HIV-Prävalenz im Jahr 2004 1,3%. Die Infektionen schienen jedoch auf die ehemaligen Spender konzentriert (4,1% von ihnen waren HIV-positiv), und nur 0,1% der Dorfbewohner, die keine Spender waren, wurden HIV-positiv getestet (Wang, Jia et al., 2006). Solche Trends werden auf die eingeschränkten sexuellen Netzwerke in bestimmten ländlichen Bevölkerungsgruppen zurückgeführt (Mastro und Yip, 2006). Eine andere Situation findet sich in Dörfern des ländlichen Gebiets Anhui, wo 15% der ehemaligen Plasmaspender HIV-infiziert waren, aber auch 5% der Einwohner, die niemals Plasma gespendet hatten. Die meisten von ihnen hatten sich wahrscheinlich durch ungeschützten Sex mit HIV-positiven Ehepartnern oder Gelegenheitspartnern infiziert (Ji et al., 2006). Ungefähr 69.000 ehemals kommerzielle Blut- und Plasmaspender und -empfänger lebten im Jahr 2005 mit dem HI-Virus (Ministry of Health China, UNAIDS, WHO, 2006).

Wenn auch die Maßnahmen gegen eine weitere Ausbreitung von HIV in China in den letzten Jahren deutlich verstärkt wurden, bleiben noch zahlreiche grundlegende Bereiche, in denen Verbesserungen notwendig sind. Die HIV-Aufklärungsarbeit ist noch unzureichend (auch unter politischen Führungskräften verschiedener Ebenen), und die Stigmatisierung bleibt ein großes Problem (Ministry of Health China, UNAIDS, WHO, 2006). Fast ein Drittel (30%) der Menschen in Gesundheitsberufen in der Provinz Yunnan sagen zum Beispiel, dass sie einen HIV-positiven Menschen nicht behandeln würden (Hesketh et al., 2005). Ob China die wachsende Epidemie eindämmen kann, wird zu einem großen Maße davon abhängen, inwieweit es dem Land gelingt, die Weiterverbreitung von HIV unter DrogenkonsumentInnen, Sexarbeitern und -arbeiterinnen und ihren Kunden einzuschränken.

Indien

Das Land mit der zweitgrößten Bevölkerungszahl der Welt, **Indien**, erlebt eine HIV-Epidemie, die in einigen Landesteilen stabil oder im Rückgang befindlich zu sein scheint, während in anderen Landesteilen moderate Wachstumsraten zu beobachten sind. Im Jahr 2005 lebten ungefähr 5,7 Millionen [3,4 Millionen–9,4 Millionen]

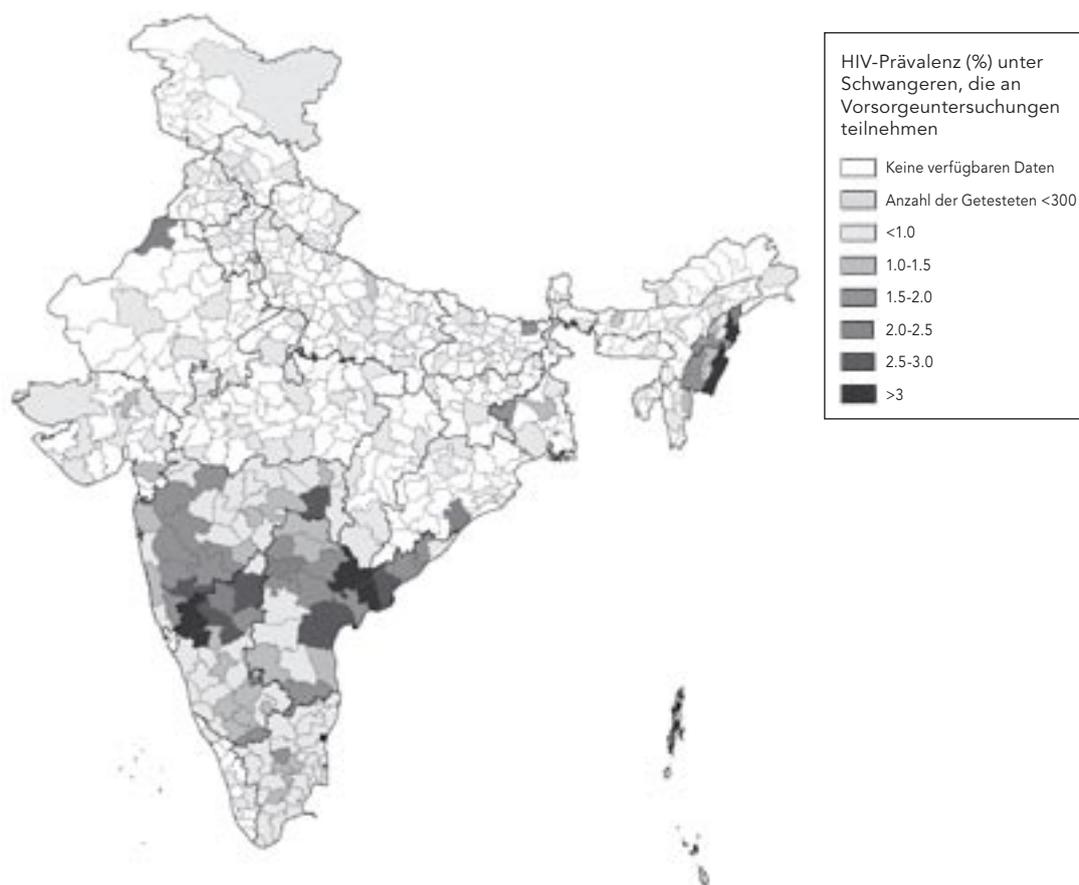
Menschen, darunter 5,2 Millionen Erwachsene im Alter von 15–49 Jahren, mit HIV.

Wie in China scheint sich die Mehrzahl der HIV-Infektionen in Indien auf einige wenige Regionen zu konzentrieren. Ungefähr zwei Drittel der gemeldeten HIV-Infektionen in diesem Land sind in sechs der insgesamt 28 Bundesstaaten des Landes aufgetreten – hauptsächlich im industrialisierten Süden und Westen des Landes sowie an der nordöstlichen Spitze. Durchschnittlich ist die HIV-Prävalenz in diesen Bundesstaaten vier- bis fünfmal höher als in den anderen indischen Bundesstaaten. Die höchsten Prävalenzraten sind im Korridor Mumbai-Karnataka, dem Gebiet Nagpur in Maharashtra, dem Bezirk Nammakkal in Tamil Nadu, den Küstenbereichen von Andhra Pradesh sowie Teilen von Manipur und Nagaland (im Nordosten Indiens) zu finden (National AIDS Control Organization, 2005a; World Bank, 2005). Besonders im Süden des Landes scheinen die Infektionszahlen der ländlichen und der städtischen Bevölkerung gleich zu sein (World Bank, 2005).

Eine kürzlich durchgeführte Analyse der HIV-Daten aus 216 Schwangerschaftsvorsorgekliniken und 132 Kliniken für sexuell übertragbare Krankheiten aus dem Zeitraum 2000–2004 deutet darauf hin, dass die HIV-Prävalenz unter Frauen im Alter von 15–24 Jahren in den südlichen Bundesstaaten von 1,7% im Jahr 2000 auf 1,1% im Jahr 2004 zurückgegangen ist (Kumar et al., 2006). Auch die HIV-Prävalenz unter Männern in der Altersgruppe 20–29 Jahre, die die Kliniken für sexuell übertragbare Krankheiten im Süden aufsuchten, sanken. (Für einen Rückgang der Prävalenz in den nördlichen Bundesstaaten gab es keine Anzeichen.) Die Autoren schrieben die Trends einem angeblichen Anstieg im Kondomgebrauch durch Männer und Sexarbeiterinnen in Südindien zu, der die Übertragung von HIV verringert haben soll (Kumar et al., 2006). Eine tiefer gehende Analyse der Daten deutet jedoch an, dass der scheinbare Rückgang der HIV-Prävalenz im Süden in erster Linie auf einen Rückgang der HIV-Prävalenz in Tamil Nadu zurückzuführen ist (John, 2006). Andere Forscher sind der Ansicht, dass die Datenlage nicht ausreicht, um den Rückgang der HIV-Prävalenz im Süden einer Verhaltensänderung zuzuschreiben (Hallett and Garnett, 2006).

Der Großteil der HIV-Infektionen in Indien erfolgt über ungeschützten heterosexuellen

HIV-Prävalenz in Indien – nach Distrikt, 2005



Quelle: NACO. Sentinel Surveillance data, ANC Sites (2005).

Abbildung 6

Geschlechtsverkehr (National AIDS Control Organization, 2005b). Aus diesem Grund machen Frauen, besonders in den ländlichen Gebieten, einen wachsenden Anteil unter den Menschen mit HIV aus (ungefähr 38% im Jahr 2005). Bei schwangeren Frauen in Andhra Pradesh, Maharashtra und Karnataka wurden HIV-Prävalenzen von mehr als 1% festgestellt (National AIDS Control Organization, 2004a). Im Jahr 2004 betrug die mittlere HIV-Prävalenz unter schwangeren Frauen in Karnataka 1,6%, und AIDS führte die Statistik der Todesursachen in einigen nördlichen Distrikten an. In einigen ländlichen Unterbezirken lag die Prävalenz unter Erwachsenen bei zwischen 1,1% und 6,4%, was die große Spannweite der Epidemie unterstreicht (Moses et al., 2006).

Ein großer Anteil der Frauen mit HIV hat sich anscheinend bei ihren regelmäßigen Partnern angesteckt, die sich wiederum bei bezahltem Sex infiziert hatten (Lancet, 2006). In Mumbai und Pune

(in Maharashtra), wo bei 54% beziehungsweise 49% der Sexarbeiterinnen eine HIV-Infektion festgestellt wurde (NACO, 2005c), ist die Wahrscheinlichkeit der Übertragung von HIV auf die Kunden und ihre Partner hoch. In den Staaten mit höherer Prävalenz in Süden scheinen die meisten HIV-Übertragungen zwischen Sexarbeiterinnen und ihren Kunden sowie deren eigenen Sexualpartnerinnen zu erfolgen (Kumar et al., 2005). In Karnataka waren zum Beispiel nahezu ein Viertel der 1.100 Sexarbeiterinnen, die an der Studie teilnahmen, HIV-infiziert, bei Frauen, die in Bordellen arbeiteten, war es fast die Hälfte (47%) (Ramesh et al., 2006).

HIV-Präventionsmaßnahmen, die sich an die Sexarbeiterinnen richten, gibt es auch in Indien. Der strafrechtliche Kontext der Sexarbeit ist jedoch komplex und erweist sich oft als Hindernis für eine effiziente HIV-Prävention und für Behandlungsversuche (Dandona et al., 2006b). Darüber hinaus richten sich die

Maßnahmen meist an Sexarbeiterinnen, die in einem Bordell arbeiten, und diese stellen nur eine Minderheit der Sexarbeiterinnen dar. Einige Präventionsprogramme für Sexarbeiterinnen – zum Beispiel in Sonagachi, Kolkata – stärkten den Safer Sex beim bezahlten Sex und werden mit einer niedrigeren HIV-Prävalenz in Zusammenhang gebracht (Kumar, 1998; Jana et al., 1998). Aufbauend auf diesen Erfahrungen haben Organisationen von Sexarbeiterinnen ihr Primär-Präventionsprogramm im gesamten Bundesstaat West Bengal auf 28.000 Sexarbeiterinnen in fast 50 Gegenden ausgebaut (Roy et al., 2006). Doch die Risikobereitschaft während des bezahlten Sex ist in anderen Teilen Indiens noch sehr hoch. In Andhra Pradesh hatte eine von vier Sexarbeiterinnen, die in 13 Bezirken untersucht wurden, noch nie ein Kondom benutzt, und die Hälfte benutzte Kondome nur unregelmäßig. Mehr als die Hälfte der in der Straßenprostitution tätigen Sexarbeiterinnen gab an, dass sie nie oder selten Kondome nutzte. Die Frauen, die wussten, dass eine HIV-Infektion verhindert werden kann, und die Zugang zu kostenlosen Kondomen hatten, waren bedeutend eher bereit, konsequent Kondome anzuwenden (Dandona et al., 2005).

Intravenöser Drogenkonsum ist im Nordosten (besonders in den Staaten Manipur, Mizoram und Nagaland) der Hauptrisikofaktor für eine HIV-Infektion und spielt bei den Epidemien in den Großstädten auch in anderen Regionen wie zum Beispiel Chennai, Mumbai und New Delhi eine große Rolle (MAP, 2005a; National AIDS Control Organization, 2005). Die gespritzten Drogen sind neben Heroin auch pharmazeutische Produkte, die nicht illegal sind (wie zum Beispiel Buprenorphin, Pentazocin und Dazepam). In Chennai stellte eine neue Studie fest, dass 31% der DrogenkonsumentInnen HIV-infiziert waren (Srikrishnan et al., 2006).

Das Benutzen unsauberer Drogenbestecke ist einer der Hauptrisikofaktoren für eine HIV-Infektion im Nordosten Indiens (besonders in Manipur, Mizoram und Nagaland) und stellt ein immer größeres Problem bei den Epidemien in Städten wie zum Beispiel Chennai, Mumbai und Neu Delhi dar.

Derzeit scheinen die Maßnahmen bei den DrogenkonsumentInnen nicht konsequent genug durchgeführt zu werden, und sie sind zu unregelmäßig und zu wenig, um vorzeigbare Ergebnisse zu bringen (Basu and Koliwad, 2006). Schadensbegrenzungsprogramme müssen mit hoher Dringlichkeit in allen Gegenden Indiens ausgeweitet und verstärkt werden, in denen schwerwiegende HIV-Epidemien unter Menschen mit intravenösem Drogenkonsum auftreten. Wenn dies nicht geschieht, ist es möglich, dass eine Kombination aus intravenösem Drogenkonsum und bezahltem Sex zu noch größeren HIV-Epidemien führt. Eine jüngst durchgeführte Studie unter Männern, die zur Behandlung von sexuell übertragenen Krankheiten die Kliniken von Mumbai aufsuchten, zeigte, dass unter den Patienten, die Drogen konsumierten, 12% HIV-positiv waren, 80% von ihnen hatten erst vor kurzem (in den letzten drei Monaten) Sex gekauft, und 27% hatten selbst Sex verkauft (Yu et al., 2006). Im Jahr 2006 wurden mehrere Spritzenaustauschprogramme im Nordosten, in West-Bengal und in Delhi ins Leben gerufen, doch es gab nur ein Projekt mit Substitutionstherapie im Bundesstaat Manipur.

Es gibt nur wenige Forschungsstudien zur Rolle von Sex unter Männern bei der Epidemie in Indien. In den zwei Staaten, in denen Daten zu diesem Thema erfasst wurden, wurden HIV-Prävalenzen von 6,8% und 9,6% unter Männern in Chennai bzw. in Mumbai festgestellt, die Sex mit Männern haben (NACO, 2004b). Später wurde eine HIV-Prävalenz von 12% unter Männern festgestellt, die Sex mit Männern haben und die freiwillig zu dem Beratungs- und Testzentrum in Mumbai gekommen sind, eine Prävalenz von 18% wurde in zehn Kliniken in Andhra Pradesh festgestellt (Kumta et al., 2006; Sravankumar, Prabhakar, Mythri STI/HIV Study Group, 2006). Die HIV-Infektionszahlen waren vergleichbar mit der Prävalenz von 16%, die in dem gleichen Staat in einer Erhebung festgestellt wurde, die im Jahr 2004 unter Männern durchgeführt wurde, die Sex mit Männern haben (Andhra Pradesh State AIDS Control Society, 2004). In einigen Gegenden verkaufen Männer, die mit Männern Sex haben, auch häufig Sex: In einer groß angelegten Studie in Andhra Pradesh wurde zum Beispiel festgestellt, dass ein Viertel der Männer Sex an andere Männer verkaufte (Dandona et al., 2006a). Männer, die mit

Männern Sex haben, weisen häufig mangelnde Kenntnisse über HIV auf. In Bangalore wussten zum Beispiel drei Viertel von ihnen nicht, wie das Virus übertragen wird, und zahlreiche Männer hatten ungeschützten homosexuellen Sex (Anthony et al., 2006).

Ausmaß und Effizienz der Anstrengungen Indiens zur Steigerung von Safe-Sex-Praktiken zwischen Sexarbeitern und -arbeiterinnen und ihren Kunden und zwischen Männern, die Sex mit Männern haben, sowie deren weiteren Sexualpartnern und -partnerinnen, werden wahrscheinlich den Umfang und die Entwicklung der HIV-Epidemie in Indien maßgeblich bestimmen (Kang et al., 2005). Ebenfalls notwendig sind weitreichende Schadensbegrenzungsprogramme in den nordöstlichen Bundesstaaten sowie den Großstädten in allen Teilen des Landes. Außerdem muss mehr gegen die Stigmatisierung unternommen werden – die in allen Schichten der indischen Gesellschaft einschließlich der Gesundheitsberufe sehr stark ist (Mahendra et al., 2006) –, und es müssen Maßnahmen zur Reduzierung der Geschlechterungleichheit und anderer Ungleichheiten ergriffen werden, die die HIV-Prävention und -Behandlung in diesem Land zu einer so großen Herausforderung werden lassen (Lancet, 2006).

Die höchsten nationalen HIV-Infektionszahlen in Asien sind immer noch in Südostasien zu finden, wo eine Kombination aus ungeschütztem bezahltem Sex und Sex unter Männern sowie dem Gebrauch nicht steriler Drogenbestecke die Epidemie in den meisten Ländern weiter anfacht.

Vietnams Epidemie ist weiterhin im Anstieg begriffen, und HIV ist in allen 64 Provinzen und allen Städten nachgewiesen worden. Die Anzahl der Menschen mit HIV hat sich seit 2000 verdoppelt und im Jahr 2005 schätzungsweise 260.000 [150.000–430.000] erreicht. Ungefähr 40.000 Menschen infizieren sich jedes Jahr mit HIV (Ministry of Health Viet Nam, 2005), hauptsächlich DrogenkonsumentInnen und Personen, die Sex kaufen oder verkaufen.

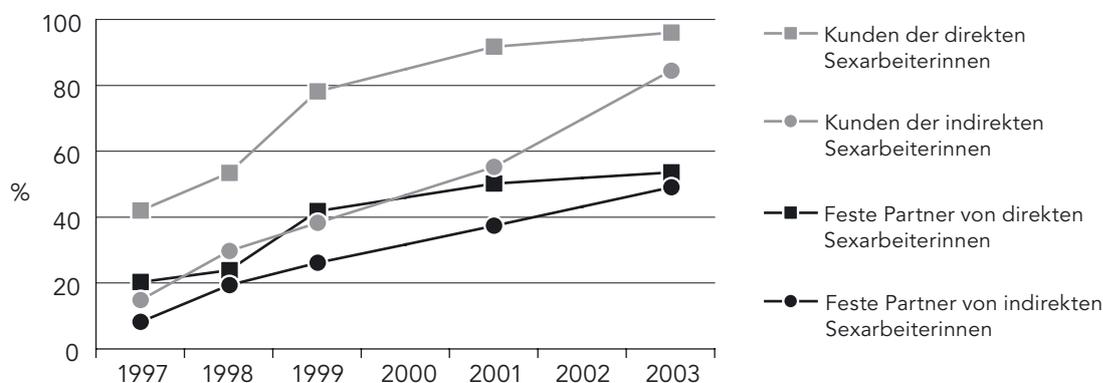
Das Benutzen von nicht sterilem Drogenbesteck ist in Vietnam weit verbreitet, schätzungsweise ein Fünftel der DrogenkonsumentInnen haben nach einer aktuellen Studie in den letzten drei Monaten kein steriles Besteck benutzt (Longfield et al., 2006). Aus diesem Grund ist die HIV-Prävalenz unter intravenös spritzenden

DrogenkonsumentInnen von 9% im Jahr 1996 auf mehr als 30% im Jahr 2003 gestiegen (Ministry of Health Viet Nam, 2005; Hien et al., 2004) und hat im Jahr 2005 bis zu 63% (in Hanoi) und 67% (in Hai Phong) erreicht (Pham et al., 2006; Luu Thi Minh, Tran Nhu et al., 2006a).

Die höchste nationale HIV-Prävalenz in Asien ist immer noch in Südostasien festzustellen, wo eine Kombination aus ungeschütztem bezahltem Sex und Sex unter Männern zusammen mit dem Gebrauch nicht steriler Drogenbestecke die Epidemien weiter verstärkt.

In einigen vietnamesischen Städten ist eine starke Überschneidung zwischen sexuellem Risikoverhalten und intravenösem Drogenkonsum zu beobachten. Eine große Zahl der männlichen DrogenkonsumentInnen hat ungeschützten Sex und auch bezahlten Sex (zum Beispiel 40% in der Provinz Bac Ninh im Norden Vietnams) (Schumacher et al., 2006). Weitere Daten zum intravenösen Drogenkonsum und zur Sexarbeit unter jungen männlichen Arbeitsmigranten (16–26 Jahre) in Hanoi bestätigen die Notwendigkeit von Präventionsprogrammen, die sowohl das sexuelle Risiko als auch das mit dem Drogenkonsum verbundene Risiko unter Migranten ansprechen (Giang et al., 2006). Darüber hinaus ist auch ein hoher Prozentsatz der weiblichen Sexarbeiterinnen gleichzeitig Drogenkonsumentin. In Hanoi sind zum Beispiel 21% weiblichen Sexarbeiterinnen der sogenannten „Mittelklasse“ und 39% der weiblichen Sexarbeiterinnen der sogenannten „unteren Klasse“, die an einer Studie teilnahmen, gleichzeitig Drogenkonsumentinnen, und viele von ihnen hatten drogenabhängige „Liebhaber“ und Kunden (Tran et al., 2005a). Nur 5% der Frauen gaben an, dass sie beim Sex mit ihren „Liebhabern“ Kondome nutzten (Tran et al., 2005b). Das Ergebnis einer solch extremen Risikokombination kann dramatisch sein. In Hai Phong (der größten Hafenstadt des Landes) lag die HIV-Prävalenz unter den Sexarbeiterinnen im Jahr 2004 mehr als doppelt so hoch wie unter ihren Kolleginnen in Ho-Chi-Minh-Stadt (30% im Vergleich zu 12%).

Kondomgebrauch direkter und indirekter weiblicher Sexarbeiter mit Kunden und festen Partnern, Kambodscha, 1997–2003



Quelle: National Center for HIV/AIDS, Dermatology and STDs, 2004.

Abbildung 7

Der Unterschied scheint darauf zurückzuführen zu sein, dass es in Hai Phong im Vergleich zu Ho-Chi-Minh-Stadt (12%) einen größeren Anteil von Sexarbeiterinnen gab, die gleichzeitig Drogenkonsumentinnen waren (29%) (Luu Thi Minh, Tran Nhu et al., 2006b).

Die schnelle Entwicklung der Epidemie in Vietnam ist besonders deutlich in der Provinz Lang Son an der Grenze zwischen Vietnam und China sichtbar. Durch ein Präventionsprojekt, das sich in erster Linie an DrogenkonsumentInnen richtete, sank die HIV-Inzidenz unter diesen um ein Drittel, und die HIV-Prävalenz blieb stabil oder ging je nach Gegend sogar zurück. Es wurde jedoch festgestellt, dass bis zu 12% der SexarbeiterInnen und 18% der SexualpartnerInnen von DrogenkonsumentInnen mit HIV infiziert waren, und in einigen Orten erreichte die Prävalenz unter schwangeren Frauen, die Schwangerschaftsvorsorgekliniken aufsuchten, einen Prozentsatz von mehr als 1% (Hammet, Des Jarlais et al., 2006).

Strategien zur Senkung der HIV-Infektionszahlen unter Sexarbeiterinnen sollten auch ihre Stigmatisierung bekämpfen, von einer gemeinsamen Benutzung von Drogenbesteck abraten, freiwillige Beratungs- und Testzentren ausbauen sowie an die Bevölkerung appellieren, Kondome

zu benutzen (Tran et al., 2005b). Um erfolgreich zu sein, muss ein politisches und institutionelles Umfeld entwickelt werden, das die Menschen stärker befähigt, Verantwortung für sich selbst zu übernehmen. Insbesondere ist eine stärkere Zusammenarbeit zwischen der HIV-Politik, dem rechtlichen Rahmen und den strategischen Ansätzen erforderlich. Die Aufklärung über HIV muss ebenfalls verbessert werden. Derzeit verfügt weniger als die Hälfte der jungen Menschen über ein umfassendes Wissen über HIV (National Institute of Hygiene and Epidemiology and ORC Macro, 2006).

Aktuelle Trends deuten daher an, dass der Hauptmotor der Epidemie in Vietnam der Kombination von ungeschütztem kommerziellen Sex und risikoreichen Drogenpraktiken zugeschrieben werden kann – womit ein klarer Bereich für stärkere Präventionsanstrengungen abgegrenzt ist. Menschen ändern ihr Verhalten im Lauf der Zeit – besonders in Ländern, die einem tief greifenden sozialen und wirtschaftlichen Wandel ausgesetzt sind.

In **Kambodscha** scheint sich die Epidemie stabilisiert zu haben, seit Ende der 1990er Jahre ist ein Rückgang zu verzeichnen. Es gibt starke Hinweise darauf, dass die Bemühungen des Staates und der Nichtregierungsorganisationen, eine Verhaltensänderung herbeizuführen,

von Erfolg gekrönt waren, besonders in der Sexindustrie. Im Jahr 2003 gaben 96% der in Bordellen arbeitenden SexarbeiterInnen in fünf Städten (Phnom Penh, Battambang, Sihanoukville, Siem Reap, Kampong Cham) an, dass sie konsequent Kondome bei ihren Kunden benutzten, dies steht im Vergleich zu 53% im Jahr 1997 (Gorbach et al., 2006). Männliche Kunden von Sexarbeitern und -arbeiterinnen berichten ebenfalls über einen hohen Anteil konsequenter Kondombenutzung beim bezahlten Sex – die Prozentsätze liegen je nach Gruppe bei 85% und darüber (Sopheab et al., 2006). Die HIV-Prävalenzraten unter Sexarbeitern und -arbeiterinnen in Bordellen sank von 43% im Jahr 1995 auf 21% im Jahr 2003 (National Center for HIV/AIDS, Dermatology and STIs, 2004). Unter den nicht im Bordell arbeitenden Sexarbeitern und -arbeiterinnen stiegen die Kondombenutzungsraten ebenfalls an – von 30% im Jahr 1997 auf 84% im Jahr 2003 (Gorbach et al., 2006), hier ging die HIV-Prävalenz von 20% im Jahr 1998 auf 15% im Jahr 2002 zurück (Lengh et al., 2004).

Es sind jedoch kontinuierliche Anstrengungen erforderlich, um diese Erfolge auch für die Zukunft zu sichern. Kambodschas Sexindustrie ist in Bewegung, es gibt immer mehr Frauen, die Sex außerhalb von Bordellen (wo die Initiativen für Safer Sex am effizientesten sind) verkaufen (Gorbach et al., 2006), und die Frauen bleiben länger bei dieser Beschäftigung. Dies könnte dazu führen, dass einige ältere Sexarbeiterinnen eher dazu bereit sind, auf den Kondomgebrauch zu verzichten, wenn sie in einem harten Wettbewerbsumfeld mit ihren jüngeren Kolleginnen konkurrieren.

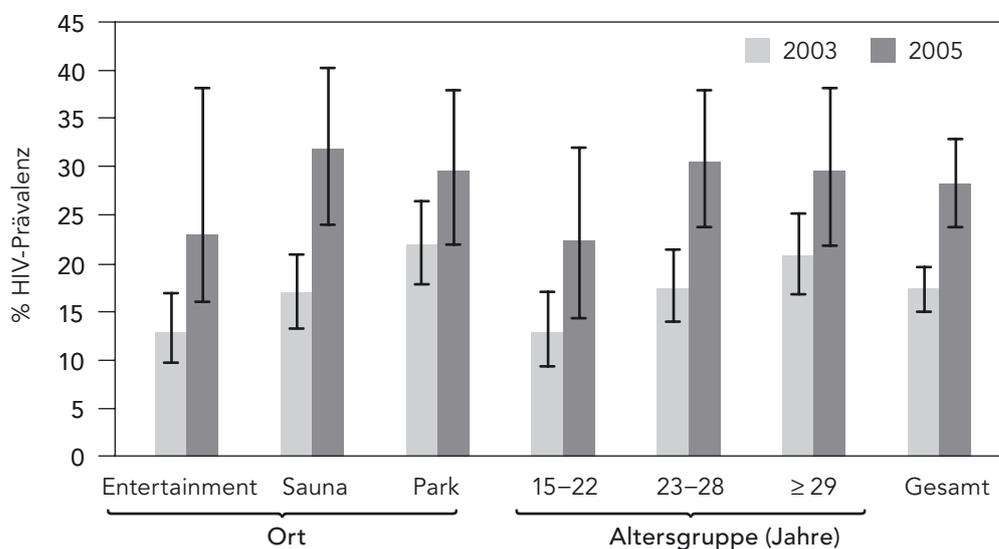
Die HIV-Prävalenz unter schwangeren Frauen, die Schwangerschaftsvorsorgekliniken aufsuchten, änderte sich im Zeitraum 1997–2003 nicht spürbar (es gab einen geringen Rückgang von 2,3% auf 2,1%) (Phal et al., 2006). Dies deutet darauf hin, dass immer noch eine beträchtliche Anzahl von Frauen infiziert wird – wahrscheinlich von ihren Ehemännern und Freunden, die sich wiederum wahrscheinlich bei bezahltem Sex mit HIV infiziert haben (National Center for HIV/AIDS, Dermatology and STIs, 2004; Gorbach et al., 2000). Frauen machten im Jahr 2003 in Kambodscha fast die Hälfte (47%) der Menschen mit HIV aus, im Vergleich zu knapp über einem Drittel (37%) im Jahr 1998. Ein höherer Anteil an verheirateten Frauen

(41%) gibt zu, dass sie Sorge haben, von ihren Ehemännern infiziert zu werden (Sopheab et al., 2006).

Die Datenlage zu HIV-Trends unter Männern, die Sex mit Männern haben, ist relativ dünn. Eine Umfrage in Phnom Penh aus dem Jahr 2000 stellte fest, dass 15% der Männer, die Sex mit Männern haben, mit HIV infiziert sind, während eine neuere Studie in der Hauptstadt einen Anteil von 8,9% HIV-Positiven in dieser Gruppe ermittelte (Phalkun et al., 2006). In den Provinzstädten Battambang und Siem Reap war die HIV-Prävalenz mit 0,8% sehr niedrig. Der Kondomgebrauch war jedoch selten: Nur 16% der Männer gaben an, dass sie beim analsex konsequent Kondome benutzten (im Vergleich zu 54% in der Hauptstadt). Unter den Männern, die Sex verkaufen, benutzten nur ungefähr 18% konsequent Kondome (Phalkun et al., 2006). Angesichts dieser Verhaltenstrends besteht eine hohe Wahrscheinlichkeit, dass sich HIV schnell unter Männern ausbreiten könnte, die in Städten wie Battambang und Siem Reap Sex mit Männern haben, wenn sich das Virus einmal in diesen Netzwerken etabliert hat.

Im Nachbarstaat **Thailand** lebten Ende 2005 schätzungsweise 580.000 [330.000–920.000] Erwachsene und Kinder mit HIV (UNAIDS, 2006). Die Anzahl der jährlichen HIV-Neuinfektionen geht weiter zurück, es gab im Jahr 2005 schätzungsweise 18.000 Neuinfektionen, was einem Rückgang um 10% im Vergleich zum Jahr 2004 entspricht. Ein großer Anteil der HIV-Infektionen erfolgt nun jedoch unter Menschen, die allgemein nur einem geringen Infektionsrisiko ausgesetzt sind (Gouws et al., 2006). Ungefähr ein Drittel der Neuinfektionen im Jahr 2005 waren nach Informationen des Ministry of Public Health bei verheirateten Frauen zu verzeichnen, die wahrscheinlich durch ihre Ehepartner infiziert wurden. Die Regierung drängt verheiratete Paare nun dazu, sich regelmäßig auf HIV testen zu lassen und häufiger Kondome zu benutzen. Einige gesellschaftliche Veränderungen könnten ebenfalls zu einem Anstieg des Risikos einer HIV-Infektion beitragen: Der voreheliche Sex ist unter jungen Thais nun keine Seltenheit mehr, doch benutzt nur eine Minderheit (20%–30%) der sexuell aktiven jungen Menschen konsequent Kondome (Punpanich et al., 2004).

HIV-Prävalenz unter Männern, die Sex mit Männern haben,* nach Ansprechort und Altersgruppe – Bangkok, Thailand, 2003 und 2005



*Bezieht sich auf Männer, die Sex mit Männern haben, aber nicht an Orten zu finden sind, wo sich männliche Sexarbeiter oder Transgender-Personen aufhalten.

Quelle: van Griensven F., MMWR, 2006.

Abbildung 8

Männer, die mit Männern Sex haben, sind in Thailand auch weiterhin einem hohen HIV-Infektionsrisiko ausgesetzt. In Bangkok gab es einen starken Anstieg der HIV-Prävalenz unter diesen Männern – von 17% im Jahr 2003 auf 28% im Jahr 2005. Unter denjenigen, die in der Altersgruppe 22 Jahre und jünger sind, stieg die Prävalenz im gleichen Zeitraum von 13% auf 22%, was auf eine hohe zugrunde liegende HIV-Inzidenz hindeutet. Die HIV-Prävalenz betrug 15% in Chiang Mai und 5,5% in Phuket. Unter männlichen Sexarbeitern reichte die Schwankungsbreite der Prävalenz von 11% in Chiang Mai über 14% in Phuket zu 19% in Bangkok – was eine geringe Nutzung von Kondomen beim bezahlten Sex andeutet. Es ist ebenfalls beunruhigend, dass es unter Männern, die mit Männern Sex haben, mangelnde Kenntnisse des eigenen HIV-Serostatus gibt. 80% der Männer, bei denen eine HIV-Infektion festgestellt wurde, hatten sich noch nie auf das Virus testen lassen oder hatten geglaubt, dass sie HIV-negativ seien (Van Griensven et al., 2006). Insgesamt gesehen erfolgt ein Fünftel (21%) der HIV-Neuinfektionen in Thailand unter Männern, die ungeschützten Sex mit Männern

haben (Gouws et al., 2006). Es besteht dringender Bedarf an Programmen, die das sexuelle Risikoverhalten verringern und eine bessere HIV-Beratung und häufigere HIV-Tests in diesen Kreisen fördern.

Ein großer Anteil der HIV-Neuinfektionen in Thailand betrifft inzwischen Menschen, die in der Vergangenheit eher als Personen mit geringem Risiko eingeschätzt wurden: Ungefähr ein Drittel der Neuinfektionen im Jahr 2005 wurde bei verheirateten Frauen festgestellt, die wahrscheinlich von ihren Ehemännern angesteckt wurden.

Die HIV-Raten unter den weiblichen Sexarbeiterinnen sind schwierig zu ermitteln. Einige Forschungsstudien deuten auf vergleichsweise geringe HIV-Infektionsniveaus unter Frauen hin, die Sex verkaufen. Eine nationale HIV-Erhebung aus dem Jahr 2005 zeigte zum Beispiel, dass nur 7,7% der in einem Bordell arbeitenden und 4,2% der außerhalb von

Bordellen arbeitenden Sexarbeiterinnen mit HIV lebten (Pliat and Teeraratkul, 2006). Andere Studien betonen einen neueren Trend des unregelmäßigen Kondomgebrauchs durch Sexarbeiterinnen. Frauen, die in Bangkok, Chang Mai und Mae Hong Son Sex verkaufen, berichten, dass sie nur bei knapp über der Hälfte der kommerziellen Sexkontakte Kondome benutzen. Weniger als ein Drittel der im Norden des Landes befragten jungen Männer sagten, dass sie bei Sexarbeiterinnen immer ein Kondom benutzen (Buckingham et al., 2005).

Die HIV-Epidemie in Thailand ist facettenreich: Auch der intravenöse Drogenkonsum ist in Thailand weiterhin ein Risikofaktor. Bei schätzungsweise 45% der DrogenkonsumentInnen, die in Behandlung waren, wurde eine HIV-Infektion festgestellt (Punpanich et al., 2004), und es wird geschätzt, dass sich zwischen 3% und 10% der DrogenkonsumentInnen in Thailand jedes Jahr neu mit dem HI-Virus infizieren (Kawichai et al., 2006). Dies ist in erster Linie auf den hohen Anteil von Menschen mit intravenösem Drogenkonsum zurückzuführen, die unsauberes Drogenbesteck benutzen (ca. 35% nach den Erkenntnissen einer neueren Studie) (Longfield et al., 2006).

Thailand muss seine Safer-Sex-Kampagnen verstärken und sicherstellen, dass das HIV-Präventionsprogramm auch DrogenkonsumentInnen und Männer, die Sex mit Männern haben, in höherem Maße erreicht. Zu Beginn muss die Beobachtung von HIV in diesen Bevölkerungsgruppen verstärkt werden. Die Anzahl der Provinzen, die HIV-Infektionen unter Männern, die aufgrund von sexuell übertragenen Krankheiten behandelt werden, und DrogenkonsumentInnen, die eine Methadon-Behandlung erhalten, melden, ist in den letzten fünf Jahren um mehr als 50% zurückgegangen (Iamsirithaworn and Detels, 2006). Darüber hinaus ist es dringend notwendig, Programme auszuweiten, die DrogenkonsumentInnen umfassende Harm-Reduction-Dienstleistungen anbieten (Kawichai et al., 2006). Außerdem ist es dringend notwendig, den Zugang zu freiwilligen HIV-Beratungsstellen und Testzentren im ganzen Land zu erleichtern und zu verbessern.

Im benachbarten **Myanmar** gibt es erste Anzeichen für einen möglichen Rückgang der Epidemie (Wiwat, Brown, Calleja-Garua, 2005). Die HIV-Prävalenz ist unter schwangeren Frauen (von 2,2% im Jahr 2000 auf 1,3% im Jahr

2005) (National AIDS Programme Myanmar, 2005) und unter Männern, die sich aufgrund anderer sexuell übertragener Krankheiten behandeln lassen, (von 8% im Jahr 2001 auf 4% im Jahr 2005) zurückgegangen (National AIDS Programme Myanmar, 2005). Aber dennoch ist das Land mit einer schweren Epidemie konfrontiert, denn Ende 2005 lebten schätzungsweise 360.000 [200.000–570.000] Menschen mit dem Virus, und die nationale Prävalenz unter Erwachsenen betrug ungefähr 1,3%. Die hohe HIV-Prävalenz von 2,2% unter den jüngeren Menschen (15–24 Jahre) im Jahr 2005 gibt Anlass zur Sorge (National AIDS Programme Myanmar, 2005). Dies gilt auch für die hohe HIV-Prävalenz unter den Hochrisikogruppen, wie zum Beispiel SexarbeiterInnen und DrogenkonsumentInnen. Circa 43% der DrogenkonsumentInnen und fast ein Drittel (32%) der SexarbeiterInnen lebten im Jahr 2005 landesweit mit HIV – diese Zahlen haben sich seit dem Jahr 2000 kaum verändert (National AIDS Programme Myanmar, 2005). In einer Studie in städtischen und ländlichen Gemeinden in sieben Townships gaben nur 16% der jungen Menschen (15–24 Jahre) an, dass sie sexuell aktiv seien, und unter den Männern gaben nur 3% der Altersgruppe an, dass sie im vergangenen Jahr Sex mit Sexarbeitern und -arbeiterinnen hatten. Der Anteil der Männer, die angaben, konsequent Kondome bei Sexarbeitern und -arbeiterinnen zu nutzen, betrug 60% unter den jungen und 50% unter den älteren Männern (Thwe et al., 2005). Nichtregierungsorganisationen haben inzwischen mit informeller Unterstützung durch die Behörden Pilotprogramme aufgesetzt, um DrogenkonsumentInnen HIV-Präventionsdienstleistungen anzubieten. Mehr als 11.000 intravenös spritzende DrogenkonsumentInnen haben Schätzungen zufolge im Jahr 2005 von solchen Maßnahmen profitiert (National AIDS Programme Myanmar, 2005).

In **Pakistan** könnten sich die hohen HIV-Infektionszahlen unter den Gruppen der intravenös spritzenden DrogenkonsumentInnen leicht auf andere Bevölkerungsgruppen übertragen, unter anderem auf die SexarbeiterInnen. In Larkana waren im Jahr 2005 8% der DrogenkonsumentInnen HIV-infiziert (Abbasi, 2006), die Zahl in Faisalabad, Lahore, Sargodha und Sialkot, wo der größte Teil der DrogenkonsumentInnen entweder verheiratet oder ledig und sexuell aktiv war, betrug mind-

estens 6% (Nai Zindagi, 2006). In Karachi wurde bei 26% der DrogenkonsumentInnen, die im Jahre 2005 an einer Studie teilnahmen, eine HIV-Infektion festgestellt (Emmanuel, Archibald, Altaf, 2006). Die Mehrzahl der infizierten DrogenkonsumentInnen hatte einen gemeinsamen Risikofaktor: Sie benutzten nicht steriles Drogenbesteck. Selbst die grundlegendsten Elemente der Prävention fehlen. Nur die Hälfte der DrogenkonsumentInnen, die an einer Studie in Karachi und in Rawalpindi teilnahmen, wusste zum Beispiel, dass HIV durch den Gebrauch unsauberer Nadeln übertragen werden kann – und die gleiche Anzahl sagte, dass sie im vergangenen Monat nicht steriles Drogenbesteck benutzt hatte (Abbas, 2006).

Die Kondombenutzung beim kommerziellen Sex ist immer noch sehr selten. Weniger als ein Fünftel der Sexarbeiterinnen – und nur ein Zwanzigstel der männlichen Sexarbeiter – in Karachi und Rawalpindi gaben an, dass sie im vergangenen Monat konsequent Kondome benutzten (Abbas, 2006). In einer früheren Studie in Karachi wurde festgestellt, dass ein Viertel der SexarbeiterInnen ein Kondom nicht einmal erkennt (Ministry of Health Pakistan, DfID, Family Health International, 2005). Darüber hinaus bestätigte eine Studie aus dem Jahr 2005, dass eine hohe HIV-Übertragung besonders in den Netzwerken der männlichen Sexarbeiter und der Eunuchen (*Hijras*) in Karachi zu beobachten ist. Die Studie fand heraus, dass 7% der männlichen Sexarbeiter und 2% der *Hijras* HIV-infiziert waren (Altaf et al., 2006). In einer weiteren Studie in Karachi wurden 4% der männlichen Sexarbeiter und 2% der *Hijras* positiv getestet. Extrem hohe Raten anderer sexuell übertragbarer Infektionen deuten darauf hin, dass generell ein hohes Risikoverhalten besteht. In der eben genannten Studie wurde festgestellt, dass 23% der männlichen Sexarbeiter Syphilis und 36% Gonorrhö hatten, die entsprechenden Zahlen unter den *Hijras* lagen bei 62% (Syphilis) und 29% (Gonorrhö). Nur 4% der männlichen Sexarbeiter und weniger als 1% der *Hijras* gaben an, dass sie beim letzten Sex mit einem Mann ein Kondom benutzt hatten. Ebenfalls bemerkenswert ist das Ergebnis, dass ein Viertel aller männlichen Sexarbeiter angab, dass sie auch Sex an Frauen verkauften oder von Frauen kauften (Ministry of Health Pakistan, DfID, Family Health International, 2005). Ein so hohes Risikoverhalten muss angesprochen werden, um

die zukünftige Ausbreitung von HIV innerhalb dieser sexuellen Netzwerke und darüber hinaus zu verhindern.

Es gibt Hinweise darauf, dass im Nachbarstaat **Afghanistan**, wo die Bedingungen eine schnelle Ausbreitung von HIV begünstigen, HIV jetzt verstärkt auftritt. Die sich entwickelnde Epidemie in Afghanistan ist wahrscheinlich auf eine Kombination aus Drogenkonsum und ungeschütztem bezahlten Sex zurückzuführen. In Kabul sind gemäß einer aktuellen Studie 4% der DrogenkonsumentInnen HIV-infiziert. Fast ein Drittel (31%) der intravenös spritzenden DrogenkonsumentInnen, die in dieser Studie erfasst waren, gaben an, dass sie unsauberes Drogenbesteck benutzten. Mehr als die Hälfte (54%) von ihnen waren schon einmal im Gefängnis, und von diesen hatte ein Drittel (32%) auch hinter Gittern Drogen gespritzt. Ein hoher Anteil dieser Drogenkonsumenten (alle männlich) zeigte auch andere Hochrisiko verhaltensweisen: Ein Drittel (32%) hatte Sex mit Männern oder Jungen, und mehr als zwei Drittel (69%) kauften Sex (Todd et al., 2006a). Die HIV-Aufklärung muss schnell verbessert werden, um ein gewisses Grundwissen über HIV zu vermitteln. Nur ungefähr die Hälfte der DrogenkonsumentInnen wusste, dass unsaubere Spritzen ein hohes Risiko der HIV-Übertragung bergen oder dass Kondome eine Infektion verhindern können (Todd et al., 2006b).

Die hohe HIV-Prävalenz unter den schätzungsweise 145.000–170.000 DrogenkonsumentInnen in **Indonesien** (Pisani, 2006) kündigt die Gefahr größerer Ausbrüche von HIV im Land an. Ungefähr 170.000 [100.000–290.000] Erwachsene lebten im Jahr 2005 mit HIV (UNAIDS, 2006). Bis 1998 wurden unter den DrogenkonsumentInnen, die sich in der Hauptstadt Jakarta behandeln ließen, noch keine HIV-Infektionen festgestellt (Pisani, 2006). Bis Anfang 2002 wurden dann jedoch mehr als 40% der DrogenkonsumentInnen, die in Rehabilitationszentren in Jakarta untersucht wurden, HIV-positiv getestet. Später wurde sogar eine noch höhere HIV-Prävalenz in Pontianak (Borneo) festgestellt (Riono and Jazant, 2004; MAP, 2005a). Neuere Daten zeigen, dass 13% der DrogenkonsumentInnen in West-Java HIV-positiv sind (Ministry of Health Indonesia, 2006).

In Studien berichten die meisten DrogenkonsumentInnen über Hochrisikopraktiken, so nutzen

sie zum Beispiel nicht steriles Drogenbesteck und haben häufig ungeschützten Sex, oft auch mit wechselnden Partnern (Pisani et al., 2003). Zwischen 21% und 32% der DrogenkonsumentInnen in Denpasar, Medan, Bandung und Jakarta gaben an, dass sie nie steriles Drogenbesteck benutzten. Der Gebrauch von Kondomen ist selten: Nur 14%–27% der intravenös spritzenden DrogenkonsumentInnen in Medan, Jakarta und Denpasar gaben an, dass sie beim letzten Sex ein Kondom benutzt hatten (Statistics Indonesia, 2006; Ministry of Health Indonesia, 2006). Risikoverhalten ist auch in den Gefängnissen Indonesiens weit verbreitet. Unter den Gefängnisinsassen in West Java wurde im Jahr 2005 eine HIV-Prävalenz von 13%, in Jakarta von 18% und in Banten von 36% festgestellt (Ministry of Health Indonesia, 2006).

HIV-Ausbrüche werden in einigen Hochrisikogruppen in Afghanistan und Pakistan festgestellt, wo weit verbreitetes Risikoverhalten der HIV-Epidemie Möglichkeiten für eine weitere Ausbreitung bietet.

Wie in zahlreichen anderen HIV-Epidemien in Asien auch gibt es eine Überschneidung der Kreise der DrogenkonsumentInnen und der SexarbeiterInnen. Zwischen einem Viertel (in Jakarta, Medan und Bandung) und fast der Hälfte (in Surabaya) der DrogenkonsumentInnen hatten im letzten Jahr ungeschützten Sex (Statistics Indonesia, 2006; Ministry of Health Indonesia, 2006). Wenn hier keine Präventionsmaßnahmen ergriffen werden, könnten diese Verbindungen eine größere und schnellere Ausweitung von HIV zur Folge haben. Eine hohe Anzahl der SexarbeiterInnen in Teilen Indonesiens ist HIV-infiziert: 6% in Yogyakarta und Riau, 7% in Jambi und 8% in West Java (Statistics Indonesia, 2006; Ministry of Health Indonesia, 2006). In Bezug auf den Kondomgebrauch bei der Sexarbeit deutet sich jedoch in einigen Orten eine Verbesserung an. Ungefähr 60% der SexarbeiterInnen, die im Jahr 2005 in 16 Städten untersucht wurden, sagten, dass sie bei ihrem letzten Kunden ein Kondom benutzt hatten (Statistics Indonesia, 2006; Ministry of Health Indonesia, 2006). Andererseits arbeiten in Jakarta drei Viertel der Sexarbeiterinnen in

Massagesalons oder Clubs, und 85% derjenigen, die in Bordellen arbeiten, gaben an, dass sie in der letzten Woche bei keinem einzigen ihrer Kunden ein Kondom benutzt hatten (MAP, 2005b).

In Papua, am Rande der weit verstreuten Inselgruppe, hat sich HIV nun in der allgemeinen Bevölkerung etabliert. In einigen Dörfern ist fast 1% der Erwachsenen HIV-positiv (MAP, 2004). Der intravenöse Drogenkonsum ist in Papua nicht weit verbreitet, so dass die Hauptursache für diese lokale Epidemie in ungeschütztem bezahltem Sex zu liegen scheint, und dies in einer Kultur, in der bis zu 10%–15% der jungen Männer (der Altersgruppe 15–24 Jahre) Sex kaufen. In den späten 1990er Jahren betrug die HIV-Prävalenz unter den kommerziellen Sexarbeitern und -arbeiterinnen in den meisten städtischen Gebieten ungefähr 1%–2%. Bis zum Jahr 2004 stieg die Prävalenz jedoch auf 9% in Timika, 14% in Nabire, 15% in Merauke und 16% in Sorong (National AIDS Commission Indonesia, 2006).

In **Malaysia** lebten im Jahr 2005 schätzungsweise 69.000 [33.000–220.000] Menschen mit HIV, hier war der am weitesten verbreitete Risikofaktor für eine HIV-Infektion unsauberes Drogenbesteck (verantwortlich für drei Viertel der HIV-Infektionen im Jahr 2002, in erster Linie bei Männern in der Altersgruppe 20–40 Jahre) (UNAIDS, 2006). Die HIV-Prävalenz unter schwangeren Frauen, die durch eine Schwangerschaftsvorsorgeklinik betreut wurden, war weiterhin sehr niedrig (0,04% im Jahr 2002). In den Provinzen Keleantan und Terengganu wurden unter DrogenkonsumentInnen Prävalenzen von 41% beziehungsweise 31% festgestellt (Ministry of Health Malaysia und WHO, 2004). Und in jüngerer Zeit wurde ein Fünftel (19%) der HeroinkonsumentInnen, die um Drogenbehandlung in Muar nachsuchten, positiv auf HIV getestet (Chawarski et al., 2006).

Aktuelle HIV-Daten aus Malaysia liegen nur in beschränktem Maße vor. Die verfügbaren Informationen deuten darauf hin, dass ein kleiner, aber wachsender Anteil der HIV-Infektionen (17% im Jahr 2002, nach 7% sieben Jahre zuvor) auf ungeschützten Sex zurückzuführen ist, häufig zwischen aktuellen oder ehemaligen DrogenkonsumentInnen, ihren Sexualpartnern und -partnerinnen und Sexarbeitern und -arbeiterinnen (Ministry of

Health Malaysia and WHO, 2004; Huang und Hussein, 2004). Ähnlich wie die Behörden in den anderen südostasiatischen Ländern haben auch die Behörden in Malaysia versucht, mit repressiven Maßnahmen gegen DrogenkonsumentInnen zu reagieren: Allein im Jahr 2004 wurden 39.000 verhaftet, die meisten von ihnen HeroinkonsumentInnen (National Drug Agency, 2005). Es ist noch unklar, welche Wirkung diese Maßnahmen und/oder die größere Sorge um HIV auf den Drogenkonsum haben werden, wenn überhaupt Auswirkungen zu beobachten sind. Es ist jedoch bemerkenswert, dass die Muar-Studie feststellte, dass große Teile der DrogenkonsumentInnen auf das Rauchen von Drogen umgestiegen sind oder aufgehört haben, nicht sterile Nadeln zu benutzen (Chawarski et al., 2006). Mittlerweile ist auch die Buprenorphin- und Methadonbehandlung im privaten Sektor weiter verbreitet und wird auf einen möglichen Einsatz in den staatlichen HIV-Kliniken hin analysiert (Chawarski et al., 2006). Eine bessere Koordination der HIV-Prävention (in Verantwortung des Gesundheitsministeriums) und der Drogenrehabilitations- und -behandlungsmaßnahmen (in der Verantwortung des Innenministeriums) könnte die Gesamtsituation verbessern (Chawarski et al., 2006).

Auf den **Philippinen**, wo HIV in erster Linie über ungeschützten Sex übertragen wird (National Epidemiology Center, 2006), bleibt die HIV-Prävalenz weiterhin bei deutlich unter 0,1% (UNAIDS, 2006). Ungefähr ein Drittel der HIV-Diagnosen seit 1984 wurde bei philippinischen Arbeitern und Arbeiterinnen gestellt, die aus anderen Ländern in die Heimat zurückkehrten (hauptsächlich Seemänner und Haushaltshilfen) (National Epidemiology Center, 2006). Maßnahmen zur Untersuchung und Behandlung von Sexarbeitern und -arbeiterinnen auf sexuell übertragbare Infektionen sowie weitere Präventionsmaßnahmen, die seit Anfang der 1990er Jahre angeboten werden, haben möglicherweise dazu beigetragen, die Ausbreitung des Virus beim bezahlten Sex in Grenzen zu halten (Mateo et al., 2003).

Weniger als 1% der SexarbeiterInnen sind nach mehreren aufeinanderfolgenden Erhebungen seit 2002 mit HIV infiziert (Department of Health Philippines, 2005). Auch unter Männern, die Sex mit Männern haben, wurde keine HIV-Prävalenz über 1% festgestellt (Department of Health, 2005). Es gibt keine Garantie dafür, dass diese Situation anhält. Der Gebrauch von Kondomen ist bei bezahltem Sex nicht die Norm (gemäß einer Studie im Jahr 2002 sagten nur 6% der SexarbeiterInnen, dass sie bei allen Kunden der letzten Woche ein Kondom benutzt hatten) (MAP, 2005b), und der Gebrauch von nicht sterilem Drogenbesteck unter den DrogenkonsumentInnen ist in einigen Gegenden weit verbreitet (zum Beispiel in Cebu City) (Wi et al., 2002; Mateo et al., 2003; Department of Health Philippines, 2003). Angesichts dieser Tatsachen gibt die augenscheinliche Überheblichkeit unter jungen Filipinos in Bezug auf die Epidemie (drei von fünf Filipinos in der Altersgruppe 14–20 Jahre sind der Ansicht, dass sie sich nicht mit HIV infizieren können) Anlass zur Sorge.

In **Japan** lebten im Jahr 2005 schätzungsweise 17.000 [10.000–29.000] Erwachsene und Kindern mit HIV. Eine steigende Zahl von HIV-Infektionen ist unter Männern zu beobachten, die Sex mit Männern haben. Diese machen mindestens 60% der jährlich gemeldeten HIV-Infektionen aus (Shimada et al., 2006). Im Jahr 2004 wurden ca. 780 HIV-Neuinfektionen gemeldet, dies ist ein deutlicher Anstieg im Vergleich zu den 640 gemeldeten Infektionen im Vorjahr und stellt eine Verdoppelung der Anzahl der gemeldeten Fälle seit Mitte der 1990er Jahre dar (Nemoto, 2004).



OSTEUROPA UND ZENTRALASIEN

Die Zahl der in Osteuropa und Zentralasien lebenden Menschen mit HIV stieg im Jahr 2006 wie bereits im Jahr 2005 weiter an. Schätzungsweise 270.000 Menschen [170.000–820.000] infizierten sich im Jahr 2006 neu mit HIV, so dass die Gesamtzahl der Menschen mit HIV nun bei 1,7 Millionen [1,2 Millionen–2,6 Millionen] liegt – dies entspricht einem Anstieg um den Faktor 20 in weniger als einem Jahrzehnt. Wenn sich auch die Zahl der HIV-Neuinfektionen nach einem im Jahr 2001 beobachteten Spitzenwert stabilisiert zu haben scheint, so wurde doch im Jahr 2005 im Vergleich zu den zwei vorangegangenen Jahren ein erneuter Anstieg in der Zahl der neu diagnostizierten HIV-Infektionen beobachtet (EuroHIV, 2006a).⁵

Fast ein Drittel der neu diagnostizierten HIV-Infektionen in der Region betraf Menschen in der Altersgruppe 15–24 Jahre. Der größte Anteil der jungen Personen mit HIV lebt in zwei Ländern: in der **Russischen Föderation** und in der **Ukraine**, die zusammengenommen ungefähr 90% aller Menschen mit HIV in dieser Region stellen (EuroHIV, 2006a).

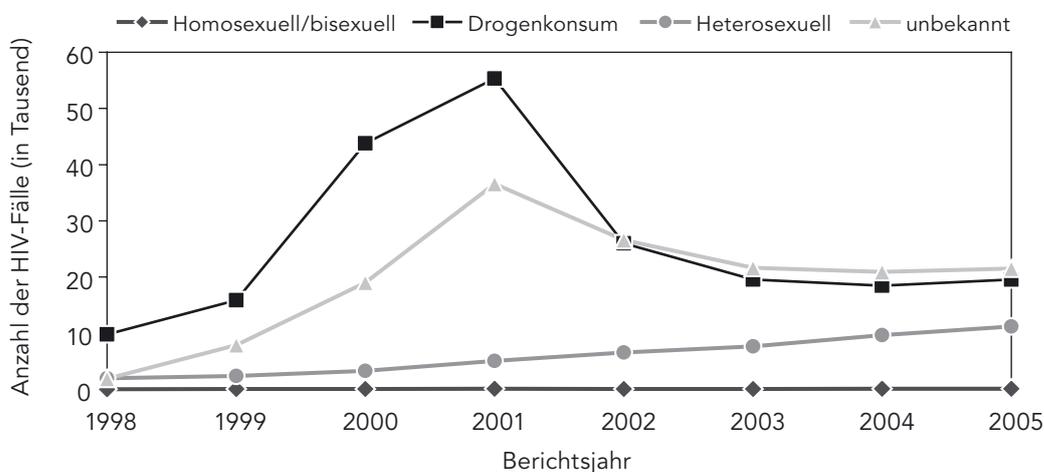
Mit dem Fortschreiten der Epidemie entwickeln immer mehr Menschen Erkrankungen, die mit dem HI-Virus in Zusammenhang stehen, und sterben an den Folgen. Fortschritte bei der Ausweitung des Zugangs zu antiretroviralen Therapien erfolgen nur langsam. Mitte

2006 erhielten weniger als 24.000 Menschen antiretrovirale Behandlung – dies entspricht einem Prozentsatz von 13% der schätzungsweise 190.000 Menschen, die diese Medikamente benötigen (WHO/UNAIDS, 2006). Personen, die unsterile Injektionsutensilien zum Drogenkonsum benutzen, profitieren besonders wenig von den Anstrengungen, die antiretrovirale Therapie auszuweiten. Obwohl sie mehr als zwei Drittel der HIV-Fälle in der Region ausmachen, stellen sie nur ungefähr ein Viertel der Menschen, die eine antiretrovirale Therapie erhalten (WHO/UNAIDS, 2006). Vor dem Hintergrund dieses unzureichenden Zugangs zu Behandlungs- und Betreuungsleistungen stieg die Zahl der AIDS-Todesfälle in Osteuropa und Zentralasien im Jahr 2006 auf 84.000 [58.000–120.000].

Überall in Osteuropa ist die Benutzung nicht sterilen Drogenbestecks immer noch der wichtigste Übertragungsweg für die HIV-Infektion. Im Jahr 2005 war der Gebrauch unsteriler Drogenbestecke für fast zwei Drittel (63%) der gemeldeten HIV-Infektionen verantwortlich, bei denen Informationen über den Übertragungsweg bekannt waren. Ein steigender Anteil der HIV-Infektionen (37% aller im Jahre 2005 gemeldeten Fälle) ist jedoch Schätzungen zufolge auf ungeschützten Geschlechtsverkehr zurückzuführen (EuroHIV, 2006a). Aus diesem Grund sind Frauen (viele von ihnen unter 25 Jahre) in wachsendem Umfang von HIV-Infektionen

⁵ Die vorliegende Analyse stützt sich hauptsächlich auf gemeldete HIV-Diagnosen. Diese Praxis der Nutzung der jährlichen HIV-Diagnosen zur Überwachung der HIV-Epidemie stellt jedoch eine erhebliche Einschränkung dar, da hiermit nicht die Gesamtinzidenz wiedergegeben ist, weil diese auch Infektionen beinhalten kann, die vor mehreren Jahren eingetreten sind, und weil nur die getesteten Personen Aufnahme in die Analyse finden. Daher sind die auf der Grundlage der gemeldeten HIV-Fälle ermittelten HIV-Trends möglicherweise durch Änderungen in den HIV-Tests oder Änderungen in den Meldesystemen verzerrt. Wann immer möglich macht die Analyse die LeserInnen auf solche Änderungen aufmerksam.

Anzahl der HIV-Neudiagnosen nach betroffener Gruppe/Übertragungsweg je Berichtsjahr für vierzehn osteuropäische Länder*, 1998–2005



* Armenien, Aserbaidjan, Belarus, Georgien, Kasachstan, Kirgisien, Lettland, Litauen, Republik Moldova, Russische Föderation, Tadschikistan, Turkmenistan, Ukraine und Usbekistan

Quelle : EuroHIV, 2006.

Abbildung 9

betroffen; im Jahr 2005 stellten sie einen Anteil von 41% der neu gemeldeten HIV-Infektionen (EuroHIV, 2006a).

Die Russische Föderation und die Ukraine stellen einen Anteil von ungefähr 90% der HIV-Infektionen in Osteuropa und Zentralasien. Die Benutzung von unsterilem Drogenbesteck bleibt auch weiterhin der Hauptübertragungsweg der HIV-Infektion.

Die HIV-Epidemie in der Russischen Föderation weitet sich aus. Rund 35.500 HIV-Infektionen wurden im Jahr 2005 gemeldet, und in den ersten sechs Monaten des Jahres 2006 kamen fast 13.500 neue Fälle hinzu, so dass die Gesamtzahl der dokumentierten Infektionen seit Beginn der Epidemie auf fast 350.000 gestiegen ist (AIDS Foundation East West, 2006). Die offiziellen Zahlen umfassen jedoch nur die Personen, die im Rahmen des HIV-Meldesystems in Russland erfasst wurden. Die tatsächliche Zahl der Menschen, die Schätzungen zufolge mit HIV leben, ist jedoch viel höher: Sie lag Ende 2005 bei 940.000

(560.000–1,6 Millionen) (UNAIDS, 2006). Die meisten Betroffenen sind jung: In der russischen Föderation sind 80% der Menschen mit HIV in der Altersgruppe 15–30 Jahre zu finden (Federal Service for Surveillance on Consumer Protection and Human Well-Being, 2006).

Wenngleich die offiziell gemeldeten Zahlen der HIV-Infektionen nicht das tatsächliche Ausmaß der Epidemie widerspiegeln, werfen sie doch zumindest Licht auf die wichtigsten Trends. Die Anzahl der jährlich neu gemeldeten HIV-Infektionen in der Russischen Föderation stieg Ende der 1990er Jahre stark an, erreichte mit mehr als 87.000 einen Spitzenwert im Jahr 2001 und ging dann stark zurück, bevor in den Jahren 2003–2005 mit 33.000–36.000 ein relativ stabiler Wert erreicht wurde (EuroHIV, 2006a). Der Rückgang bei der Anzahl der HIV-Diagnosen nach 2001 mag teilweise dadurch zu erklären sein, dass weniger HIV-Tests bei Bevölkerungsgruppen durchgeführt wurden, die einem besonders hohen Risiko der HIV-Infektion ausgesetzt waren, wie zum Beispiel bei Drogenkonsumenten und Gefängnisinsassen. In den Jahren 2000–2004 wurden 51% weniger HIV-Tests unter Menschen mit intra-

venösem Drogenkonsum und 30% weniger HIV-Tests unter Gefängnisinsassen durchgeführt (Federal AIDS Center, 2005). Bei den Drogenkonsumenten spiegelt der Rückgang der Anzahl der HIV-Tests auch die Tatsache wider, dass in einigen der für die Sozialarbeiter und die medizinischen Berufe zugänglichen Kreise der Drogenkonsumenten die HIV-Prävalenz einen Sättigungsgrad erreicht hatte und nur noch eine sinkende Anzahl von Drogenkonsumenten übrig blieb, die noch nicht auf HIV getestet waren. (Wenn ein Drogenkonsument positiv getestet wurde, wurde er nicht noch einmal getestet.) Außerdem scheint die Gesamtzahl der Drogenkonsumenten abgenommen zu haben. Im Jahr 2003 gab es zum Beispiel im Vergleich zu 2002 17% weniger neu registrierte Drogenkonsumenten (Ministry of Health and Social Development, 2004). Dementsprechend ging die Anzahl der HIV-Neudiagnosen unter Drogenkonsumenten und Gefängnisinsassen – und damit auch die Gesamtzahl der gemeldeten HIV-Fälle – zurück.

Gleichzeitig deuten HIV-Routinetests unter Drogenkonsumenten, die entweder niemals zuvor getestet wurden oder die vorher HIV-negativ waren, an, dass es nach 2001 zu einem starken Rückgang der HIV-Inzidenz unter Drogenkonsumenten gekommen ist (Pokrovskiy, 2006). Dies zeigt, dass die HIV-Prävalenz bei Menschen, die kein steriles Drogenbesteck nutzen, um die Jahrtausendwende einen Sättigungsgrad erreicht hat. Dies gilt zumindest in den Teilen des Landes, in denen sich HIV schnell in großen Gruppen von Drogenkonsumenten ausgebreitet hat. So kam es zu einem beträchtlichen Rückgang der Zahl der HIV-Neuinfektionen. In der Folge verändert sich das Gesicht der Epidemie in Russland allmählich. Die Anzahl der neu gemeldeten HIV-Fälle unter Menschen, die kein steriles Drogenbesteck nutzen, ging im Zeitraum 2001–2005 um den Faktor fünf zurück (von mehr als 48.000 auf knapp über 10.000) (EuroHIV, 2006a). Darüber hinaus sank auch der Anteil der HIV-Neuinfektionen, der möglicherweise mit der Benutzung unsterilen Drogenbestecks in Zusammenhang gebracht werden kann (von mehr als 90% im Jahr 2000 auf 66% im Jahr 2005) (Federal Research and Methodological Center for AIDS Prevention and Control, 2005).

Die Epidemie in Russland trifft junge Menschen am schwersten: Ungefähr 80% der Personen mit HIV sind zwischen 15 und 30 Jahre alt.

Der Anteil der HIV-Neuinfektionen aufgrund ungeschützten Geschlechtsverkehrs ist hingegen in der Zwischenzeit gestiegen. Mehr als 40% der neu gemeldeten HIV-Infektionen im Jahr 2005 wurden bei Frauen festgestellt, das ist ein größerer Anteil als jemals zuvor (Pokrovskiy, 2006). Eine Minderheit dieser Frauen hat sich das Virus wahrscheinlich durch die Benutzung unsteriler Drogenbestecke zugezogen. Die meisten von ihnen haben sich jedoch vermutlich durch ungeschützten Sex mit einem Drogenkonsumenten infiziert. Diese Art der Verbreitung von HIV ist besonders in denjenigen Regionen augenscheinlich, die als Erste einen Ausbruch von HIV erlebt haben (zum Beispiel der Großraum Kaliningrad, Krasnodarskiy Krai und Nizhniy Novgorod). Der Trend ist jetzt jedoch auch in Regionen mit einer jüngeren Epidemie zu beobachten (darunter die Städte Moskau und Sankt Petersburg, Novgorod, Orenburg, Rostov und Wolgograd). Unter den schwangeren Frauen in Sankt Petersburg stieg die HIV-Prävalenz zum Beispiel von 0,02% im Jahr 1999 auf 1,25% im Jahr 2002 (Khaldeeva et al., 2002). Wenn die Präventivmaßnahmen nicht ausgebaut werden – besonders unter den Drogenkonsumenten und ihren Sexualpartnern sowie unter den Sexarbeitern und -arbeiterinnen und ihren Kunden – wird die AIDS-Epidemie in der Russischen Föderation weiter anwachsen.

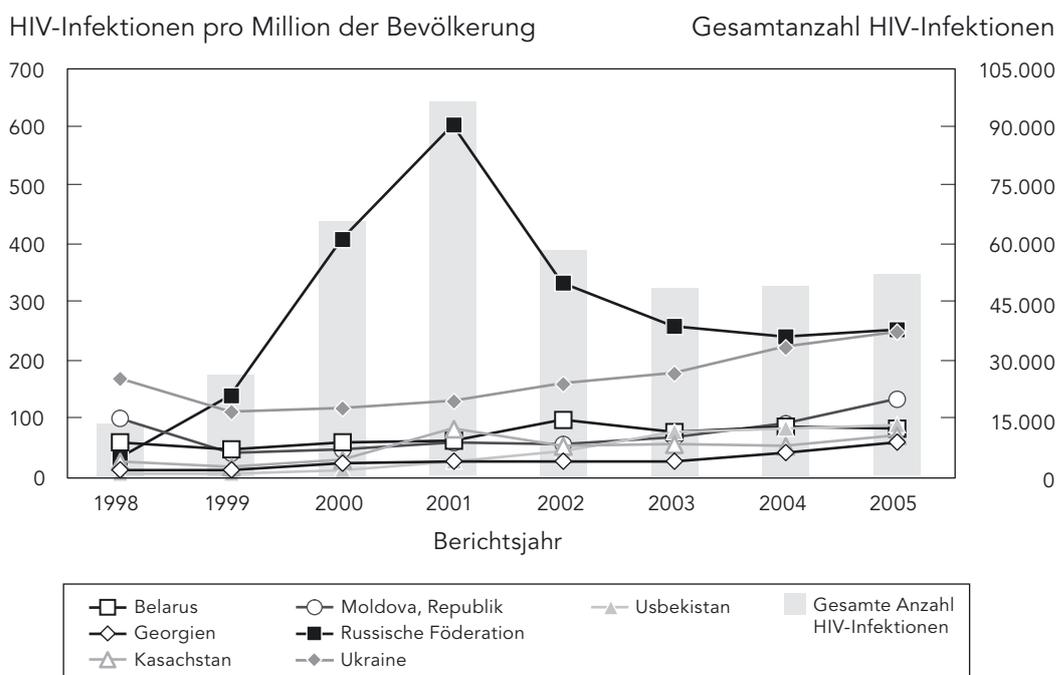
Der exponentielle Anstieg der HIV-Infektionen in den 1990er Jahren wurde hauptsächlich durch den Anstieg in den Kreisen der Drogenkonsumenten verursacht, von denen viele anschließend das Virus an ihre Sexualpartner weitergaben. Daraufhin schien sich die Wachstumsrate der Epidemie zu verlangsamen. Es ist jedoch möglich, dass die HIV-Prävalenz wieder zu steigen beginnt. Dies ist darauf zurückzuführen, dass in vielen Regionen HIV unter den Drogenkonsumenten noch nicht die Sättigungsgrenze erreicht hat und dass dadurch die Gefahr besteht, dass sich die HIV-Inzidenz in diesen Regionen erhöht. Darüber hinaus könnten in der Zukunft neue Spitzenwerte bei der Zahl der

Neuinfektionen erreicht werden, da HIV sich auf die allgemeine Bevölkerung ausdehnt und eine größere Anzahl von Menschen sich durch ungeschützten Sex mit dem Virus infizieren kann (Pokrovskiy, 2006). Dies kann jedoch dadurch vermieden werden, dass effiziente Programme für die vulnerabelsten Kreise der Bevölkerung entwickelt werden, so dass diese sich selbst gegen eine HIV-Infektion schützen können. Die Russische Föderation hat noch immer die Möglichkeit, dies zu erreichen. Nachdem die Rate der HIV-Neuinfektionen unter schwangeren Frauen im Zeitraum 1999–2002 stark angestiegen ist, hat sich die

anderem eine hohe Jugendarbeitslosigkeit, ein Boom im Drogenhandel und das Wachstum der informellen Schattenwirtschaft) haben in Kombination mit dem Zusammenbruch der ehemaligen Sowjetunion den Drogenkonsum in der Russischen Föderation angeheizt (Rhodes et al., 2006). Eine Studie in Sankt Petersburg stellte zum Beispiel fest, dass nahezu zwei Drittel (62%) der Drogenkonsumenten entweder arbeitslos oder unterbeschäftigt sind (Kozlov et al., 2006).

In unterschiedlichen Regionen und Orten gibt es große Unterschiede in der HIV-Prävalenz

Jährlich neu diagnostizierte Zahl von HIV-Infektionen pro Million Bevölkerung und Gesamtzahl der HIV-Infektionen nach Land, Osteuropa und Zentralasien, 1998–2005



Source: EuroHIV, 2006.

Abbildung 10

Zahl später stabilisiert, was darauf hindeutet, dass die Ausbreitung von HIV über die Gruppe der Drogenkonsumenten hinaus noch nicht so groß ist, wie dies vorher befürchtet wurde (Pokrovskiy, 2006).

In der Zwischenzeit jedoch bleibt die Benutzung unsteriler Drogenbestecke der größte Risikofaktor der Epidemie in Russland. Soziale und wirtschaftliche Faktoren (unter

unter Drogenkonsumenten, was möglicherweise auch auf unterschiedliches Risikoverhalten zurückzuführen ist. Verschiedene Studien wiesen HIV-Prävalenzen zwischen nur 3% in Wolgograd (Rhodes et al., 2006) und 3,5%–9% in Barnaul, bis zu 12%–14% in Moskau (Rhodes et al., 2006); (Koshkina et al., 2003), 30% in Sankt Petersburg (Shaboltas et al., 2006) und mehr als 70% in Biysk (Pasteur Scientific and Research Institute

of Epidemiology, 2005a) nach. Bis zu zwei Drittel der Drogenkonsumenten, die in den Studien HIV-positiv getestet wurden, wussten vorher nichts von ihrer Infektion (Rhodes et al., 2006). Kürzlich wurde in Sankt Petersburg eine HIV-Inzidenz von 5% unter Drogenkonsumenten festgestellt, die meisten dieser Drogenkonsumenten (79%) gaben an, unsteriles Drogenbesteck benutzt zu haben (Kozlov et al., 2006). In einigen Städten Russlands gibt es inzwischen Harm-Reduction-Projekte, doch ihre Gesamtzahl ist immer noch zu klein und die Größe der Projekte ist nicht ausreichend, um die allgemeinen HIV-Trends wirksam zu beeinflussen.

Die Tatsache, dass bei 8% der Drogenkonsumenten in Moskau und 20% der Drogenkonsumenten in Wolgograd Syphilis festgestellt wurde, zeigt, dass ungeschützter Sex unter den intravenös spritzenden Drogenkonsumenten weit verbreitet ist (Rhodes et al., 2006). In einigen Städten, besonders Sankt Petersburg, gibt es eine starke Verbindung zwischen dem intravenösen Drogenkonsum und der Sexarbeit: Ein Drittel aller weiblichen Drogenkonsumenten geben an, dass sie Sex für Geld oder Drogen verkaufen (Kozlov et al., 2006). Die sehr hohe HIV-Prävalenz unter Sexarbeitern und -arbeiterinnen in dieser Stadt (48%) ist hauptsächlich darauf zurückzuführen, dass die Mehrheit von ihnen auch Drogen konsumiert und möglicherweise unsauberes Drogenbesteck benutzt (Smolskaya et al., 2005). Hohe HIV-Infektionszahlen von 14%–16% zeigen sich auch unter den Sexarbeitern und -arbeiterinnen in den Großräumen Volgograd, Altayskiy Kray (Pasteur Scientific and Research Institute of Epidemiology, 2005b) und in Ekaterinenburg (Smolskaya et al., 2004). Im Gegensatz zu Sankt Petersburg, wo die SexarbeiterInnen in der Regel unabhängig arbeiten, sind die SexarbeiterInnen in Moskau in streng organisierten Strukturen tätig, in denen der Drogenkonsum aktiv bekämpft wird. Weniger als 5% der SexarbeiterInnen in Moskau gaben in einer Studie an, dass sie Drogen konsumieren (Smolskaya et al., 2004), und die HIV-Prävalenz unter ihnen ist gering (3%) (AIDS Infoshare, 2005).

Angesichts der Tatsache, dass die intravenös spritzenden Drogenkonsumenten und SexarbeiterInnen eine sehr hohe Chance haben, in Gewahrsam genommen zu werden oder

im Gefängnis zu landen, ist es nicht überraschend, dass die Gesamtzahl der aus Russlands Gefängnisssystem gemeldeten HIV-Fälle von 7.500 im Jahr 1999 auf 32.000 im Jahr 2005 gestiegen ist (Ministry of Health and Social Development, 2006). Eine neuere Studie unter den Drogenkonsumenten in Moskau stellte ein erhöhtes Risiko der HIV-Infektion unter den Gefängnisinsassen fest (Rhodes et al., 2006). In einigen Ländern in anderen Teilen der Welt ist die Bereitstellung von sterilen Nadeln und Spritzen in den Gefängnissen Teil eines weitreichenden Präventionsprogramms. Leider treten in dieser Region jedoch die Harm-Reduction-Ansätze des öffentlichen Gesundheitsdienstes hinter die traditionelleren Strafverfolgungsgedanken im Umgang mit illegalem Drogenkonsum zurück.

Wie in anderen Staaten in der Region ist das Ausmaß der HIV-Übertragung unter Männern, die Sex mit Männern haben, auch in Russland noch unzureichend erforscht. In einer Studie in Tomsk und Ekaterinenburg im Jahr 2003 wurde unter Männern, die Sex mit Männern haben, eine HIV-Prävalenz von 0% beziehungsweise 4,8% festgestellt. 60% der Männer gaben jedoch an, dass sie beim letzten Sex mit einem anderen Mann kein Kondom benutzt hatten (Smolskaya et al., 2004). In einer neueren Internet-Studie berichteten 12% der Männer, die Sex mit Männern haben, dass sie Sex gegen Geld oder Geschenke ausgetauscht hatten, aber zwei Drittel wiesen auch darauf hin, dass sie immer Kondome benutzten, ganz gleich, ob es sich um einen regelmäßigen Sexualpartner oder um einen Gelegenheitspartner handelte (Population Services International, 2006). Eine solche Prävalenz ungeschützten Verhaltens könnte in einem größeren Zusammenhang mit Drogenkonsum und einer erhöhten sexuellen Übertragung von HIV dazu führen, dass die Epidemie in dieser Bevölkerungsgruppe wächst (EuroHIV, 2006b). Die HIV-Prävalenz von 0,5%, die während diagnostischer Untersuchungen von Männern, die Sex mit Männern haben, im Jahr 2004 in der Russischen Föderation festgestellt wurde, lag höher als der Wert von 0,2%, der im Jahr 2000 gemeldet wurde (EuroHIV, 2006b).

Das Wachstum der HIV-Epidemie in der **Ukraine** hält an. Die Zahl der jährlichen HIV-Diagnosen hat sich seit dem Jahr 2000 verdoppelt und stieg im Jahr 2005 auf einen

Wert von 13.786, wodurch die Gesamtanzahl der offiziell gemeldeten HIV-Infektionen auf mehr als 97.000 anstieg (Ministry of Health Ukraine, 2006a). Da diese Zahl sich nur auf Infektionen unter Menschen bezieht, die in Regierungseinrichtungen getestet wurden, ist die tatsächliche Anzahl der Menschen mit HIV in der Ukraine noch erheblich höher – schätzungsweise liegt diese Zahl Ende 2005 bei 377.000 [250.000–680.000]. Die nationale HIV-Prävalenz unter Erwachsenen wird im Jahr 2005 auf 1,5% [0,8%–4,3%] geschätzt (Ministry of Health Ukraine et al., 2006b).

Die Epidemie in der Ukraine hat ihren Schwerpunkt noch immer bei den Bevölkerungsgruppen, die dem höchsten Risiko ausgesetzt sind. Die HIV-Prävalenz unter Drogenkonsumenten, Sexarbeitern und -arbeiterinnen und Männern, die Sex mit Männern haben, ist kontinuierlich über einem Wert von 5% geblieben. Sie beträgt aber unter schwangeren Frauen in städtischen Gebieten weniger als 1% (Ministry of Health Ukraine et al., 2006b). Wenn auch mehr neue HIV-Fälle sexuell übertragen werden und Menschen betreffen, die keine aktive Drogenlaufbahn haben (Grund J.-P. et al., 2005), ist der Gebrauch unsteriler Drogenbestecke immer noch einer der Hauptrisikofaktoren für eine HIV-Infektion in dieser Region. Mehr als 45% der HIV-Neuinfektionen, die im ersten Halbjahr 2006 gemeldet wurden, betrafen intravenös spritzende Drogenkonsumenten (Ministry of Health Ukraine et al., 2006a). Der Anteil der Drogenkonsumenten an allen neuen HIV-Fällen ist zwar zurückgegangen (zum Vergleich: Der Prozentsatz in den ersten sechs Monaten 2001 lag bei ungefähr 60%), doch es gibt noch keine Hinweise darauf, dass die Epidemie unter Drogenkonsumenten zurückgeht. In der ersten Hälfte des Jahres 2006 stieg die Anzahl der gemeldeten Drogenkonsumenten mit HIV im Vergleich zum Jahr 2003 um 34% (Ministry of Health Ukraine et al., 2006a).

Die HIV-Prävalenz unter Drogenkonsumenten ist sehr hoch und reicht von 10% in der Stadt Sumy bis zu mehr als 66% in der Stadt Mykolayiv (Ministry of Health Ukraine, 2006b). In der Hauptstadt Kiev sind fast 49% der Drogenkonsumenten neueren Studien zufolge HIV-infiziert (Ministry of Health Ukraine, 2006b). Nach einer Schätzung ist mehr als die Hälfte (55%–60%) aller HIV-Neuinfektionen, die

in den stark betroffenen Regionen von Donetsk und Odessa auf die sexuelle Übertragung zurückgeführt werden, durch ungeschützten Sex mit einem infizierten Drogenkonsumenten entstanden (Scherbinska et al., 2006).

In Russland und in der Ukraine mehren sich die Anzeichen für bisher versteckte Epidemien unter Männern, die Sex mit Männern haben.

Sexarbeit ist bei der HIV-Epidemie in der Ukraine ein wichtiger Faktor. In der jährlichen HIV-Erhebung aus dem Jahr 2005 wurde festgestellt, dass 8% der Sexarbeiterinnen in Kiev HIV-infiziert sind. In einigen anderen Städten lag die HIV-Prävalenz bei Sexarbeiterinnen beträchtlich höher. In den Städten Poltava, Odessa, Lutsk und Donetsk waren mehr als ein Viertel (25%–29%) und in der Stadt Mykolayiv fast ein Drittel (32%) der Sexarbeiterinnen betroffen (Ministry of Health Ukraine et al., 2006a).

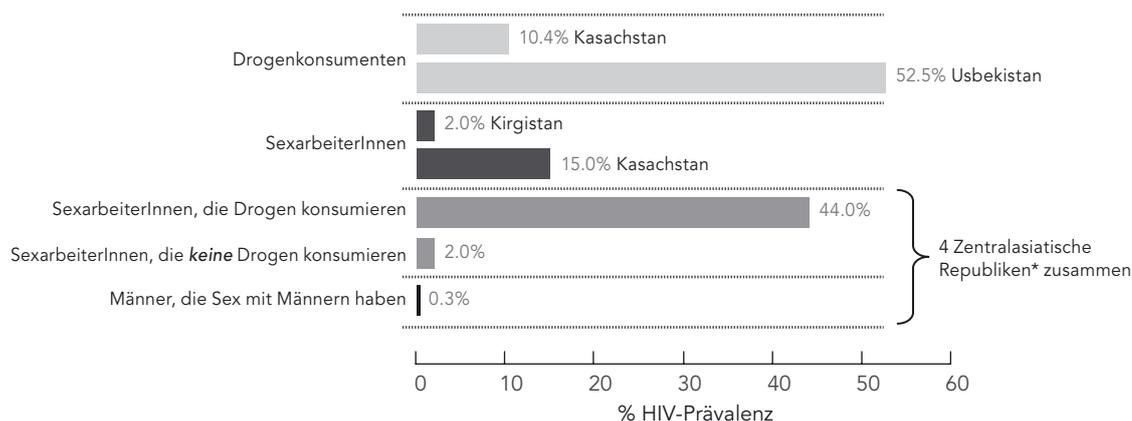
Die Ukraine ist ein Beispiel dafür, wie schnell eine HIV-Epidemie sich über die Hochrisikogruppen hinaus in die allgemeine Bevölkerung ausbreiten kann. Der Anteil der Personen, die durch heterosexuellen Kontakt infiziert wurden, ist von 14% der Neuinfektionen im Zeitraum 1999–2003 auf mehr als 35% der Neuinfektionen in den ersten sechs Monaten des Jahres 2006 gestiegen (Ministry of Health Ukraine et al., 2006a). Unter den 8.058 neu gemeldeten HIV-Fällen in der ersten Jahreshälfte 2006 waren 41% Frauen, die meisten von ihnen im gebärfähigen Alter (Ukrainian AIDS Centre, 2006). Die HIV-Prävalenz unter schwangeren Frauen in der Ukraine hat im Vergleich zu anderen Ländern in Europa einen Spitzenwert erreicht: 0,31% Mitte 2006 nach einem Wert von 0,002% im Jahr 1995 (Ministry of Health Ukraine et al., 2006a). Mitte 2006 überstieg die HIV-Prävalenz unter schwangeren Frauen in fünf stark betroffenen Regionen der Ukraine (Chernigiv, Donetsk, Odessa, Dnepropetrovsk und Mykolayiv) die Marke von 0,8% (Ukrainian AIDS Centre, 2006). Die Anzahl der Kinder, die von HIV-positiven Müttern zur Welt gebracht werden, steigt ebenfalls

und erreichte in den ersten sechs Monaten 2006 mit 1.320 einen neuen Höchstwert (Ministry of Health Ukraine et al., 2006a). Dennoch hat die Ukraine bei der Reduzierung der Mutter-Kind-Übertragung bedeutende Fortschritte gemacht. Ende 2005 erhielten mehr als 90% der HIV-infizierten schwangeren Frauen eine antiretrovirale Prophylaxe zur Senkung des Übertragungsrisikos des Virus auf die Neugeborenen. Dies führte zu einer Reduzierung der Mutter-Kind-Übertragung seit 2001 um den Faktor drei (von 28% auf 8%) (Ministry of Health Ukraine, 2006a; Ministry

HIV-positiv registriert (State Department for the Execution of Punishment, 2006), und 1.530 Gefängnisinsassen wurden in den ersten sechs Monaten des Jahres 2006 neu als HIV-positiv gemeldet (Ukrainian AIDS Centre, 2006). Schätzungen zufolge ist die HIV-Prävalenz unter Gefängnisinsassen von 9% im Jahr 2003 auf 14% Mitte 2006 gestiegen (Ukrainian AIDS Centre, 2006).

Untersuchungen der Rolle, die der Sex unter Männern bei der HIV-Epidemie in der Ukraine spielt, sind sehr selten. Die Ukraine

HIV-Prävalenz unter Drogenkonsumenten, SexarbeiterInnen und Männern, die Sex mit Männern haben in Zentralasien, ausgewählte Studien, 2005



Quelle: [XVI International AIDS Conference abstract] – CDC Central Asia offices (Almaty & Tashkent), National and City HIV/AIDS centers.

Abbildung 11

of Health Ukraine, 2006b). Die HIV-Diagnose und die Verhinderung der Mutter-Kind-Übertragung unter Frauen, die nicht zur Schwangerenvorsorge gehen, und die rechtzeitige und genaue Diagnose von HIV unter Neugeborenen bleiben jedoch weiterhin große Herausforderungen.

Zwei weitere Facetten der Epidemie in diesem Land verdienen Aufmerksamkeit: Wie in den meisten Ländern, deren HIV-Epidemien stark mit dem Drogenkonsum verbunden sind, ist auch hier eine hohe HIV-Prävalenz in Gefängnissen zu beobachten. Im Justizvollzugssystem der Ukraine waren Mitte 2006 etwas mehr als 4.300 Gefängnisinsassen als

hat die Kriminalisierung des homosexuellen Geschlechtsverkehrs im Jahr 1991 abgeschafft, dennoch bleiben Männer, die Sex mit Männern haben, in der ukrainischen Gesellschaft stigmatisiert. Begrenzte stichprobenartige Erhebungen unter dieser Population haben ergeben, dass die HIV-Prävalenz in den Städten Odessa und Mykolayiv bei 28% beziehungsweise 29% liegt (Ministry of Health Ukraine, 2006a). Bemühungen zur Stärkung des Wissens um HIV und um Präventivverhalten unter Gefängnisinsassen und Männern, die Sex mit Männern haben, müssen verbessert und ausgeweitet werden.

Einige der Epidemien in den anderen Ländern dieser Region steigen ebenfalls an, wenn auch in einem sehr viel kleineren Maßstab. Seit 2001 haben sich die Raten der neu gemeldeten HIV-Infektionen in **Georgien** (von 20 pro Million auf 54 im Jahr 2005) und in **Moldawien** (von 55 auf 127) mehr als verdoppelt und in **Usbekistan** sogar fast vervierfacht (von 22 auf 83) (EuroHIV, 2006a).

Die größte Epidemie in Zentralasien ist in **Usbekistan** zu finden, das sich im Zentrum der wichtigsten Drogenhandelsrouten befindet (Godinho et al., 2005). Hier hat sich die Anzahl der gemeldeten HIV-Fälle seit 2001 mehr als verdoppelt und im Jahr 2005 einen Wert von 2.198 erreicht (EuroHIV, 2006a). Im Jahr 2005 lebten schätzungsweise 31.000 [15.000–99.000] Menschen mit HIV in diesem Land (UNAIDS, 2006). Die Epidemie, die sich weitgehend auf die Hauptstadt Taschkent und die Gegend um Taschkent konzentriert, wird hauptsächlich durch die steigenden Zahlen von HIV-Infektionen unter Drogenkonsumenten bestimmt – diese stiegen von 447 im Jahr 2001 auf 1.140 im Jahr 2005 (EuroHIV, 2006a; Todd et al., 2005; WHO, 2005). In einer Studie in Taschkent wurden 30% der untersuchten Drogenkonsumenten positiv auf HIV getestet. Die meisten Personen aus dieser Gruppe waren arbeitslos. Die geringen Raten des Kondomgebrauchs, die von den Drogenkonsumenten gemeldet werden, unterstreichen die Gefahr der sexuellen Übertragung von HIV auf ihre Partnerinnen und Partner (Sanchez et al., 2006) und die Wahrscheinlichkeit, dass diese Epidemie sich noch weiter ausbreiten wird.

Es werden mehr konzentrierte Anstrengungen benötigt, um die Ausweitung der HIV-Epidemie unter der Drogen konsumierenden Population von **Kasachstan** (die auf mehr als 100.000 Menschen geschätzt wird) und darüber hinaus einzudämmen (Ministry of Health Kazakhstan et al., 2004). 17% der 200 intravenös spritzenden Drogenkonsumenten, die in einer Studie in Temirtau erfasst wurden, wurden positiv auf HIV getestet (Ministry of Health Kazakhstan et al., 2005), und Drogenkonsumenten machen mehr als zwei Drittel (68%) der im Jahr 2005 neu gemeldeten HIV-Infektionen in Kasachstan aus (ein Drittel mehr als die 699 im Jahr 2004 gemeldeten Fälle) (EuroHIV, 2006a). In den Justizvollzugsanstalten

leben schätzungsweise mehr als 1.200 Personen mit HIV (WHO, 2005).

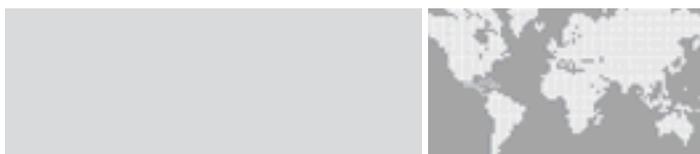
Die Epidemien in **Kirgisien** und **Tadschikistan** sind sehr viel kleiner. Auch hier finden die meisten HIV-Neuinfektionen bei Drogenkonsumenten statt. In **Tadschikistan** hat sich die Zahl der offiziell gemeldeten HIV-Diagnosen unter intravenös spritzenden Drogenkonsumenten seit 2001 vervierfacht (von 31 auf 142 im Jahr 2005) (EuroHIV, 2006a). Nach Maßgabe einer vor kurzem durchgeführten Studie in zwei Städten sind nahezu 16% der Drogenkonsumenten mit dem HI-Virus infiziert, ebenso mehr als 6% der dortigen Gefängnisinsassen (Ministry of Health Tajikistan, 2006). Im Gegensatz zu **Tadschikistan** scheint die Epidemie in **Kirgisien** derzeit mit 130–170 neu gemeldeten Infektionen jährlich seit 2001 relativ stabil (EuroHIV, 2006a). In **Turkmenistan** wurden nur sehr wenige HIV-Fälle gemeldet, und über die Muster und Trends der HIV-Übertragung in diesem Land ist nur wenig bekannt (EuroHIV, 2006a).

In **Weißrussland** ist die Anzahl der neu gemeldeten HIV-Fälle in den letzten Jahren relativ konstant geblieben (bei 710–780 pro Jahr) (EuroHIV, 2006a). Die meisten neu gemeldeten HIV-Infektionen waren auf ungeschützten Sex zurückzuführen, häufig auf Sex mit Personen, die sich selbst über unsteriles Drogenbesteck infiziert hatten (WHO, 2005). Unter Drogenkonsumenten wurden HIV-Infektionsraten von bis zu 34% (in Zhlobine) und 30% (in der Hauptstadt Minsk) festgestellt (WHO, 2005). Die größte Konzentration von HIV-Fällen ist in Minsk und in der Region Homyel (im Süden) zu finden.

In Usbekistan, wo die wichtigsten Routen des Drogenhandels verlaufen, hat sich die Anzahl der gemeldeten HIV-Fälle mehr als verdoppelt, und in Tadschikistan hat sich die Anzahl seit 2001 vervierfacht.

Im Jahr 2005 wurden in **Moldawien** im Vergleich zu 2002 doppelt so viele HIV-Fälle gemeldet (533 nach 209 im Jahr 2002). Ungefähr die Hälfte der neu gemeldeten Infektionen ist auf ungeschützte

Sexualpraktiken zurückzuführen (EuroHIV, 2006a). In **Georgien** konnte ebenfalls ein steigender Trend bei den neu gemeldeten HIV-Infektionen beobachtet werden: Die im Jahr 2005 registrierten 242 Infektionen stellten fast eine Verdoppelung der Zahlen aus dem Jahr 2002 dar (EuroHIV, 2006a). Unter den HIV-Fällen, für die der Übertragungsweg bekannt ist, sind die meisten auf die Benutzung unsteriler Drogenbestecke zurückzuführen (WHO, 2005). Die gleichen Trends sind auch in **Armenien** zu beobachten, wo die Mehrzahl der Drogenkonsumenten mit HIV sich Vermutungen zufolge in der Russischen Föderation oder in der Ukraine infiziert hat. Nahezu die Hälfte der bis zum Jahr 2005 registrierten HIV-Fälle traten in der Hauptstadt Yerevan auf (WHO, 2005).



KARIBIK

Fast drei Viertel der 250.000 [190.000–320.000] Menschen mit HIV in der Karibik sind in den zwei Ländern auf der Insel Hispaniola zu finden: in der **Dominikanischen Republik** und in **Haiti**. Die nationale HIV-Prävalenz unter Erwachsenen ist jedoch in der gesamten Region hoch: Sie beträgt in **Barbados**, der **Dominikanischen Republik** und **Jamaika** 1%–2%, und auf den **Bahamas**, **Haiti** und **Trinidad und Tobago** 2%–4%. **Kuba** ist mit einer Prävalenz von unter 0,1% die Ausnahme. Insgesamt infizierten sich schätzungsweise 27.000 [20.000–41.000] Menschen in der Karibik im Jahr 2006 mit dem HI-Virus. Auch wenn die HIV-Prävalenz in der Dominikanischen Republik stabil geblieben und in einigen städtischen Bereichen Haitis sogar zurückgegangen sind, so zeigen lokale Trends dennoch an, dass beide Länder sich gegen ein Wiederaufflammen der Epidemien wappnen müssen.

In einigen Ländern wurden durch den besseren Zugang zu antiretroviraler Behandlung klare Erfolge im Kampf gegen die Epidemie erzielt; dies ist besonders augenfällig auf den **Bahamas**, **Barbados**, **Kuba** und **Jamaika** (WHO/UNAIDS, 2006). Dennoch forderte AIDS in der Karibik im Jahr 2006 19.000 [14.000–25.000] Opfer und wurde so zu einer der führenden Todesursachen unter Erwachsenen (in der Altersgruppe 15–44 Jahre).

Die weitgehend heterosexuell übertragenen Epidemien in der Karibik sind vor dem Hintergrund großer Ungleichheiten zwischen den Geschlechtern zu sehen und werden durch eine blühende Sexindustrie gefördert, die sowohl die lokale als auch die ausländische Kundschaft bedient. Sex unter Männern, ein verstecktes

Phänomen in einem im Grunde genommen homophoben gesellschaftlichen Umfeld in der Region, ist ein kleinerer, doch wichtiger Faktor, und der ungeschützte Sex unter Männern ist Schätzungen zufolge für ungefähr ein Zehntel der gemeldeten HIV-Fälle in der Region verantwortlich (Caribbean Commission on Health and Development, 2005; Inciardi, Syvertsen, Surratt, 2005).

Die neuesten HIV-Daten für **Haiti** schätzen die nationale HIV-Prävalenz unter Erwachsenen auf 2,2%, wobei die höchsten Prävalenzen in den Departements Nippes (3,8%), Süden (2,9%) und Norden (2,6%) zu finden sind (Institut Haitien de l'Enfance and ORC Macro, 2006). In Haitis Hauptstadt Port-au-Prince und anderen städtischen Gegenden ging die HIV-Prävalenz unter schwangeren Frauen im Zeitraum 1993–2004 um zwei Drittel von 9,4% auf 3,3% zurück. Dieser Trend ist jedoch nicht in gleichem Maße in den ländlichen Gebieten und unter jüngeren Schwangeren (in der Altersgruppe 24 Jahre und jünger) festzustellen.

Einige Länder machen Fortschritte im Kampf gegen die Epidemie; die positive Wirkung eines breiteren Zugangs zu antiretroviraler Behandlung zeigt sich besonders deutlich auf den Bahamas, Barbados, Kuba und Jamaika.

Die rückläufigen Trends sind höchstwahrscheinlich auf einige offensichtlich positive Verhaltensänderungen zurückzuführen. Nahezu

alle weiblichen Sexarbeiter in Port-au-Prince gaben zum Beispiel an, dass sie beim letzten käuflichen Sex ein Kondom benutzt hatten. In der allgemeinen Bevölkerung benutzten zur Jahrtausendwende im Vergleich zu Mitte der 1990er Jahre immer mehr Menschen Kondome beim Sex mit Gelegenheitspartnern oder entschieden sich für ein sexuell abstinentes Leben oder für Treue. Die HIV-Inzidenz hatte jedoch bereits um 1990 herum langsam abgenommen, noch bevor diese Verhaltensänderungen zu beobachten waren. Es ist daher wahrscheinlich, dass eine erhöhte Sterblichkeit und Verbesserungen in der Sicherheit von Blutspenden ebenfalls einen Beitrag zum Rückgang der HIV-Prävalenz geleistet haben. Die HIV-Prävalenz unter Blutspendern in Port-au-Prince erreichte zum Beispiel Ende der 1980er Jahre mit 6%–7% einen Spitzenwert, nahm dann jedoch im folgenden Jahrzehnt stark ab und fiel bis zum Jahr 2004 auf 1,8%. Eine zirkuläre Migration – Menschen, die in die städtischen Gebiete zogen und dann nach einer HIV-Infektion in die ländlichen Gebiete zurückkehrten, um sich dort in ihrer schweren Krankheit pflegen und betreuen zu lassen – mag ebenfalls zu den rückläufigen Tendenzen in den städtischen Gebieten wie Port-au-Prince geführt haben (Gaillard et al., 2006).

Es gibt Anzeichen dafür, dass sich die Epidemie in **Haiti** verstärken könnte. Wie bereits angemerkt, gibt es in den ländlichen Gebieten unter schwangeren Frauen keine Anzeichen für einen Rückgang der HIV-Prävalenz. Die Benutzung von Kondomen ist in ländlichen Gebieten noch sehr selten: Nur 16% der Frauen und 31% der Männer, die in ländlichen Gebieten leben, gaben an, dass sie beim letzten Gelegenheitssex ein Kondom benutzt hatten (Institut Haïtien de l'Enfance and ORC Macro, 2006). Besonders gefährdet sind hier die verarmten Frauen in ländlichen Gebieten. In diesen Regionen hat sich die wirtschaftliche Abhängigkeit der Frauen von den Männern als einer der größten Risikofaktoren für eine HIV-Infektion erwiesen (Louis et al., 2006). Darüber hinaus kommen immer mehr junge Haitianer in das sexuell aktive Alter, der sexuelle Erstkontakt erfolgt in immer jüngerem Alter, und nur eine Minderheit benutzt bei Gelegenheitssex Kondome (Gaillard et al., 2006). Etwas über ein Viertel (ungefähr 28%) der sexuell aktiven jungen Frauen (in der Altersgruppe 15–24) benutzte beim letzten Sex mit einem Gelegenheitspartner

ein Kondom, der entsprechende Wert unter den Männern der gleichen Altersgruppe lag bei ungefähr 42% (Institut Haïtien de l'Enfance and ORC Macro, 2006). In Cerca-la-Source in der Mitte Haitis wussten 20% der sexuell aktiven Jugendlichen, die nicht mehr in die Schule gingen (Altersgruppe 14–25 Jahre), nicht, was ein Kondom ist, während die Hälfte Kondome kannte, sie jedoch nicht regelmäßig benutzte (Westerbs et al., 2006). HIV-Programme scheinen die jungen Leute nicht überall zu erreichen. Neue Daten zeigen, dass 4,2% der jungen Frauen in den Departements West, Nippes und Nord von Haiti im Jahr 2005 HIV-infiziert waren (damit lag die Prävalenz doppelt so hoch wie die Prävalenz von 2% unter jungen Männern) (Ministry of Public Health and Population Haiti, 2006).

Gleichzeitig macht Haiti, obwohl es eines der ärmsten Länder der Welt ist, langsam, aber sicher Fortschritte bei der Bereitstellung antiretroviraler Therapien für die Bedürftigen, hauptsächlich aufgrund der Bemühungen der Nichtregierungsorganisationen (Cohen, 2006a). Die flächendeckende Versorgung mit antiretroviraler Therapie ist jedoch noch lange nicht erreicht – ungefähr 12% der Menschen, die diese Behandlung benötigen, erhielten sie im Jahr 2005 (WHO/UNAIDS, 2006). Die Folgen der antiretroviralen Behandlung sind eindeutig positiv. Unter den AIDS-Patienten, die in Port-au-Prince eine antiretrovirale Therapie erhielten, überlebten 87% der Erwachsenen und 98% der Kinder das erste Jahr. Ohne Behandlung wären 70% von ihnen innerhalb von zwölf Monaten gestorben (Severe et al., 2005).

In der **Dominikanischen Republik** blieb die HIV-Prävalenz unter schwangeren Frauen insgesamt relativ stabil, die landesweite Prävalenz unter Erwachsenen im Jahr 2005 wird auf 1,1% [0,9%–1,3%] geschätzt (UNAIDS, 2006; Secretaria de Estado de Salud Pública y Asistencia Social de Republica Dominicana, 2005a). Die Epidemie des Landes hängt weitgehend von dem Ausmaß der HIV-Übertragung zwischen Sexarbeitern und -arbeiterinnen und ihren Kunden ab, da die HIV-Prävalenz unter den schätzungsweise 100.000 Sexarbeiterinnen des Landes je nach Wohnort im Bereich zwischen 2,5% und mehr als 12% liegt (Cohen, 2006b). Sextourismus entwickelt sich in der Dominikanischen Republik zwar immer stärker (wie auch in den anderen Ländern der Region),

aber dennoch sind die einheimischen Männer die Hauptkunden des Sexgewerbes im Land (Cohen, 2006b). Seit Beginn der Mitte der 1990er Jahre konnte in den Schwangerschaftsvorsorgekliniken in der Hauptstadt Santo Domingo ein Rückgang der HIV-Prävalenz beobachtet werden – ein Trend, der wahrscheinlich die Bemühungen widerspiegelt, Safer Sex in der Stadt zu fördern (Secretaria de Estado de Salud Pública y Asistencia Social de Republica Dominicana, 2005b). Unter Sexarbeiterinnen, die an einem Solidaritäts-Präventionsprojekt in der Hauptstadt teilnahmen, stieg zum Beispiel der Anteil des Kondomgebrauchs innerhalb von zwölf Monaten von 75% auf 94% (Kerrigan et al., 2006).

Sex unter Männern, der in der Karibik weitestgehend heimlich erfolgt, ist möglicherweise für 10% der gemeldeten HIV-Fälle in dieser Region verantwortlich.

Die höchsten Infektionszahlen findet man in den sogenannten *bateyes* (Barackensiedlungen für die meist aus Haiti stammenden Arbeiter auf den Zuckerrohrplantagen) (Secretaria de Estado de Salud Pública y Asistencia Social de Republica Dominicana, 2005a). Unter den 40–44 Jahre alten männlichen Bewohnern einiger *bateyes* wird eine Prävalenz von bis zu 12% erreicht (Cohen, 2006b). Ungefähr ein Viertel der *bateyes* wird durch die Gesundheitseinrichtungen der Regierung versorgt, doch die Marginalisierung dieser Siedlungen sowie die Sprachbarrieren und die Angst vor allem Staatlichen führen häufig dazu, dass die angebotenen Dienstleistungen nicht angenommen werden (Cohen, 2006).

Der ausgewogene Ansatz in **Barbados**, der sowohl auf HIV-Prävention als auch auf Behandlung setzt, zeigt ermutigende Resultate. Die HIV-Prävalenz unter jungen schwangeren Frauen ging Anfang des neuen Jahrtausends zurück (von 1,1% im Jahr 2000 auf 0,6% im Jahr 2006) (Kumar and Singh, 2004). Gleichzeitig führte die Einführung der antiretroviralen Behandlung im Jahr 2001 zu einem starken Rückgang der AIDS-Todesfälle im Vergleich zum Ende der 1990er Jahre: von 34,2 pro 100.000 Personen (über 16 Jahre) im Zeitraum 1997–1999 auf 17,2 pro 100.000 Personen im Zeitraum 2003–2005. AIDS ist

jedoch immer noch eine signifikante Ursache für frühe Todesfälle unter Erwachsenen. Ein Hauptgrund dafür ist, dass viele Menschen sich erst dann für eine Behandlung entscheiden, wenn sie bereits schwer krank sind (Kilaru et al., 2006). Eine Untersuchung zur Annahme der Gesundheitsleistungen durch Frauen mit der Diagnose HIV im Zeitraum 1994–2004 stellte fest, dass mehr als ein Drittel (37%) der Frauen, auch nachdem sie von ihrem HIV-Status erfahren hatten, niemals eine HIV-Klinik zur Behandlung und Betreuung aufgesucht hatten. Aus diesem Grund war die Sterblichkeitsrate unter diesen Frauen sehr hoch (Kumar et al., 2006).

Auch die HIV-Prävalenz unter jungen schwangeren Frauen auf den **Bahamas** ist zurückgegangen – von 3,6% im Jahr 1996 auf 3% im Jahr 2002 –, und die Infektionen unter den Personen, die sich wegen anderer sexuell übertragener Krankheiten behandeln lassen wollten, sind ebenfalls zurückgegangen. Die Bahamas waren auch bei der Senkung der Mutter-Kind-Übertragung von HIV erfolgreich und konnten die jährliche Anzahl der auf AIDS zurückzuführenden Todesfälle durch die Bereitstellung antiretroviraler Therapien senken (Caribbean Commission on Health and Development, 2005; Department of Public Health The Bahamas, 2004).

Der ausgewogene Ansatz in Barbados, der sowohl auf HIV-Prävention als auch auf Behandlung setzt, zeigt ermutigende Resultate.

Guyanas Programm zur antiretroviralen Therapie, das bis Mitte 2006 mehr als die Hälfte der Bedürftigen erreicht hat (WHO/UNAIDS, 2006), kann möglicherweise die steigende Tendenz der AIDS-Todesfälle in den letzten Jahren umkehren. Im Jahr 2005 war AIDS unter den 25- bis 34-Jährigen in diesem zweitärmsten Land der Karibik eine der häufigsten Todesursachen (Guyana Presidential Commission on HIV/AIDS, 2006). HIV scheint sich von den Risikogruppen auf die allgemeine Bevölkerung ausgeweitet zu haben, und die nationale HIV-Prävalenz 2005 wird auf 2,4% [1,0%–4,9%] geschätzt. Die HIV-Übertragung durch käuflichen Sex ist jedoch nach wie vor einer der

größten Risikofaktoren für die Infektion. Unter den Sexarbeiterinnen sind immer noch außergewöhnlich hohe HIV-Infektionsraten festzustellen: zum Beispiel 31% in Georgetown (Allen et al., 2006). Im Jahr 2005 wurde eine Prävalenz von 17% unter Menschen verzeichnet, die Kliniken zur Behandlung von sexuell übertragbaren Krankheiten aufsuchten. Dies ist ein weiteres Anzeichen dafür, dass ungeschützter Sex weit verbreitet ist. Eine Studie zur Untersuchung der Rolle, die Sex unter Männern bei der Epidemie in Guyana spielt, stellte fest, dass 21% der Männer, die in der Region Demerara-Mahaica (im Nordosten) Sex mit Männern hatten, mit HIV infiziert waren (Guyana Presidential Commission on HIV/AIDS, 2006). Für **Surinam**, wo die nationale HIV-Prävalenz im Jahr 2005 auf 1,9% [1,1%–3,1%] geschätzt wird, liegen nur wenig neue HIV-Daten vor (UNAIDS, 2006).

Die nationale HIV-Prävalenz unter Erwachsenen in **Jamaika** scheint sich stabilisiert zu haben und wird im Jahr 2005 auf 1,5% [0,8%–2,4%] geschätzt (UNAIDS, 2006). Allerdings wurden 2% der schwangeren Frauen in den Gemeinden St. James und Westmoreland im Jahr 2005 HIV-positiv getestet. Die HIV-Infektionen unter Personen, die Kliniken zur Behandlung von sexuell übertragbaren Krankheiten aufsuchen, liegen mit mehr als 5% in den Gemeinden Kingston und St. Andrew und St. James sehr hoch (Ministry of Health Jamaica, 2006). Sexarbeiterinnen spielen eine große Rolle bei der weitgehend heterosexuellen Epidemie in Jamaika. Fast 9% der Sexarbeiterinnen wurden in einer neuen Studie HIV-positiv getestet. Es wurde festgestellt, dass ältere Frauen, die ein geringeres Einkommen haben, Crack-Kokain konsumieren und auf der Straße arbeiten, einem besonders hohen Infektionsrisiko ausgesetzt sind (Gebre et al., 2006). Crack-Kokain ist einer der Hauptrisikofaktoren für HIV-Infektionen bei Frauen in **Trinidad und Tobago**. Ein Fünftel aller Crack-Konsumentinnen waren nach einer Studie in einem Drogenrehabilitationszentrum für weibliche Abhängige mit HIV infiziert (Reid, 2006).

Die bei weitem kleinste Epidemie in der Region ist auf **Kuba** anzutreffen, wo sowohl die nationale HIV-Prävalenz unter Erwachsenen als auch die Prävalenz unter Personen, die eine sexuell übertragene Infektion behandeln lassen, im Jahr 2005 unter 0,1% [<0,2%] lag (UNAIDS, 2006; Ministerio de Salud de Cuba, 2006). Insgesamt wurden circa 80% der HIV-Diagnosen bei Männern gestellt. Ungeschützter Sex unter Männern war der größte Risikofaktor für eine HIV-Übertragung (Ministerio de Salud de Cuba, 2006). Trotz intensiver Bemühungen zur Eindämmung der Epidemie ist die Anzahl der Menschen, bei denen HIV diagnostiziert wurde, seit 1996 gestiegen. Nach der Einführung der lokal produzierten antiretroviralen Medikamente im Jahr 2001 sank die AIDS-Sterblichkeit pro Jahr um 72%, und die opportunistischen Infektionen gingen um 76% zurück, während die durchschnittliche Überlebenszeit nach der AIDS-Diagnose von etwas mehr als einem Jahr auf fünf Jahre anstieg (Perez et al., 2006).

Im Gegensatz zum Rest der Region ist der intravenöse Drogenkonsum der größte Risikofaktor für eine HIV-Übertragung bei den relativ kleinen Epidemien in **Bermuda** und **Puerto Rico**. Unter DrogenkonsumentInnen in Puerto Rico ist eine extrem hohe HIV-Prävalenz festzustellen. Die HIV-Inzidenz betrug unter den DrogenkonsumentInnen in Bayamon 3,4%, 20%–25% waren mit HIV infiziert (Deren et al., 2004). Der intravenöse Drogenkonsum in Gefängnissen und Justizvollzugsanstalten scheint weit verbreitet: 53% der Drogenkonsumenten, die im Gefängnis gesessen hatten, gaben an, dass sie auch im Gefängnis gespritzt hatten (Kang et al., 2005). In Puerto Rico besteht dringender Bedarf an Harm-Reduction-Programmen auch in den Gefängnissen.



LATEINAMERIKA

In einigen Ländern Lateinamerikas ändern sich zwar die Muster der HIV-Epidemien, aber dennoch ist die Situation in der Region im Jahr 2006 mit insgesamt 140.000 [100.000–410.000] HIV-Neuinfektionen und 65.000 [51.000–84.000] AIDS-Todesfällen relativ stabil geblieben. Zwei Drittel der schätzungsweise 1,7 Millionen [1,3 Millionen–2,5 Millionen] Menschen mit HIV in Lateinamerika leben in den vier größten Ländern: **Argentinien, Brasilien, Kolumbien** und **Mexiko**. Die geschätzte HIV-Prävalenz im Jahr 2005 ist jedoch in den kleineren Ländern in Mittelamerika mit knapp 1% in **El Salvador, Guatemala** und **Panama**, 1,5% in **Honduras** und 2,5% in **Belize** am höchsten (UNAIDS, 2006).

In Südamerika sind HIV-Ausbrüche unter DrogenkonsumentInnen und Männern, die Sex mit Männern haben, zu beobachten.

HIV-Übertragungen finden in einem Kontext statt, der in den meisten Ländern Lateinamerikas von den folgenden Faktoren geprägt ist: weit verbreitete Armut und Migration, unzureichende Information über die Epidemie-Trends außerhalb der großen städtischen Ballungsräume und stark ausgeprägte Homophobie. Besonders die Rolle von ungeschütztem Sex unter Männern bei der Entwicklung der Epidemie in weiten Teilen Lateinamerikas wird öffentlich negiert und in den HIV-Strategien völlig ignoriert – besonders in Mittelamerika und der Andenregion in Südamerika (Cohen, 2006a). Ungeschützter

Sex unter Männern ist der Übertragungsweg bei 25%–35% der gemeldeten AIDS-Fälle in Ländern wie **Argentinien, Bolivien, Brasilien, Guatemala** und **Peru** (Montano et al., 2005). Darüber hinaus sind HIV-Infizierte einer starken Stigmatisierung und Diskriminierung ausgesetzt, selbst von Seiten der Gesundheitsberufe (Cohen, 2006). Die HIV-Infektionsraten unter Sexarbeiterinnen sind je nach Land stark unterschiedlich. Die HIV-Prävalenz in einigen südamerikanischen Ländern wie zum Beispiel **Chile** und **Venezuela** ist niedrig (Bautista et al.), doch in einigen Städten **Argentiniens** wurden Prävalenzraten zwischen 2,8% und 6,3% festgestellt (Montano et al., 2005; Bautista et al., 2006; Pando et al., 2006). Unter Sexarbeitern und -arbeiterinnen in einigen brasilianischen Regionen wurde ebenfalls Prävalenzen von 6% gemeldet (Okie, 2006; Trevisol and da Silva, 2005).

Im bevölkerungsreichsten Land Lateinamerikas, **Brasilien**, leben 620.000 [370.000–1 Million] Menschen mit HIV. Das ist ein Drittel aller Personen in Lateinamerika, die mit dem Virus infiziert sind (UNAIDS, 2006). Dass das Land sowohl der Prävention als auch der Behandlung eine hohe Bedeutung zumisst, hat mit dazu beigetragen, die HIV-Epidemie in den letzten Jahren stabil zu halten (Okie, 2006). Durch die konzertierte Förderung der Sexaufklärung und der AIDS-Prävention in Schulen, die Förderung des Kondomgebrauchs, von Harm-Reduction-Programmen und HIV-Testprogrammen ist die nationale HIV-Prävalenz unter Erwachsenen seit 2000 bei rund 0,5% unverändert geblieben. Der Prozentsatz der jungen Menschen, die

sexuell aktiv sind, hat sich im Zeitraum 1998–2005 nur relativ wenig verändert. Aber die Kondombenutzung ist stark angestiegen – um mehr als ein Drittel unter Männern und Frauen der Altersgruppe 15–24 Jahre (Berquo, 2005). Unter Brasilianern aller Altersgruppen hat sich der Kondomgebrauch im gleichen Zeitraum um fast 50% erhöht (Berquo, 2005).

Bei den HIV-Infektionen durch Drogenkonsum hat es in einigen Städten, besonders in den Städten mit bereits länger bestehenden Epidemien, einen Rückgang gegeben, der von einer verminderten Benutzung nicht sterilen Injektionsbestecks begleitet wurde. Eine große Umfrage im Jahr 2004 stellte fest, dass mehr als drei Viertel der DrogenkonsumentInnen keine unsterilen Drogenbestecke oder Spritzen benutzt hatten (Okie, 2006). Der Rückgang der HIV-Infektionen unter DrogenkonsumentInnen scheint mit der Einführung von Harm-Reduction-Programmen zusammenzuhängen, die eine Änderung der Verhaltensweisen der DrogenkonsumentInnen (besonders einen Anstieg des Inhalierens oder Rauchens von „Crack“-Kokain) und der Sterblichkeit unter DrogenkonsumentInnen mit sich brachten (Fonseca et al., 2006).

Doch trotz aller erreichten Erfolge sind die HIV-Prävalenzraten unter den DrogenkonsumentInnen noch immer hoch. Im Süden des Landes scheint sich die Epidemie unter DrogenkonsumentInnen noch nicht abzuschwächen (Hacker et al., 2006). Eine Querschnittsstudie in den Staaten Bahia, Rio Grande do Sul und Sao Paulo stellte fest, dass 37% der DrogenkonsumentInnen HIV-infiziert waren. Die Prävalenzraten zeigten einen starken Zusammenhang mit der Inhaftierung in Strafanstalten und mit Sex unter Männern (Caiaffa et al., 2006). In dieser Studie wurde gezeigt, dass mehr als ein Viertel (26%) der Drogenkonsumenten angaben, dass sie ungeschützten Sex mit Männern hatten, anscheinend, um ihren Drogenkonsum zu finanzieren. Diese Ergebnisse betonen die Notwendigkeit, sowohl die sexuellen als auch die mit dem Drogenkonsum in Zusammenhang stehenden Risikopraktiken unter DrogenkonsumentInnen anzusprechen (Ferreira et al., 2006). In einigen Städten, zum Beispiel in Porto Alegre (wo 27% der Crack-Konsumenten infiziert waren), besteht eine starke Verbindung zwischen dem

Konsum von Crack und der HIV-Infektion (Pechansky et al., 2006).

Ungeschützter Sex unter Männern bleibt auch weiterhin ein bedeutender Faktor bei der HIV-Übertragung und ist für fast 50% der sexuell übertragenen HIV-Infektionen in Brasilien verantwortlich. Mit der Ausbreitung von HIV über die primären Risikogruppen hinaus auf die Bevölkerungsteile, die üblicherweise einem geringeren Risiko ausgesetzt sind, sind auch Frauen immer stärker von dem Virus betroffen. In einer Studie unter schwangeren Frauen in 27 Kommunen in Südbrasilien im Jahr 2003 wurde eine HIV-Prävalenz von 0,5% festgestellt (Cardoso et al., 2005). Frauen sind in den letzten Jahren immer stärker von AIDS betroffen. Die ärmeren Bevölkerungsschichten scheinen hier besonders vulnerabel, da unter den Menschen mit niedrigem Bildungsstand in den unteren sozioökonomischen Schichten immer höhere HIV-Prävalenzen festgestellt werden (Cardoso et al., 2005; Fonseca et al., 2003).

Schätzungsweise ein Drittel aller Erwachsenen in Brasilien sind auf HIV getestet worden (mit einem Schwerpunkt unter Frauen im Alter von 25–39 Jahren) (Paiva, Pupo, Barboza, 2006), und circa ein Drittel der HIV-infizierten Brasilianer ist sich seines HIV-Status bewusst (Okie, 2006). Die antiretrovirale Behandlung und Betreuung ist im globalen Vergleich umfassend und zeigt Erfolg. Die Mutter-Kind-Übertragung ist auf nationaler Ebene signifikant von 16% im Jahr 1997 auf weniger als 4% im Jahr 2002 gesunken (Dourado et al., 2006). Die AIDS-Sterblichkeit sank zwischen 1996 und 2002 um 50%, während die Krankenhausaufenthalte aufgrund einer AIDS-Erkrankung im gleichen Zeitraum um 80% zurückgingen (Okie, 2006).

Brasiliens Doppelstrategie der Prävention und Behandlung hat geholfen, die HIV-Epidemie in dem Land unter Kontrolle zu bringen.

In **Argentinien** betrug die nationale HIV-Prävalenz unter Erwachsenen im Jahr 2005 schätzungsweise 0,6% [0,3%–1,9%]. Die Mehrzahl der geschätzt 130.000 [80.000–220.000] Menschen mit HIV lebt in den Provinzen Buenos Aires, Cordoba und Santa

Fe. In verschiedenen Studien wurde festgestellt, dass bis zu 44% der DrogenkonsumentInnen (Vignoles et al., 2006), 7%–15% der Männer, die Sex mit Männern haben (Montano et al., 2005), und 6% der Sexarbeiterinnen (Montano, et al., 2005; Bautista et al., 2006) mit dem HI-Virus infiziert sind. Bis zu einem Viertel (28%) der Gefängnisinsassen wurden HIV-positiv getestet (Ministerio de Salud de Argentina, 2004).

Durch eine Kombination verschiedener Faktoren (zum Beispiel der Stärke der Epidemie und der Folgen der Wirtschaftskrise 2001) hat sich der ungeschützte Sex in den letzten Jahren zum Hauptübertragungsweg für HIV entwickelt (Cohen, 2006b). Ungeschützter Geschlechtsverkehr (hauptsächlich heterosexuell) ist für ungefähr vier Fünftel der HIV-Neudiagnosen im Jahr 2005 verantwortlich. Unter den gemeldeten HIV-Fällen sind immer noch mehr Männer als Frauen betroffen, doch das Verhältnis Männer zu Frauen hat sich inzwischen auf 1,3:1 abgeschwächt (von 15:1 im Jahr 1998) (National AIDS Programme, 2005; Ministerio de Salud Argentina, 2004).

Der intravenöse Drogenkonsum scheint überall abgenommen zu haben, besonders nach 2001, als zahlreiche DrogenkonsumentInnen auf das Rauchen der billigeren, minderwertigen Kokainpaste umgestiegen sind. In Buenos Aires zum Beispiel war der intravenöse Drogenkonsum für nur 5% der Neuinfektionen im Zeitraum 2003 bis 2005 verantwortlich (Cohen, 2006b). Es gibt jedoch auch Anzeichen dafür, dass die DrogenkonsumentInnen durch die Stigmatisierung, die den Drogenkonsum mit AIDS und Tod in Verbindung bringt, weiter in den Untergrund getrieben wurden. Zahlreiche DrogenkonsumentInnen, die noch immer intravenös spritzen, tun dies heute meist allein – die früher existierenden Drogenetzwerke scheinen sich aufgelöst zu haben. Auch wenn die AIDS-bedingte Sterblichkeit insgesamt in Argentinien nach 1996 langsam abgenommen hat, so ist dieser Trend nicht unter DrogenkonsumentInnen zu beobachten, unter denen in den letzten Jahren eine hohe Anzahl von Todesfällen zu beobachten war. Dies deutet darauf hin, dass die DrogenkonsumentInnen nicht ausreichend von den Programmen zur antiretroviralen Behandlung profitiert haben (Rossi et al., 2006).

In **Uruguay**, wo ungeschützter Sex (meist heterosexuell) der Hauptübertragungsweg ist (National AIDS Programme Uruguay, 2006), lebten Ende 2005 ungefähr 9.600 [4.600–30.000] Personen mit HIV (UNAIDS, 2006). Die Epidemie konzentriert sich auf die Hauptstadt Montevideo. Hier sind die Prävalenzen in bestimmten Bevölkerungsgruppen besonders hoch: 22% unter Männern, die Sex mit Männern haben (Montano et al., 2005), 19% unter intravenös spritzenden DrogenkonsumentInnen und 10% unter nicht intravenös spritzenden DrogenkonsumentInnen (Vignoles et al., 2006). Sexarbeiterinnen scheinen geringere Prävalenzraten aufzuweisen, verschiedene Studien zeigen, dass zwischen 0,3% und 1,3% von ihnen HIV-positiv sind (Montano et al., 2005; Bautista et al., 2006). Mindestens die Hälfte der Personen, die eine antiretrovirale Behandlung benötigen, erhielt diese bis Mitte 2006 (WHO/UNAIDS, 2006). **Paraguays** Epidemie ist in ihrer Größenordnung der Uruguays vergleichbar, hier lebten Ende 2005 ungefähr 13.000 [6.200–41.000] Menschen mit HIV (UNAIDS, 2006). Männer stellten hier den größten Teil der Betroffenen (74%), wobei die Benutzung nicht sterilen Drogenbestecks und ungeschützter Sex unter Männern die Hauptübertragungswege für HIV waren (National AIDS Programme Paraguay, 2006).

Ungeschützter Sex besonders unter Männern ist der Hauptrisikofaktor für die kleinere Epidemie in **Chile**. In Chile lebten Ende 2005 ungefähr 28.000 [17.000–56.000] Menschen mit dem HI-Virus (UNAIDS, 2006). Eine wachsende Anzahl von Frauen ist von HIV betroffen, in erster Linie infizieren sie sich bei ihren Partnern, die sich bei ungeschütztem Sex mit anderen Männern mit dem Virus infizierten.

In **Peru** scheint das HI-Virus hauptsächlich Männer zu treffen, die Sex mit Männern haben. Die HIV-Prävalenz in dieser Gruppe ist hoch – 10% in Iquitos und Umgebung (Cohen, 2006c) und durchschnittlich 14% in sechs anderen Städten (Lama et al., 2006) einschließlich der Hauptstadt Lima, wo bis zu 23% der Männer, die Sex mit Männern haben, positiv auf HIV getestet wurden (Montano et al., 2005; Ministerio de Salud de Peru, 2005). Sexuelles Risikoverhalten ist in dieser Gruppe üblich. In einigen Küstenstädten berichten mehr als zwei Drittel der Männer, dass sie vor kurzem ungeschützten Sex hatten (Konda et al., 2006). In einer Umfrage gab nahezu die Hälfte (47%) der Männer, die Sex mit Männern haben, an, dass sie auch Sex mit Frauen haben

– und doch ist die HIV-Prävalenz unter Frauen mit ungefähr 0,2% noch relativ niedrig (Cohen, 2006d).

Die Epidemien in Mittelamerika sind komplex und noch im Wachstum begriffen. Die Prävalenz in einigen Ländern ist die höchste in ganz Lateinamerika. Bezahlter Sex und Sex unter Männern sind die Hauptrisikofaktoren für eine HIV-Infektion.

Sex unter Männern ist der Hauptrisikofaktor für eine HIV-Infektion in den anderen Andenstaaten wie zum Beispiel **Bolivien** (in Santa Cruz wurde eine HIV-Prävalenz von 24% unter Männern festgestellt, die Sex mit Männern haben), **Ecuador** (mit einer HIV-Prävalenz von 28% in Guayaquil und 15% in Quito) und **Kolumbien** (mit einer HIV-Prävalenz von 20% in Bogotá) (Montano et al., 2005). In keinem dieser drei Länder übersteigt die HIV-Prävalenz unter SexarbeiterInnen 4%. Sie ist in einigen Städten sogar weit geringer als 1% (Montano et al., 2005; Khalsa et al., 2003; Mejía et al., 2002). In einer Studie aus dem Jahr 2005 unter 120 Sexarbeitern und -arbeiterinnen in Barranquilla, Kolumbien, wurde jedoch eine HIV-Prävalenz von 3,3% festgestellt – das ist die höchste bisher festgestellte HIV-Prävalenz im Land. Eine Studie in Bogota aus dem Jahr 2002 stellte eine Prävalenz von 0,7% unter Sexarbeitern und -arbeiterinnen fest. Die HIV-Prävalenz unter intravenös spritzenden DrogenkonsumentInnen betrug nach einer Studie im Jahre 2003 in Bogota 1%. Insgesamt gesehen zeigte die HIV-Prävalenz in einer Erhebung unter schwangeren Frauen eine Zunahme von 0,24% im Jahr 1999 auf 0,65% im Jahre 2005. Die größte Anzahl von HIV-Neuinfektionen ist weiterhin unter Männern festzustellen, doch das Zahlenverhältnis zwischen betroffenen Männern und betroffenen Frauen ist von nahezu 10:1 Anfang der 1990er Jahre auf 2–3:1 in den Jahren 2003–2005 zurückgegangen (ONUSIDA y Ministerio de la Protección Social de Colombia, 2006). Männer stellen auch in **Venezuela** den Hauptanteil der 110.000 [54.000–350.000] Menschen mit HIV. In diesem Land sind die meisten der bisher gemeldeten HIV-Infektionen auf ungeschützten Sex unter Männern zurückzuführen (Ministerio de Salud de Venezuela, 2005).

Wenn die HIV-Erhebungsdaten auch noch unvollständig sind, so zeigen sie doch, dass die Epidemien in **Mittelamerika** sehr komplex und im Wachstum begriffen sind. Die in einigen Ländern erreichten Prävalenzen sind die höchsten in Lateinamerika. Sex unter Männern und das kommerzielle Sexgewerbe scheinen die Hauptrisikofaktoren für HIV-Infektionen zu sein. Gleichzeitig gibt es Hinweise auf eine allgemeinere HIV-Übertragung, besonders entlang der Transportrouten und in Gebieten entlang der Karibikküste. In vielen der Länder in **Mittelamerika** gibt es versteckte HIV-Epidemien unter Männern, die Sex mit Männern haben, zum Beispiel in **Belize, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Nicaragua** und **Panama**. In **Nicaragua** wurde zum Beispiel festgestellt, dass 7,6% der Männer, die Sex mit Männern haben, mit HIV infiziert sind (und 11% Syphilis hatten), während 15% in **El Salvador** positiv auf HIV getestet wurden. In beiden Ländern berichtete ein Fünftel der befragten Männer, dass sie in den letzten sechs Monaten ebenfalls Sex mit einer Partnerin hatten (Soto et al., 2006). In **Guatemala** wurde unter Männern, die Sex mit Männern haben, eine HIV-Prävalenz von 12% festgestellt, die Hälfte der Befragten gab an, dass sie sich für heterosexuell oder bisexuell halten (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala, 2003; Proyecto Acción SIDA de Centroamérica, 2003). Die Partnerinnen vieler dieser Männer unterliegen also einem hohen Risiko, sich mit HIV zu infizieren.

Wie in anderen mittelamerikanischen Ländern liegen nur wenige Informationen zur HIV-Epidemie außerhalb der Hauptstadt von **Guatemala** oder unter den Ureinwohnern (hauptsächlich Mayas) vor, die ungefähr die Hälfte der Bevölkerung stellen. Die verfügbaren Daten deuten darauf hin, dass HIV unter der indianischen Bevölkerung weit verbreitet ist, aber nicht unbedingt stärker als in der Ladino-Bevölkerung (eine Mischung aus Indianern und Spaniern). Erhebungen unter schwangeren Frauen aus dem Jahr 2003 stellten unter den Maya-Frauen leicht niedrigere HIV-Raten fest als unter den Ladino-Frauen (Hernandez and Aguilar, 2004). Unter den 2004 an das Gesundheitsministerium gemeldeten HIV- und AIDS-Fällen waren die Ladinos zu 74% vertreten, während die Mayas 22% der Fälle ausmachten – im Jahr 2005 betrug die entsprechenden Zahlen 69% für die Ladinos und 28% für die Mayas (García,

2005). Doch die Maya-Bevölkerung stellt die Mehrheit der HIV- und AIDS-Fälle in acht der 22 Departments von Guatemala, HIV wurde in dieser Bevölkerungsgruppe in jedem Department festgestellt. Angesichts der Tatsache, dass diese Gruppe bereits heute stark von Armut und Müttersterblichkeit betroffen ist und einen schlechten Zugang zu Einrichtungen der Gesundheitsversorgung hat (Presidential Secretariat for Planning and Programming Guatemala, 2006), gibt dies Anlass zur Sorge. Diese wird noch durch Untersuchungsergebnisse verstärkt, die zeigen, dass die HIV-Infektionsrate unter TuberkulosepatientInnen (drei Viertel von ihnen aus der Gruppe der Maya) in Quetzaltenango sich zwischen 1995 und 2002 verdreifacht hat (von 4,2% auf 12%) (Cohen, 2006d).

In **Honduras** scheint die Epidemie unter den ethnischen Minderheiten besonders stark zu sein – hier sind besonders die Garifuna, die afrohonduranischen Abkömmlinge westafrikanischer Sklaven, betroffen. Studien unter den Garifuna-Gemeinschaften haben eine HIV-Prävalenz von 8%–14% festgestellt (Secretaria de salud de Honduras, 1998). Doch auch darüber hinaus hat sich die HIV-Infektion in Honduras weit verbreitet. Die Prävalenzen sind am höchsten unter Männern, die Sex mit Männern haben (13% von ihnen wurden in einer Studie im Jahr 2005 HIV-positiv getestet), unter SexarbeiterInnen (bis zu 11% von ihnen sind HIV-infiziert) (Secretaria de salud de Honduras, 2003a; Secretaria de salud de Honduras, 2003b; Ghee et al., 2006) sowie unter Gefangenen (HIV-Prävalenz von 8%) (Cohen, 2006e). Doch die Epidemie betrifft auch immer häufiger Frauen. Auf sie entfielen im Jahr 2004 knapp die Hälfte der verzeichneten HIV-Fälle (47%). Auf nationaler Ebene betrug die HIV-Prävalenz bei Frauen in der Schwangerschaftsvorsorge im Jahr 2004 1,4%. Sie erreichte jedoch in Valle de Sula Werte von bis zu 3%–4% (Ministry of Health Honduras, 2006). Schätzungsweise 63.000 [35.000–99.000] Honduraner lebten Ende 2005 mit HIV (UNAIDS, 2006).

Mexikos hohe Bevölkerungszahl sorgt dafür, dass trotz einer niedrigen nationalen HIV-Prävalenz unter Erwachsenen – schätzungsweise 0,3% [0,2%–0,7%] – im Jahr 2005 etwa 180.000 [99.000–440.000] Menschen mit HIV im Land lebten (UNAIDS, 2006; Bravo-Garcia, Magis-Rodriguez, Saavedra, 2006). Die Epidemie in Mexiko ist hauptsächlich auf Männer, die Sex

mit Männern haben, SexarbeiterInnen und ihre Kunden sowie auf intravenös spritzende DrogenkonsumentInnen konzentriert. Sex unter Männern wird Schätzungen zufolge für mehr als die Hälfte (57%) der bisher verzeichneten HIV-Infektionen verantwortlich gemacht (Bravo-Garcia, Magis-Rodriguez, Saavedra, 2006a), auch wenn es Anzeichen für steigende Risiken einer HIV-Infektion bei Frauen gibt (Magis-Rodriguez et al., 2004).

Ungeschützter Sex unter Männern ist ein wesentlicher Faktor der Epidemien in den meisten lateinamerikanischen Ländern.

Unter den intravenös spritzenden DrogenkonsumentInnen in Tijuana wurde eine HIV-Prävalenz von 4% festgestellt (Magis-Rodriguez et al., 2005). Es gibt Hinweise darauf, dass die Anzahl der HIV-Infektionen in einigen Städten entlang der Grenze zu den Vereinigten Staaten, wo Sexarbeit und intravenöser Drogenkonsum weit verbreitet sind, noch weiter steigt. In Tijuana und Vera Cruz wurde in einer Studie aus dem Jahr 2003 festgestellt, dass 6% der weiblichen Sexarbeiter mit dem HI-Virus infiziert sind (Magis et al., 2006a). Eine Studie über den Zeitraum 2004–2006 in Tijuana und Ciudad Juarez stellte eine HIV-Prävalenz von 6% unter Sexarbeiterinnen fest – und von 16% unter denjenigen, die intravenös Drogen konsumierten (Patterson et al., 2006). Auch unter den männlichen Sexarbeitern wurde eine hohe Prävalenz festgestellt: 25% in Monterrey nach einer Studie aus dem Jahre 2005 (Gayet et al., 2006a) und 20% in Guadalajara und Mexiko City (Magis et al., 2006b). Eine Studie unter männlichen Lkw-Fernfahrern in Monterrey stellte fest, dass 0,7% HIV-infiziert waren (das ist doppelt so hoch wie die geschätzte nationale HIV-Prävalenz unter Erwachsenen). Mehr als ein Viertel von ihnen hatte im vergangenen Jahr für Sex bezahlt, und ein Sechstel hatte niemals ein Kondom benutzt (Gayet et al., 2006b). Außerdem gibt es Hinweise auf eine signifikante HIV-Verbreitung in den ländlichen Gebieten des Landes, wozu die Migration (auch die Migration zwischen Mexiko und den Vereinigten Staaten von Amerika) anscheinend wesentlich beiträgt (Cohen, 2006f).



NORDAMERIKA, WEST- UND MITTELEUROPA

In diesen Regionen steigt die Anzahl der Menschen mit HIV weiterhin an. Dies ist in hohem Maße auf die lebensverlängernde Wirkung der antiretroviralen Therapie, auf die relativ konstante Anzahl der HIV-Neuinfektionen in Nordamerika und auf einen Anstieg der HIV-Neudiagnosen in Westeuropa seit 2002 zurückzuführen⁶. Insgesamt lebten ungefähr 2,1 Millionen [1,5 Millionen–3,0 Millionen] Menschen in diesen Regionen mit HIV, darunter 65.000 [52.000–98.000] Menschen, die sich im letzten Jahr neu mit HIV infizierten. Aus Gründen des weit verbreiteten Zugangs zu antiretroviraler Behandlung starben hier im Jahr 2006 vergleichsweise wenige Menschen an AIDS – etwa 30.000 [24.000–45.000].

Weltweit gesehen leben Schätzungen zufolge nur in sieben Ländern mehr Menschen mit HIV als in den **Vereinigten Staaten von Amerika (USA)**: Hier lebten im Jahr 2005 1,2 Millionen [720.000–2,0 Millionen] Menschen mit HIV (UNAIDS, 2006). Nach Maßgabe der Daten aus den 35 Bundesstaaten und Gebieten⁷ mit einer langfristigen vertraulichen namentlichen HIV-Meldepflicht bleibt ungeschützter Sex unter Männern der Hauptrisikofaktor für eine HIV-

Infektion (44% der im Zeitraum 2001–2004 gemeldeten HIV- und AIDS-Fälle sind auf diese Ursache zurückzuführen), gefolgt von ungeschütztem heterosexuellem Geschlechtsverkehr (34% der Fälle) und dem Gebrauch nicht steriler Drogenbestecke (17%) (US Centers for Disease Control and Prevention, 2006a). Es ist jedoch zu beachten, dass unter den 35 Staaten und Territorien einige der Bundesstaaten mit der höchsten Anzahl der gemeldeten AIDS-Fälle wie zum Beispiel Kalifornien, Illinois, Maryland und Pennsylvania fehlen.

Der Anteil der Frauen an den neuen HIV- oder AIDS-Diagnosen ist dramatisch gestiegen – von 15% vor 1995 auf 27% im Jahr 2004. Ungefähr drei Viertel der Frauen mit einer Neuinfektion infizierten sich durch ungeschützten Sex (US Centers for Disease Control and Prevention, 2006b), häufig mit männlichen Partnern, die sich durch den Drogenkonsum, durch käuflichen Sex oder durch Sex mit anderen Männern infiziert hatten (McMahon et al., 2004; Valleroy et al., 2004; Montgomery et al., 2003). Ein signifikanter Anteil (20%) der Frauen, die im Jahre 2004 die Diagnose HIV erhielten, hat sich durch intravenösen Drogenkonsum mit unsauberen Spritzen infiziert.

⁶ Die vorliegende Analyse stützt sich hauptsächlich auf gemeldete HIV-Diagnosen. Diese Praxis der Nutzung der jährlichen HIV-Diagnosen zur Überwachung der HIV-Epidemie stellt jedoch eine erhebliche Einschränkung dar. Mit diesen Diagnosen wird nicht die Gesamtinzidenz wiedergegeben, da die Statistik auch Infektionen beinhalten kann, die vor mehreren Jahren eingetreten sind, und weil nur Personen berücksichtigt werden, die sich auch haben testen lassen. Daher sind die auf der Grundlage der gemeldeten HIV-Fälle ermittelten HIV-Trends möglicherweise durch Änderungen in den HIV-Tests oder Änderungen in den Meldesystemen verzerrt. Wann immer möglich macht die Analyse die Leser auf solche Änderungen aufmerksam.

⁷ Seit 2000 haben die folgenden 35 Gebiete Gesetze oder Bestimmungen über eine vertrauliche, namentliche Meldepflicht für HIV-Infektionen in den USA: Alabama, Alaska, Arizona, Arkansas, Colorado, Florida, Idaho, Indiana, Iowa, Kansas, Louisiana, Michigan, Minnesota, Mississippi, Missouri, Nebraska, Nevada, New Jersey, New Mexico, New York, North Carolina, North Dakota, Ohio, Oklahoma, South Carolina, South Dakota, Tennessee, Texas, Utah, Virginia, West Virginia, Wisconsin, Wyoming, Guam, und die U.S. Virgin Islands. Seit Juli 1997 gibt es in Florida eine vertrauliche namentliche HIV-Infektionsmeldepflicht nur für Neudiagnosen.

Die Gesamtzahl der HIV-infizierten Menschen in Nordamerika und Westeuropa steigt – in erster Linie aufgrund der lebensverlängernden Wirkung der antiretroviralen Therapie, der konstanten Anzahl der HIV-Neuinfektionen in Nordamerika und eines Anstiegs der HIV-Neudiagnosen in Westeuropa.

Männer machen immer noch den größten Anteil der HIV- oder AIDS-Diagnosen in den Vereinigten Staaten aus – ungefähr 73% im Jahr 2004. Fast zwei Drittel (65%) der unter Männern diagnostizierten HIV-Infektionen waren auf ungeschützten Sex mit anderen Männern zurückzuführen (US Centers for Disease Control and Prevention, 2006b). Mehrere Studien stellten Anzeichen dafür fest, dass risikoreiches Sexualverhalten in dieser Bevölkerungsgruppe zunimmt (US Centers for Disease Control and Prevention, 2006c).

Ethnische Minderheiten sind auch weiterhin unverhältnismäßig stark von der HIV-Epidemie betroffen. Im Zeitraum 2001–2004 betrafen 50% der AIDS-Diagnosen Afroamerikaner (die nur einen Anteil von 12% an der Gesamtbevölkerung ausmachen) und 20% Amerikaner hispanischer Abstammung (die einen Anteil von 14% an der US-Bevölkerung ausmachen). Die Rate der neuen HIV- oder AIDS-Diagnosen lag unter afroamerikanischen Männern im Jahr 2004 7-mal höher als unter weißen Männern (131,6 im Vergleich zu 18,7 pro 100.000 Personen) und unter afroamerikanischen Frauen 21-mal höher als unter weißen Frauen (67 im Vergleich zu 3,2 pro 100.000 Personen) (US Centers for Disease Control, 2006a). Eine kürzlich durchgeführte Studie zeigte, dass die hohen Inhaftierungszahlen unter afroamerikanischen Männern (schätzungsweise einer von 12 Männern war im Gefängnis oder in einer Strafanstalt) mit den unverhältnismäßig hohen HIV-Infektionszahlen unter afroamerikanischen Männern und Frauen zusammenhängen könnten (Johnson and Raphael, 2006).

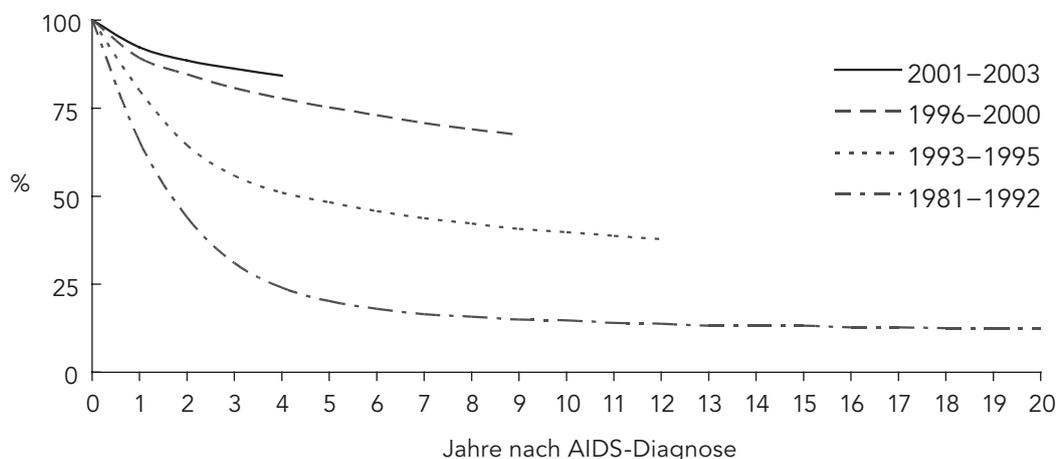
Nahezu die Hälfte (49%) der afroamerikanischen Männer, die im Jahr 2005 die Diagnose HIV oder AIDS erhielten, infizierte sich durch ungeschützten Sex mit einem anderen Mann, während die

meisten afroamerikanischen Frauen (78%) sich durch ungeschützten heterosexuellen Geschlechtsverkehr infizierten (US Centers for Disease Control and Prevention, 2006d). Mehrere Studien haben gezeigt, dass afroamerikanische Männer, die Sex mit Männern haben, einem bedeutend höheren HIV-Infektionsrisiko ausgesetzt sind, obwohl sie ähnliche oder geringere Risikoverhaltensweisen an den Tag legen als andere Männer (Harawa et al., 2004; Koblin et al., 2006). Also erhöhen möglicherweise andere Faktoren (eventuell die Prävalenz anderer sexuell übertragbarer Krankheiten) die HIV-Infektionsrisiken dieser Männer. Zwischenzeitlich hat sich der Gebrauch nicht sterilen Drogenbestecks zur zweitgrößten Ursache für HIV-Infektionen unter afroamerikanischen Frauen und zur drittgrößten Ursache für HIV-Infektionen unter afroamerikanischen Männern entwickelt (US Centers for Disease Control and Prevention, 2006c).

Die Bereitstellung antiretroviraler Therapien hat im Zeitraum zwischen 1990 und 2003 zu einem Rückgang der AIDS-Todesfälle um 80% geführt (Crum et al., 2006). Die HIV-Behandlung in den Vereinigten Staaten ist immer effizienter geworden, und der Anteil der Menschen, die nach einer AIDS-Diagnose zwei oder mehr Jahre überleben, hat sich von 64% in den Jahren 1993–1995 auf 85% in den Jahren 1996–2005 erhöht (US Centers for Disease Control and Prevention, 2006a). Mindestens drei Millionen Lebensjahre konnten in direkter Folge der effizienten Behandlung und Betreuung von AIDS-Patienten gerettet werden (Walensky et al., 2006).

Schätzungsweise 25% der Menschen mit HIV wissen nicht, dass sie mit dem Virus infiziert sind (Glynn and Rhodes, 2005), was die Maßnahmen gegen HIV natürlich erschwert. Personen, die sich ihrer Infektion nicht bewusst sind, erhalten wahrscheinlich erst recht spät im Verlauf ihrer AIDS-Erkrankung die entsprechende Behandlung und Betreuung, was die Effizienz der Behandlung beeinträchtigt. Außerdem treffen sie wahrscheinlich weniger häufig Vorsichtsmaßnahmen, um eine HIV-Übertragung auf andere zu vermeiden. Personen, die sich ihres HIV-Infektionszustands nicht bewusst sind, sind in den Vereinigten Staaten von Amerika möglicherweise für zwischen 54% und 70% aller durch sexuelle Kontakte übertragenen HIV-Neuinfektionen verantwortlich (Marks et al., 2006).

Anteil der Personen mit vorangegangener AIDS-Diagnose, die im Juni 2005 noch lebten, nach Jahren seit AIDS(Acquired Immunodeficiency Syndrom)-Diagnose und Diagnosezeitraum, 1981–2003 / Vereinigte Staaten



Quelle: CDC. Twenty-Five Years of HIV/AIDS — United States, 1981–2006. MMWR 2006.

Abbildung 12

Der Anteil der Frauen bei den HIV-Neuinfektionen und den AIDS-Diagnosen hat sich in den Vereinigten Staaten von Amerika dramatisch erhöht – von 15% vor 1995 auf 27% im Jahr 2004.

Die neuesten HIV-Daten aus **Kanada** unterstreichen die Notwendigkeit, effiziente Strategien für die Verhinderung von HIV-Neuinfektionen zu entwickeln. Spezielle Anstrengungen müssen für besonders gefährdete Bevölkerungsgruppen entwickelt werden, zum Beispiel für intravenös spritzende DrogenkonsumentInnen, Männer, die Sex mit Männern haben, und die UreinwohnerInnen.

Ende 2005 lebten in Kanada schätzungsweise 58.000 [48.000–68.000] Menschen mit HIV, was einem Anstieg von 16% gegenüber der Schätzung aus dem Jahr 2002 von 50.000 [41.000–59.000] entspricht (Boulos et al., 2006). Darüber hinaus wurde geschätzt, dass es im Jahr 2005 zu 2.300 bis 4.500 Neuinfektionen gekommen ist. Männer, die mit Männern Sex haben, machten nahezu die Hälfte (46%) dieser Neuinfektionen aus und waren somit die am stärksten betroffene Gruppe. Ungefähr 14% der Neuinfektionen wurden

auf risikoreichen Drogenkonsum zurückgeführt (weniger als die geschätzten 19% im Jahr 2002), und 37% auf ungeschützten heterosexuellen Geschlechtsverkehr. Knapp die Hälfte der Infektionen, die durch heterosexuellen Geschlechtsverkehr verursacht wurden, entfiel auf Personen, die in einem Land geboren wurden, in dem HIV endemisch ist (Boulos et al., 2006). Es gab einen leichten Anstieg der HIV-Neuinfektionen unter Frauen: Sie machten im Jahr 2005 einen Anteil von 27% der Neuinfektionen aus, gegenüber schätzungsweise 24% im Jahr 2002 (Boulos et al., 2006). Darüber hinaus ist darauf hinzuweisen, dass ein Viertel der Personen mit HIV in Kanada sich der Infektion nicht bewusst ist (Boulos et al., 2006).

Die UreinwohnerInnen Kanadas sind überproportional von zahlreichen sozialen und wirtschaftlichen Problemen betroffen, zum Beispiel von hoher Armut, Drogenmissbrauch und sexuell übertragbaren Krankheiten sowie von eingeschränktem Zugang zu und eingeschränkter Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen. Dies alles zusammen genommen scheint ihre Anfälligkeit für eine HIV-Infektion zu erhöhen (Public Health Agency of Canada, 2006). Die UreinwohnerInnen Kanadas sind bei der Epidemie in Kanada überrepräsentiert: Die

Gesamtzahl der Infektionen unter UreinwohnerInnen wurde auf beinahe 3-mal höher geschätzt als die Zahl der HIV-Infektionen unter anderen Personengruppen. Im Jahr 2005 machten UreinwohnerInnen einen Anteil von 9% der Neuinfektionen aus (Boulos et al., 2006), obwohl sie nur 3,3% der Bevölkerung Kanadas stellen (Statistics Canada, 2001).

Die Grundzüge der HIV-Übertragung unter Ureinwohnern unterscheidet sich von denen der restlichen Bevölkerung. Gemäß Schätzungen aus dem Jahr 2005 war der intravenöse Drogenkonsum der häufigste Übertragungsweg unter ihnen. Er war für 53% der Neuinfektionen in dieser Bevölkerungsgruppe verantwortlich, im Vergleich zu 14% unter den Kanadiern insgesamt. Die übrigen Neuinfektionen unter den Ureinwohnern konnten überwiegend dem heterosexuellen Geschlechtsverkehr (33%) und dem Sex unter Männern (10%) zugeschrieben werden (Boulos et al., 2006).

Die Ureinwohner sind in der Epidemie in Kanada mit einer nahezu 3-mal höheren Zahl an HIV-Infektionen als unter den Nicht-Ureinwohnern nach wie vor überrepräsentiert.

Gezielte Sondermaßnahmen sind vor allem für die jungen UreinwohnerInnen erforderlich, und hier besonders für die Frauen. Ein großer Anteil (33%) der UreinwohnerInnen, bei denen HIV diagnostiziert wurde, war jünger als 30 Jahre im Vergleich zu 20% in der restlichen Bevölkerung. Eine Studie unter intravenös spritzenden DrogenkonsumentInnen in Vancouver zeigte, dass junge UreinwohnerInnen, die intravenös Drogen konsumieren, bei Beginn eines Drogenprogramms mit einer 4-mal höheren Wahrscheinlichkeit HIV-infiziert sind als die jungen nicht-indigenen TeilnehmerInnen (Miller et al., 2006). Ungewöhnlicherweise waren zwei Drittel der Drogenkonsumenten unter den Ureinwohnern in dieser Studie weiblich – ein Muster, das hilft, zu erklären, warum zwei Drittel (65%) der HIV-Diagnosen unter den weiblichen Ureinwohnern bis zum

Dezember 2005 der Übertragung durch intravenösen Drogenkonsum zugeschrieben wurden (Public Health Agency of Canada, 2006).

Wie in vielen anderen Ländern auch ist der intravenöse Drogenkonsum während einer Inhaftierung in Kanada weithin verbreitet. Gemäß einer Studie unter Personen, die in der Provinz Ontario in Strafanstalten eingewiesen wurden, ist der Gebrauch nicht steriler Drogenbestecke hinter Gittern üblich, besonders bei den intravenös spritzenden DrogenkonsumentInnen in den Haftanstalten auf Bundesebene. In dieser Gruppe wurden 6% HIV-positiv getestet, fast die Hälfte (47%) der mit dem Virus Infizierten gaben an, dass sie während ihrer Inhaftierung Drogenbestecke mit anderen geteilt hatten. Diese Ergebnisse betonen die Notwendigkeit, Harm-Reduction-Programme einschließlich Nadel- und Spritzenaustauschprogramme in Haftanstalten auszubauen (Calzavara et al., 2006).

Auf der anderen Seite des Atlantiks lebten in West- und Mitteleuropa im Jahr 2006 ungefähr 740.000 [580.000–970.000] Menschen mit HIV. Die meisten Informationen zu den Mustern und Trends der Epidemien in Westeuropa stammen aus AIDS- und HIV-Fallberichten. Die HIV-Meldesysteme decken jedoch nicht alle Länder oder Gebiete innerhalb der Staaten ab. Im Jahr 2005 wurden zum Beispiel keine nationalen HIV-Daten aus Italien, Norwegen und Spanien gemeldet (EuroHIV, 2006a).

Ungefähr drei Viertel der durch heterosexuellen Geschlechtsverkehr übertragenen HIV-Infektionen in West- und Mitteleuropa betreffen Einwanderer und MigrantInnen. Die Präventions-, Behandlungs- und Betreuungsdienste sind so anzupassen, dass sie diese Bevölkerungsgruppen erreichen.

In Westeuropa war knapp über ein Drittel (35%) der HIV-Fälle im Jahr 2005 auf Sex unter Männern zurückzuführen, während mehr als die Hälfte (56%) der Infektionen über heterosexuellen Geschlechtsverkehr übertragen wurde. Ungefähr drei Viertel der HIV-Infektionen, die über heterosexuellen Geschlechtsverkehr übertragen wurden, traten unter Einwanderern

und Migranten auf (EuroHIV, 2006a). Dies unterstreicht die Notwendigkeit, Prävention, Behandlung und Betreuung in spezieller Weise auf diese Bevölkerungsgruppen auszuweiten.

Im Zeitraum 1998 bis 2005 kam es in Westeuropa nahezu zu einer Verdoppelung der HIV-Neuinfektionen – von 42 Fällen pro Million Einwohner im Jahr 1998 auf 74 pro Million EinwohnerInnen im Jahr 2006. Die größten Zuwächse waren im **Vereinigten Königreich** zu beobachten, in dem HIV eine der am weitesten verbreiteten Infektionskrankheiten bleibt (British Medical Association, 2006). Die Zahl der jährlichen HIV-Neudiagnosen haben sich hier seit 2000 verdoppelt, überstiegen im Jahr 2004 die Marke von 7.200 und lagen 2005 bei 7.700 (Health Protection Agency United Kingdom, 2005). Die Epidemie ist in hohem Maße auf London konzentriert, wo nahezu die Hälfte (43%) der Neudiagnosen im Jahr 2005 gestellt wurde. Doch auch in anderen Regionen haben die HIV-Neudiagnosen seit 1999 allmählich zugenommen, auch in Gebieten, in denen HIV-Infektionen in der Vergangenheit eher selten waren, wie zum Beispiel im Osten und Nordosten sowie in Wales und Yorkshire (Health Protection Agency United Kingdom, 2006).

Drei Viertel der HIV-Neudiagnosen unter heterosexuellen Männern und Frauen werden bei Menschen festgestellt, die aus Ländern außerhalb des Vereinigten Königreichs stammen, hauptsächlich aus afrikanischen Ländern südlich der Sahara (Health Protection Agency United Kingdom, 2006). Menschen, die sich im Afrika südlich der Sahara infiziert haben, machen heute den größten Anteil der HIV-Infizierten aus, es sind sogar geringfügig mehr als diejenigen, die sich durch Sex unter Männern infiziert haben. Forschungen in den Midlands und in Südengland haben ergeben, dass Stigmatisierung und Angst vor Diskriminierung einen großen Teil der Afrikaner im Vereinigten Königreich davon abhält, sich auf HIV testen zu lassen (Elam et al., 2006).

Die Ansteckungsgefahr für HIV und andere sexuell übertragbare Krankheiten bleibt unter Männern, die Sex mit Männern haben, relativ hoch. Diese Gruppe stellt einen Anteil von einem Drittel aller HIV-Neudiagnosen (2.252 im Jahr 2005). Die Anzahl der HIV-Neudiagnosen unter diesen Männern hat seit dem Jahr 2000

um fast 50% zugenommen (Health Protection Agency et al., 2006). Diese Entwicklung zeigt deutlich, dass die Präventionsmaßnahmen auf diese Bevölkerungsgruppen anzupassen sind (Elford et al., 2005).

Zwei weitere Trends sind bemerkenswert: Ungefähr ein Drittel der Personen mit HIV wusste nichts von ihrer HIV-Infektion (British Medical Association, 2006). Aus diesem Grund bekamen diese Personen nicht die Behandlung und Betreuung, die sie benötigten, und liefen in Gefahr, das Virus auf andere zu übertragen. Darüber hinaus scheint das Wissen um HIV abzunehmen. In einer Umfrage im Jahre 2005 wussten nur 79% der Befragten landesweit (und nur 70% in London, der Gegend mit der höchsten HIV-Prävalenz des Landes), dass HIV durch ungeschützten Sex übertragen werden kann, im Vergleich zu 91% im Jahr 2000. Der Prozentsatz der Menschen, die keinen einzigen Übertragungsweg nennen konnten, stieg im Zeitraum 2000–2005 von 6% auf 8% (National AIDS Trust, 2006).

Studien in der Bevölkerungsgruppe von Männern, die Sex mit Männern haben, zeigten eine HIV-Prävalenz von 10%–20% in Westeuropa. Zahlreiche Studien in Frankreich, Spanien, der Schweiz und im Vereinigten Königreich stellten einen steigenden Anteil von Männern, die Sex mit Männern haben, fest, die sich dazu bekannten, in der jüngsten Zeit risikoreicheren Sex gehabt zu haben (Balthasar, Jeannin, Dubois-Arber, 2005; Moreau-Gruet, Dubois-Arber, Jeannin, 2006; Dodds et al., 2004). Dies unterstreicht die Notwendigkeit, die HIV-Präventions- und Behandlungsprogramme in dieser Bevölkerungsgruppe zu stärken (EuroHIV, 2006b). Einige andere Länder haben ebenfalls einen Anstieg der HIV-Neuinfektionen unter Männern, die Sex mit Männern haben, erlebt. Im Vergleich zu 2001 war die Anzahl der HIV-Diagnosen in dieser Bevölkerungsgruppe im Jahr 2005 in den **Niederlanden** um drei Viertel höher (75%), in **Portugal** (68%) und in der **Schweiz** (71%) um mehr als zwei Drittel höher und in **Belgien** um mehr als 40% höher (EuroHIV, 2006a). Diese Trends werden in den entsprechenden Ländern von Ausbrüchen anderer sexuell übertragbarer Krankheiten begleitet, was auf ein erhöhtes Risikoverhalten unter Männern, die Sex mit Männern haben, hindeutet. In den **Niederlanden** haben sich zum Beispiel die Syphilis-Fälle unter diesen Männern im Zeitraum

2000–2004 mehr als verdreifacht (Van de Laar et al., 2005). In **Deutschland** hat sich die Anzahl der HIV-Neudiagnosen unter Männern, die Sex mit Männern haben, im Zeitraum 2001 bis 2005 mehr als verdoppelt (EuroHIV, 2006a), diese Bevölkerungsgruppe ist schätzungsweise für 70% der HIV-Neudiagnosen im Jahr 2005 verantwortlich (Robert Koch Institut, 2005). Insgesamt lebten in Deutschland im Jahr 2005 schätzungsweise 49.000 [29.000–81.000] Menschen mit HIV. Die Epidemien in den skandinavischen Ländern bleiben insgesamt klein und relativ stabil, wenn es auch in **Schweden** seit 2002 einen Anstieg der HIV-Neudiagnosen unter Männern, die Sex mit Männern haben, gegeben hat: von 68 auf 97 im Jahr 2005 (EuroHIV, 2006a).

Die Effizienz von Harm-Reduction-Programmen bei der Reduzierung von HIV-Infektionen unter DrogenkonsumentInnen ist in einigen Ländern sichtbar. In **Portugal** war die Zahl der HIV-Diagnosen unter intravenös spritzenden DrogenkonsumentInnen im Jahr 2005 zum Beispiel um ein Drittel (31%) niedriger als im Jahr 2001 (857 im Vergleich zu 1.247 Fällen) (EuroHIV, 2006a). Harm-Reduction-Programme sind auch in **Spanien** mit einem Rückgang des intravenösen Drogenkonsums, des Gebrauchs kontaminierter Nadeln und Spritzen und der HIV-Infektionen unter DrogenkonsumentInnen in Zusammenhang gebracht worden. Die HIV-Prävalenz unter intravenös spritzenden DrogenkonsumentInnen ist in Barcelona von 44% auf 21% im Zeitraum 2001–2003 und Sevilla von 44% auf 22% zurückgegangen. In beiden Städten gibt es bereits seit langem Harm-Reduction-Programme. Im Gegensatz dazu ist die HIV-Prävalenz unter DrogenkonsumentInnen in Madrid, wo solche Programme erst in den späten 1990er Jahren eingeführt wurden, stabil geblieben (37% im Jahr 1995 und 35% in den Jahren 2001–2003) (de la Fuente et al., 2006). Ein Rückgang der HIV-Infektionen ist auch unter den DrogenkonsumentInnen in den **Niederlanden** zu beobachten: von 174 Neudiagnosen im Jahr 2002 auf 29 Neudiagnosen im Jahr 2005. Unter den DrogenkonsumentInnen in Amsterdam, dem Epizentrum der mit dem intravenösen Drogenkonsum in Zusammenhang

stehenden Epidemie des Landes, hat es einen stetigen Rückgang bei der Benutzung nicht sterilen Drogenbestecks und der HIV-Inzidenz gegeben. Die meisten HIV-Neuinfektionen unter DrogenkonsumentInnen in Amsterdam sind nun auf ungeschützten heterosexuellen Geschlechtsverkehr zurückzuführen – dies ist wiederum ein Warnsignal: Harm-Reduction-Programme sollten den Praktiken des Safer Sex mehr Aufmerksamkeit widmen (Lindenburg et al., 2006).

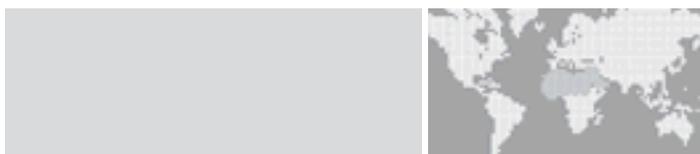
Studien zufolge beträgt die HIV-Prävalenz unter Männern, die Sex mit Männern haben, in Westeuropa 10%–20%, und es gibt in mehreren Ländern Anzeichen für vermehrten risikoreicheren ungeschützten Sex in dieser Bevölkerungsgruppe.

Die Epidemien in Mitteleuropa sind im Vergleich zum Rest Europas relativ klein. Nur fünf Länder meldeten im Jahr 2005 mehr als 100 HIV-Neudiagnosen: **Polen** (wo 652 Menschen die Diagnose HIV bekamen), **Türkei** (332), **Rumänien** (205), **Serbien und Montenegro**⁸ (112) und **Ungarn** (110) (EuroHIV, 2006a). Die Muster der Epidemien sind stark unterschiedlich. Ungeschützter heterosexueller Geschlechtsverkehr ist in den meisten Ländern der Hauptinfektionsweg, so zum Beispiel in **Albanien, Bosnien und Herzegovina, Bulgarien, Rumänien** und der **Türkei**, während ungeschützter Sex unter Männern in **Kroatien, der Tschechischen Republik, Ungarn** und **Slowenien** der Hauptübertragungsweg und die Benutzung nicht sterilen Drogenbestecks in **Polen** die Hauptinfektionsursache ist (EuroHIV, 2006a; Rosinska, 2006).

Im Baltikum scheint sich der starke Anstieg von HIV-Infektionen, der um die Jahrhundertwende diagnostiziert wurde, nun abgeschwächt zu haben. Die HIV-Epidemien breiten sich langsamer aus. Es gab einen konstanten Rückgang der Anzahl der HIV-Neuinfektionen in **Lettland** (von 542 auf 299 im gleichen Zeitraum) (Health Protection Inspectorate

⁸ Zum Zeitpunkt der Erstellung wurden diese statistischen Angaben aus dem Land übernommen, das ehemals unter dem Namen Serbien und Montenegro bekannt ist. Zum Zeitpunkt der Drucklegung war dieses Land nun die Republik Serbien und die Republik Montenegro (siehe <http://www.un.org/Depts/Cartographic/map/profile/serbia.pdf>).

Estonia, 2006; EuroHIV, 2006a). In **Litauen** sind in den letzten drei Jahren jährlich 110–135 HIV-Neudiagnosen gestellt worden (EuroHIV, 2006a). Im Jahr 2005 lebten schätzungsweise 10.000 [6.100–17.000] Menschen mit HIV in **Letland**, die entsprechende Zahl in **Litauen** lag bei schätzungsweise 3.300 [1.600–10.000] (UNAIDS, 2006). Auch die neu gemeldeten HIV-Fälle in **Estland** haben abgenommen (von 899 im Jahr 2002 auf 621 im Jahr 2005). Dennoch war die geschätzte nationale HIV-Prävalenz unter Erwachsenen mit 1,3% [0,6%–4,3%] die zweithöchste in ganz Europa (nach der Ukraine). Seit Beginn der Epidemie in Estland wurden insgesamt mehr als 5.000 HIV-Infektionen gemeldet, und es wird geschätzt, dass die Anzahl der Menschen, die tatsächlich mit HIV lebten, im Jahr 2005 mehr als doppelt so hoch lag (10.000 in einem Bereich zwischen 4.800–32.000) (Health Protection Inspectorate Estonia, 2006; UNAIDS, 2006).



NAHER OSTEN UND NORDAFRIKA

Die AIDS-Epidemien in dieser Region unterscheiden sich stark voneinander. Im Jahr 2006 infizierten sich schätzungsweise 68.000 [41.000–220.000] Menschen mit HIV, so dass die Gesamtzahl der Menschen, die in dieser Region mit HIV lebt, nun auf 460.000 [270.000–760.000] gestiegen ist. Ungefähr 36.000 [20.000–60.000] Menschen in der Region starben im vergangenen Jahr an AIDS. Die meisten gemeldeten HIV-Infektionen betrafen Männer, doch der Anteil der infizierten Frauen steigt (UNAIDS, 2006).

Unzureichende HIV-Meldesysteme in zahlreichen Ländern der Region machen es schwierig, die Muster und Trends der vielfältigen Epidemien klar zu erkennen – dies trifft besonders auf die Risikogruppen zu, wie intravenös spritzende DrogenkonsumentInnen, SexarbeiterInnen und Männer, die Sex mit Männern haben.

Nicht gleichmäßig verteilte (und vielerorts unzureichende) HIV-Meldesysteme machen es schwierig, die Muster und Trends der Epidemien in zahlreichen Ländern dieser Region präzise zu messen – dies gilt besonders für die Risikogruppen wie zum Beispiel intravenös spritzende DrogenkonsumentInnen, SexarbeiterInnen und Männer, die Sex mit Männern haben. Eine verbesserte Datenerfassung in einigen Ländern (zum Beispiel in **Algerien**, **Iran**, **Libyen** und **Marokko**) zeigen jedoch,

dass in der gesamten Region lokal begrenzte Epidemien vorherrschen, während man im **Sudan** von einer allgemeinen Epidemie sprechen kann.

Im **Sudan** ist die bei weitem größte AIDS-Epidemie in dieser Region festzustellen. Die HIV-Prävalenz unter Erwachsenen betrug im Jahr 2005 1,6% [0,8%–2,7%], und es lebten ungefähr 350.000 [170.000–580.000] Menschen mit HIV. Bei Frauen, die die Schwangerschaftsvorsorgekliniken im Bundesstaat White Nile aufsuchten, wurde zum Beispiel eine HIV-Prävalenz von mehr als 2% festgestellt (Ministry of Health Sudan, 2006). Es gibt Befürchtungen, dass die HIV-Übertragung sich in der Folge des beinahe zwei Jahrzehnte andauernden Krieges beschleunigen und ausweiten könnte, wenn das Leben der ehemaligen Flüchtlinge und Vertriebenen langsam wieder zur Normalität zurückkehrt. Unter einigen ehemals Vertriebenen in Yei im Süden des Landes entlang der Grenze zu Uganda wurde zum Beispiel eine HIV-Prävalenz von 4,4% festgestellt (Kaiser et al., 2006). Aus diesem Grund sind im Süden mehr Präventionsanstrengungen unternommen worden, einschließlich freiwilliger Beratungs- und Testinitiativen (zum Beispiel in Juba), und es gibt neuerdings auch einige Orte, an denen eine antiretrovirale Behandlung angeboten wird.

Die Epidemie ist jedoch nicht auf den Süden beschränkt (Ministry of Health Sudan, 2005). Eine Studie unter Polizisten im Bundesstaat Khartoum ergab, dass 1% von ihnen HIV-infiziert ist. Kenntnisse im Bereich HIV sind

extrem gering: Nur 2% der Männer wussten, dass Kondome eine HIV-Übertragung verhindern können (Abdelwahab, 2006). Im Bundesstaat Khartoum scheint ungeschützter Sex unter diesen Männern einer anderen Studie zufolge ein wichtiger Übertragungsfaktor zu sein. Hier wurde eine HIV-Prävalenz von 9,3% unter Männern festgestellt. Nahezu alle Männer, die an der Studie teilnahmen, gaben an, dass sie mehr als einen Sexualpartner haben. Zwei Drittel sagten, dass sie Sex auch verkaufen. Knapp die Hälfte der Männer war sich des Risikos einer HIV-Infektion bei ungeschütztem Analsex nicht bewusst, und nur 3% gaben an, dass sie konsequent Kondome benutzten (Elrashied, 2006).

In mehreren Ländern, besonders im **Iran** und in **Libyen**, wurde eine hohe HIV-Prävalenz unter intravenös spritzenden DrogenkonsumentInnen festgestellt. Intravenöser Drogenkonsum ist in zahlreichen anderen Ländern der Region ebenfalls weit verbreitet, und der Gebrauch nicht sterilen Drogenbestecks scheint üblich zu sein. Verschiedene Studien zeigen, dass bis zu vier von zehn DrogenkonsumentInnen in **Algerien**, fünf von zehn in **Ägypten** und **Marokko** und sechs von zehn im **Libanon** keine sterilen Spritzen benutzen.

Angesichts der hohen Anzahl der intravenös spritzenden DrogenkonsumentInnen im **Iran** – nach Angaben des Ministeriums für Gesundheit und Medizinische Aufklärung handelt es sich um 137.000 Menschen (Gheiratmand et al., 2006) – sind die hohen HIV-Infektionsraten unter den DrogenkonsumentInnen des Landes Besorgniserregend. Nahezu ein Viertel (23%) der DrogenkonsumentInnen, die an einer vor kurzem durchgeführten Studie in der Hauptstadt des Iran, Teheran, teilgenommen haben, war HIV-infiziert (Zamani et al., 2006). Ebenfalls infiziert waren 15% derjenigen, die einer früheren Studie zufolge in Beratungszentren behandelt wurden (Zamani et al., 2005). In beiden Fällen wurde als Hauptfaktor für die Infektion angesehen, dass in der Vergangenheit nicht sterile Drogenbestecke im Gefängnis benutzt wurden. Dies unterstreicht den Bedarf effizienter Harm-Reduction-Programme in Gefängnissen und Strafanstalten. In Marvdasht gaben 85% der intravenös spritzenden DrogenkonsumentInnen an, dass sie im Gefängnis Drogen konsumiert hatten, und 19% sagten, dass sie dort unsteriles Drogenbesteck

benutzt hatten (Day et al., 2006). Die iranischen Behörden haben dieses Risiko in Gefängnissen erkannt. In einigen Strafanstalten werden nun Kondome und Ersatztherapien angeboten. Andere Studien haben gezeigt, dass das Drogenkonsumverhalten sich je nach sozialer Gruppe unterscheidet; je nach sozioökonomischem Status benutzen zwischen 30% und 100% der DrogenkonsumentInnen nicht sterile Spritzen – dies führt uns die Tatsache vor Augen, dass Harm-Reduction-Programme und andere HIV-Programme sorgfältig an die Zielgruppen angepasst werden müssen (Razzaghi et al., 2006).

Im **Iran** – und an anderen Orten der Region – sind große Teile der jungen Bevölkerung einschließlich der DrogenkonsumentInnen sexuell aktiv. Die Mehrheit der DrogenkonsumentInnen, die in Teheran behandelt wurden, war sexuell aktiv, doch nur die Hälfte der intravenös spritzenden DrogenkonsumentInnen, die an einer Studie im Jahr 2005 teilnahmen, gab an, dass sie jemals ein Kondom benutzt hatten (Zamani, 2005). Ungefähr 28% aller männlichen Jugendlichen in der Altersgruppe 15–18 Jahre, die an einer anderen Studie teilnahmen, waren sexuell aktiv. Aber die Hälfte von ihnen hatte noch nie ein Kondom gesehen, und weniger als die Hälfte wusste, dass Kondome sexuell übertragbare Infektionen verhindern können (Mohammadi et al., 2006). Bei einer Umfrage unter SchülerInnen der weiterführenden Schulen in Teheran glaubte ein Drittel der Befragten, dass HIV durch Moskitos übertragen werden kann, und ein Fünftel dachte, dass man sich in öffentlichen Schwimmbädern infizieren kann (Tavoosi et al., 2004). Eine solche allgemeine Unwissenheit und der daraus resultierende Mangel an präventivem Verhalten stellt ein beträchtliches HIV-Infektionsrisiko für junge Menschen dar.

Der Iran hat seine HIV-Maßnahmen in den letzten Jahren erheblich verstärkt. Es wurden Projekte zur Verteilung sauberer Spritzen und zur Methadonsubstitutionstherapie ins Leben gerufen, und die Regierungskliniken bieten kostenlose HIV-Beratung, Tests und Behandlung an. **Libyen**, wo eine HIV-Prävalenz von 18% unter Gefangenen festgestellt wurde (Sammud, 2005), muss nun nachziehen und seine Maßnahmen verstärken, um die HIV-Epidemie unter Kontrolle zu bringen.

Ungeschützter Sex (auch ungeschützter bezahlter Sex und ungeschützter Sex unter Männern) ist der andere wichtige Faktor in den Epidemien der Region. Unter Sexarbeiterinnen in Saida und Tamanrasset in **Algerien** (Fares et al., 2004), **Marokko** (Ministère de la Santé Maroc, 2005) und im **Sudan** (Federal Ministry of Health Sudan, 2002) wurden HIV-Infektionen bei 9%–10%, 2,2% beziehungsweise 4,4% festgestellt. In **Algerien** und **Marokko** ist ungeschützter Sex für die Mehrzahl der gemeldeten HIV-Infektionen verantwortlich, und Frauen stellen einen immer größeren Anteil unter den Menschen mit HIV (Ministère de la Santé Maroc, 2005). In einigen Schwangerschaftsvorsorgekliniken im Süden Algeriens wurden mehr als 1% der schwangeren Frauen positiv auf HIV getestet (Institut de Formation Paramédicale de Parnet, 2004). In **Saudi Arabien** ist nahezu die Hälfte (46%) der gemeldeten HIV-Fälle ungeschütztem Sex zugeschrieben worden. Hier

wurden zwei Drittel (67%) aller HIV-Fälle aus drei Städten gemeldet: Jeddah, Riyadh und Damman (Al-Mazrou et al., 2005).

Effiziente HIV-Präventionsprogramme, die besonders auf die Risikogruppen abzielen, können größere und schlimmere HIV-Epidemien in einigen Ländern des Nahen Ostens und Nordafrikas verhindern. In dieser Region sind nur langsam Fortschritte in der Bereitstellung antiretroviraler Therapien zu beobachten. Ende 2005 hatten schätzungsweise nur insgesamt 4.000 Menschen Zugang zu einer solchen Behandlung (im Vergleich zu 1.000 im Jahr 2003). Schätzungen zufolge benötigen jedoch ungefähr 75.000 Menschen in der Region eine antiretrovirale Therapie (WHO/UNAIDS, 2006).



OZEANIEN

In Ozeanien haben sich im Jahr 2006 schätzungsweise 7.100 [3.400–54.000] Menschen mit dem HI-Virus infiziert, so dass die Gesamtzahl der Menschen, die mit dem Virus leben, auf 81.000 [50.000–170.000] gestiegen ist. Drei Viertel der Betroffenen leben in **Papua-Neuguinea**. Hier ist eine schwer wiegende Epidemie zu beobachten, die weiter zunimmt. (UNAIDS, 2006).

Die nationale HIV-Prävalenz in Papua-Neuguinea in Höhe von 1,8% [0,9%–4,4%] bedeutet, dass ungefähr 57.000 [31.000–140.000] Menschen über 15 Jahren im Jahr 2005 HIV-infiziert waren (UNAIDS, 2006). Die Prävalenz in städtischen Gebieten erreicht Schätzungen zufolge möglicherweise bis zu 3,5% (National AIDS Council Secretariat Papua New Guinea, 2006). Die Epidemie stieg Ende der 1990er Jahre stark an, und es gibt noch keine Hinweise darauf, dass sie sich abschwächt. Seit 2002 wurden jährlich mindestens 2000 HIV-Infektionen gemeldet.

Die HIV-Epidemie in Papua Neuguinea nimmt weiterhin zu. Eine Vielzahl von Risikofaktoren kann eine weitere Verschlechterung der Lage verursachen, wenn die Präventionsmaßnahmen nicht schnell ausgebaut werden.

Hohe Infektionszahlen bei sexuell übertragbaren Infektionen sowohl in städtischen, als auch in ländlichen Gebieten, ein früher sexueller Erstkontakt, die weitverbreitete Praxis, mehrere SexualpartnerInnen gleichzeitig zu haben, ein

hoher Anteil von Sex, der im Austausch gegen Geld oder Waren angeboten wird, geringe Kondombenutzung und weitverbreitete physische und sexuelle Gewalt gegen Frauen bieten der Epidemie ein beträchtliches Wachstumspotenzial für die Zukunft. Eine Studie in ländlichen Gebieten und im Umkreis von Städten zeigte, dass 55% der befragten Frauen Sex gegen Geld und/oder Waren verkauft und 36% der Männer für Sex bezahlt hatten. Darüber hinaus berichteten 12% der Männer aus ländlichen Gebieten oder im Umkreis von Städten, dass sie gelegentlich Sex mit anderen Männern hätten (Asian Development Bank, 2006). In Port Moresby gab inzwischen ungefähr ein Viertel (24%) der jungen Männer und ein Achtel (13%) der jungen Frauen an, dass sie Kondome benutzen (National AIDS Council Secretariat Papua New Guinea, 2006). Junge Frauen sind besonders gefährdet: die HIV-Infektionsraten in der Altersgruppe 15–29 Jahre ist doppelt so hoch wie die Infektionsrate der Männer in der gleichen Altersgruppe (National AIDS Council Secretariat Papua New Guinea, 2006).

Die verfügbaren HIV-Daten geben Anlass zur Sorge, es gibt jedoch auch Anzeichen dafür, dass Papua Neuguinea die wachsende Epidemie immer noch eindämmen kann, wenn effiziente und gezielte HIV-Präventionsprogramme schnell ausgeweitet und langfristig durchgeführt werden. Priorität hat hierbei die Prävention der HIV-Übertragung zwischen SexarbeiterInnen und ihren Kunden sowie ihren sonstigen PartnerInnen. Bei ungefähr 14% der SexarbeiterInnen in der Hauptstadt des Landes, Port Moresby, wurde eine HIV-Infektion festgestellt (National AIDS Council Secretariat

Papua New Guinea, 2006). Drei Viertel (74%) der SexarbeiterInnen in Goroka und Kainantu in der Provinz Eastern Highlands hatten mindestens eine sexuell übertragene Infektion, während ein Fünftel (21%) unter Gonorrhoe und ein Viertel (24%) unter Syphilis litt. Keine/keiner der 200 getesteten SexarbeiterInnen in den zwei Städten war HIV-positiv, doch wenn HIV in diesen sexuellen Netzwerken einmal Fuß fasst, breitet sich die Infektion mit hoher Wahrscheinlichkeit schnell aus. Die schnelle Einführung effizienter und geeigneter Präventionsprogramme könnte diese SexarbeiterInnen und ihre Kunden vor HIV schützen (Gare et al., 2005).

Die Ausweitung der Anti-AIDS-Maßnahmen ist eine Herausforderung und wird durch die große Anzahl kultureller und sprachlicher Gruppierungen (ungefähr 800), eine geographisch bedingte schwierige Erreichbarkeit, ein hohes Maß an HIV-bezogener Stigmatisierung und Diskriminierung, eine hohe Analphabetenrate und niedrige Beschäftigungsraten sowie eine Überlastung der Gesundheitssysteme behindert. Projekte mit dem Ziel der Prävention der HIV-Übertragung von Müttern auf ihre Kinder sind zum Beispiel in sechs Krankenhäusern des Landes eingeführt worden, doch nur 3% der HIV-positiven Schwangeren erhielten im Jahr 2005 eine antiretrovirale Prophylaxe (National AIDS Council Secretariat Papua New Guinea, 2006). Die Bedrohung durch HIV ist heute zwar anerkannter, doch müssen die Surveillancesysteme noch weiter ausgebaut und die Präventionsprogramme zielgerichteter aufgestellt und in die ländlichen Gebiete ausgeweitet werden.

Die HIV-Epidemie in **Australien** ist noch immer hauptsächlich durch den ungeschützten Sex unter Männern geprägt, der für mehr als zwei Drittel der neu diagnostizierten HIV-Infektionen in diesem Jahrzehnt verantwortlich ist. Die HIV-Diagnosen erreichten in den späten 1980er Jahren und den frühen 1990er Jahren mit mehr als 1.000 Neudiagnosen pro Jahr einen Spitzenwert und gingen dann zur Jahrhundertwende auf zwischen 500 und 600 pro Jahr zurück. In den letzten Jahren war jedoch wieder ein Anstieg in den Neudiagnosen zu beobachten – auf 899 im Jahr 2004 und 954 im Jahr 2005 (National Centre in HIV Epidemiology and Clinical Research, 2006). Ein Wiederaufflammen des Unsafe Sex unter Männern scheint der Hauptrisikofaktor für

diese Neuinfektionen zu sein. Eine vor kurzem durchgeführte Studie in Sydney und Melbourne ergab, dass die Mehrheit der vor kurzem infizierten Männer, die Sex mit Männern hatten, angaben, dass sie mehrfach ungeschützten Sex mit verschiedenen Partnern hatten. Auffällig war in dieser Gruppe der Konsum von Drogen während des Sex (Volk et al., 2006). Die Verzehnfachung der Syphilis-Fälle im Zeitraum 1993–2003 (Fairley, Hocking and Medland, 2005) und der steile Anstieg des ungeschützten Sex unter Männern in Sydney seit 2000 (Prestage et al., 2005) deuten darauf hin, dass die in den 1980er und 1990er Jahren gepflegten Präventionsmaßnahmen ihre Wirkung verloren haben.

Unter der indigenen Bevölkerung Australiens ist ein anderes Muster der Epidemie zu beobachten. Bei ihnen ist der Gebrauch nicht sterilen Drogenbestecks ein wesentlicher Faktor der HIV-Übertragung. Er war im Zeitraum 2000–2004 für ein Fünftel der HIV-Infektionen unter der indigenen Bevölkerung verantwortlich im Vergleich zu weniger als 5% in der Gesamtbevölkerung (National Centre in HIV Epidemiology and Clinical Research, 2005). Indigene Frauen unterliegen einem besonderen Risiko der HIV-Infektion: Sie sind mit einer 18-mal höheren Wahrscheinlichkeit HIV-infiziert als nicht indigene Frauen und mit einer 3-mal höheren Wahrscheinlichkeit als nicht indigene Männer (Wright et al., 2005).

Die Vorteile einer verbesserten antiretroviralen Therapie sind anhand der längeren Überlebensrate der Personen mit der Diagnose AIDS klar ersichtlich. Die mittlere Überlebenszeit von Personen mit der Diagnose AIDS stieg von 17 Monaten vor 1995 auf 45 Monate im Jahr 2001. Schätzungen zufolge erhielt in Australien mehr als die Hälfte (53%) der Menschen mit HIV im Jahr 2004 antiretrovirale Therapie (National Centre in HIV Epidemiology and Clinical Research, 2005).

Die HIV-Neudiagnosen in **Neuseeland** erreichten im Jahr 2005 mit 218 Fällen einen Höchststand. Es handelt sich um die höchste Anzahl seit Beginn der Tests im Jahr 1985 (Ministry of Health New Zealand, 2006a). Dieser Trend ist teilweise auf die wachsende Zahl der HIV-Diagnosen unter Männern zurückzuführen, die Sex mit Männern haben, schwerpunktmäßig in der Region Auckland auf der Nordinsel (mehr

als 90%) (Ministry of Health New Zealand, 2006b). Ungeschützter Sex unter Männern ist für etwas mehr als die Hälfte (51%) und heterosexueller Geschlechtsverkehr für mehr als ein Drittel (37%) der HIV-Neudiagnosen im Jahr 2005 verantwortlich. Im Bereich des heterosexuellen Geschlechtsverkehrs wurde die große Mehrheit der Infektionen (möglicherweise bis zu 90%) außerhalb von Neuseeland erworben (Ministry of Health New Zealand, 2006b). Eine Verbesserung der antiretroviralen Behandlung hat die Zahl der AIDS-Todesfälle inzwischen von mehr als 30 pro Jahr im Zeitraum 1996–1997 auf weniger als 10 pro Jahr im Jahr 2005 sinken lassen (Ministry of Health New Zealand, 2006a).

Keines der anderen Länder oder Territorien in dieser Region hat seit Einführung der HIV-Tests mehr als 300 HIV-Fälle gemeldet (Secretariat of the Pacific Community, 2005). Risikofaktoren für HIV-Ausbrüche sind jedoch in zahlreichen

dieser Länder und Territorien zu beobachten. Nur ein Viertel der Personen, die zum Beispiel in **Fiji**, **Kiribati** und **Vanuatu** als Risikogruppe eingestuft sind, weiß, wie eine HIV-Infektion zu verhindern ist, und hat keine falschen Vorstellungen über eine HIV-Übertragung. In **Samoa**, auf den **Solomon Islands** und in **Vanuatu** gaben 9% der jungen Männer an, dass sie in den letzten 12 Monaten Sex gekauft hatten. Nur 10% unter ihnen berichteten, dass sie bei käuflichem Sex konsequent Kondome benutzten. Ungefähr 12% der jungen Männer gaben an, dass sie bei Sex mit GelegenheitspartnerInnen konsequent Kondome benutzten. Ungefähr ein Fünftel (22%) der jungen Männer gab weiterhin an, dass sie Sex mit anderen Männern hatten (Cliffe, Wang, Sullivan, 2006).

KARTEN

Globale Schätzungen, Erwachsene und Kinder 2006

Schätzung HIV-positiver Erwachsener und Kinder 2006

Schätzung der Neuinfektionen bei Erwachsenen und Kindern 2006

Schätzung AIDS-Tote, Erwachsene und Kinder 2006

Globale Schätzungen, Erwachsene und Kinder 2006



HIV-Positive	39,5 Millionen (34,1–47,1 Mio.)
HIV-Neuinfektionen 2006	4,3 Millionen (3,6–6,6 Mio.)
AIDS-Tote 2006	2,9 Millionen (2,5–3,5 Mio.)

Die tatsächlichen Zahlen bewegen sich innerhalb der Bandbreite der Schätzungen in dieser Tabelle. Die Schätzungen wurden unter Berücksichtigung der besten vorliegenden Informationen vorgenommen.

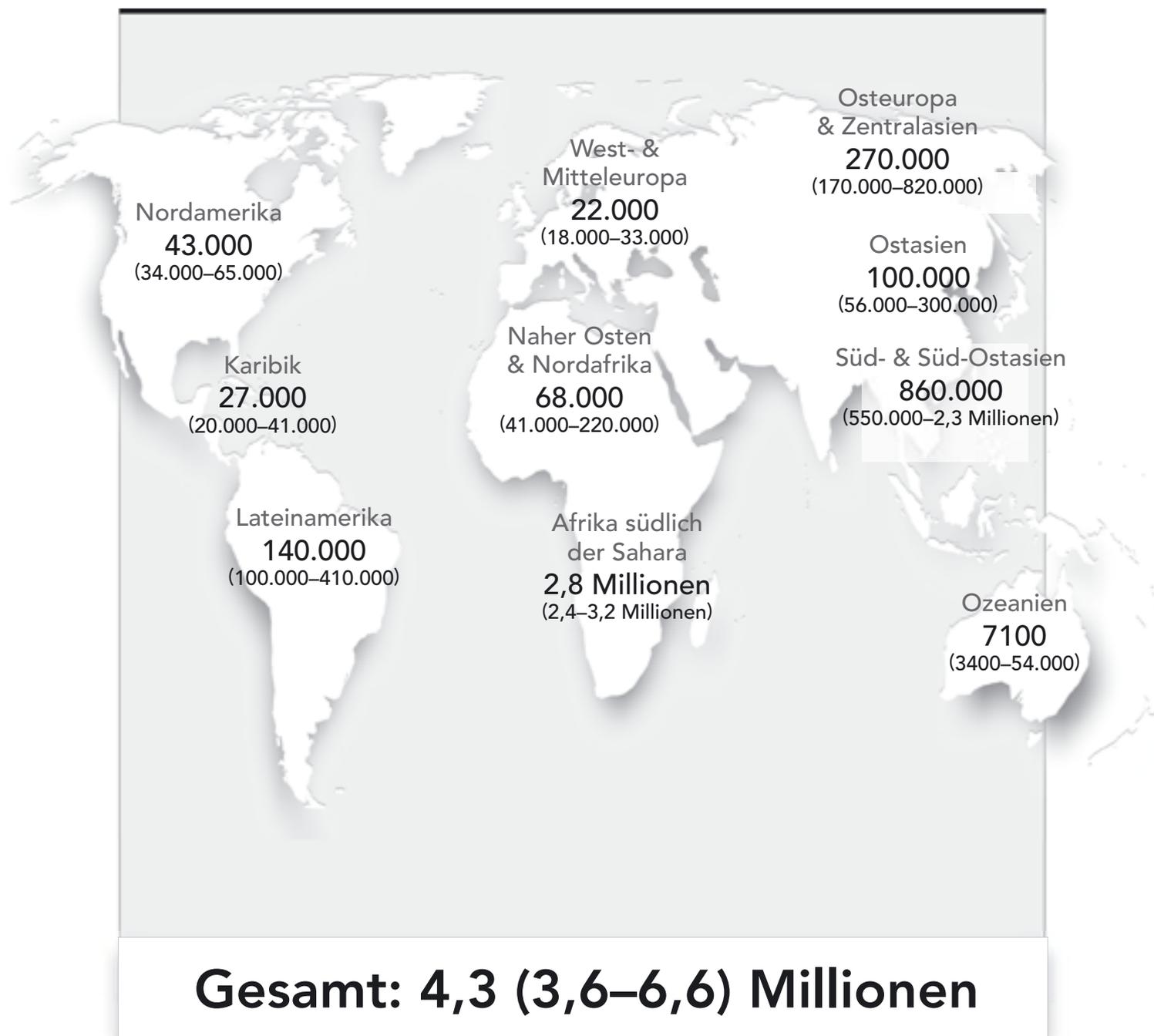


SCHÄTZUNG HIV-POSITIVER ERWACHSENER UND KINDER 2006

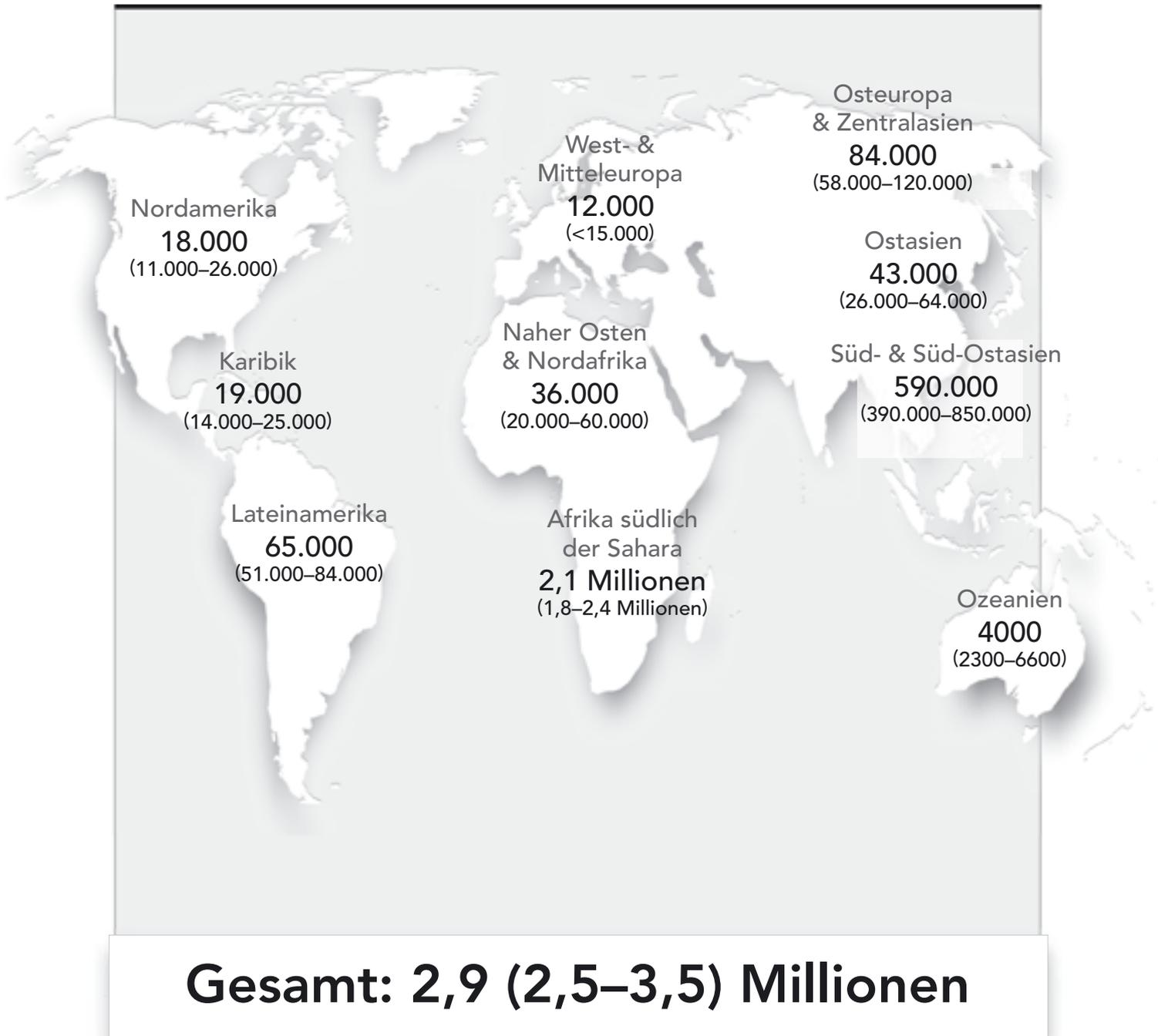


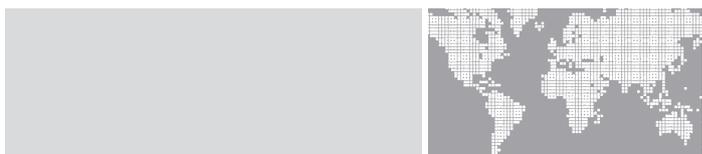
Gesamt: 39,5 (34,1–47,1) Millionen

SCHÄTZUNG DER HIV-NEUINFEKTIONEN BEI ERWACHSENEN UND KINDERN 2006



SCHÄTZUNG AIDS-TOTE, ERWACHSENE UND KINDER 2006





BIBLIOGRAFIE

AFRIKA SÜDLICH DER SAHARA

- Actuarial Society of South Africa (2005). *ASSA 2003 AIDS and demographic model*. Cape Town, Actuarial Society of South Africa.
- Adjei AA et al. (2006). Prevalence of human immunodeficiency virus, hepatitis B virus, hepatitis C virus and syphilis among prison inmates and officers at Nsawam and Accra, Ghana. *Journal of Medical Microbiology*, 55:593–597.
- Akwara PA et al. (2005). *An in-depth analysis of HIV prevalence in Ghana: further analysis of Demographic and Health Survey data*. April. Calverton, ORC Macro.
- Alary M et al. (2002). Decline in the prevalence of HIV and sexually transmitted diseases among female sex workers in Cotonou, Benin, 1993–1999. *AIDS*, 16(3):463–70.
- Anderson BA, Phillips HE (2006). *Adult mortality (age 15–64) based on death notification data in South Africa: 1997–2004*. Report No. 03–09–05. Pretoria, Statistics South Africa.
- Baltazar G (2005). *HIV sentinel surveillance 2004*. Slide presentation. June. Ministry of Health Kenya.
- Bello GA, Chipeta J, Aberle-Grasse J (2006). Assessment of trends in biological and behavioural surveillance data: is there any evidence of declining HIV prevalence or incidence in Malawi? *Sexually Transmitted Infections*, 82(Suppl. 1):i9–i13.
- Bradshaw D et al. (2004). Unabated rise in number of adult deaths in South Africa. *South African Medical Journal*; 94(4): 278–279.
- Bunnell R et al. (2006). Changes in sexual behavior and risk of HIV transmission after two years of antiretroviral therapy and prevention interventions in rural Uganda. Abstract MOAC0204. XVI International AIDS Conference. 13–18 August. Toronto.
- Buseh AG (2004). Patterns of sexual behaviour among secondary school students in Swaziland, southern Africa. *Culture, Health & Sexuality*, 6(4):355–367.
- CDC and WHO (2006). Emergence of *Mycobacterium tuberculosis* with extensive resistance to second-line drugs - worldwide, 2000–2004. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 2006, 55:301–305.
- Central Statistical Agency and ORC Macro (2006). *Ethiopia Demographic and Health Survey 2005: final report*. Addis Ababa and Calverton, Central Statistical Agency and ORC Macro.
- Central Statistical Office et al. (2004). *Zambia Sexual Behaviour Survey 2003*. Lusaka and North Carolina, Central Statistical Office and MEASURE Evaluation.
- Central Statistical Office et al. (1999). *Zambia Sexual Behaviour Survey 1998*. Lusaka and North Carolina, Central Statistical Office and MEASURE Evaluation.
- Centre de recherche pour le développement humain et MEASURE DHS+ (2005). *Enquête démographique et de santé 2005: rapport préliminaire*. Dakar and Calverton, CRDH, MEASURE DHS+.
- Cheluget B, Marum L, Stover J (2006). Evidence for population-level declines in adult HIV prevalence in Kenya. *Sexually Transmitted Infections*, 82(2). April.
- Conselho Nacional de Combate ao HIV/SIDA (2006). *Relatorio de actividades por 2005*. Maputo, Ministerio da Saude do Mocambique.

- Dahoma M et al. (2006). Prevalence of HIV, hepatitis B and C and syphilis infection in substance users in Zanzibar. Abstract WEAX0104. XVI International AIDS Conference. 13–18 August. Toronto.
- Department of Health South Africa (2006). *National HIV and syphilis antenatal prevalence survey, South Africa 2005*. Pretoria, Department of Health South Africa.
- Dewing S et al. (2006). Review of injection drug use in six African countries: Egypt, Kenya, Mauritius, Nigeria, South Africa and Tanzania. *Drugs: education, prevention and policy*, 13(2)121–137.
- Direction Nationale de la Statistique Guinée and ORC Macro (2006). *Enquête démographique et de santé, Guinée 2005*. Calverton, Direction Nationale de la Statistique Guinée and ORC Macro.
- Dorrington R et al. (2001). *The impact of HIV/AIDS on adult mortality in South Africa*. September. Medical Research Council. Available at <http://www.mrc.ac.za/bod/>
- Fabiani M et al. (2006). HIV-1 prevalence in the conflict-affected region of northern Uganda. Abstract C15. XVI International AIDS Conference. 13–18 August. Toronto.
- Federal Ministry of Health Ethiopia (2006). *AIDS in Ethiopia, 6th edition*. September. Addis Ababa, Federal Ministry of Health.
- Federal Ministry of Health Ethiopia (2004). *AIDS in Ethiopia: 5th edition*. June. Addis Ababa, Federal Ministry of Health, Disease Prevention and Control Department.
- Federal Ministry of Health Nigeria (2006). *2005 National HIV/syphilis seroprevalence sentinel survey among pregnant women attending antenatal clinics: technical report*. April. Abuja, Federal Ministry of Health.
- Ghana Statistical Service, Noguchi Memorial Institute for Medical Research, ORC Macro (2004). *Ghana Demographic and Health Survey 2003*. Calverton, Ghana Statistical Service, Noguchi Memorial Institute for Medical Research, and ORC Macro.
- Gomes do Espirito Santo ME, Etheredge GD (2005). Male clients of brothel prostitutes as a bridge for HIV infection between high risk and low risk groups of women in Senegal. *Sexually Transmitted Infections*, 81:342–344.
- Gouws et al. (2006). Short term estimates of adult HIV incidence by mode of transmission: Kenya and Thailand as examples. *Sexually Transmitted Infections*, 82(Suppl iii):iii51–iii55.
- Gregson S et al. (2006). HIV decline associated with behaviour change in eastern Zimbabwe. *Science*, 311(5761):664–666.
- Hargrove JW et al. (2005). Declining HIV prevalence and incidence in women attending maternity clinics in greater Harare, Zimbabwe. (Submitted for publication).
- Hladik W et al. (2006). HIV/AIDS in Ethiopia—where is the epidemic heading? *Sexually Transmitted Infections*, 82(2). April.
- Institut National de la Statistique et al. (2005). *Rwanda Demographic and Health Survey 2005, preliminary report*. Octobre. Kigali et Calverton, Ministère des Finances et de la Planification and MEASURE DHS.
- Institut National de la Statistique and ORC Macro (2005a). *Enquête démographique et de santé, Madagascar 2003–2004: rapport de synthèse*. Calverton, Institut National de la Statistique and ORC Macro.
- Institut National de la Statistique and ORC Macro (2005b). *Enquête Démographique et de santé Cameroun 2004*. Juin. Yaoundé and Calverton, Institut National de la Statistique and ORC Macro.
- Institut National de la Statistique et de la démographie and ORC Macro (2004). *Enquête démographique et de santé Burkina Faso 2003*. Calverton, Institut National de la Statistique et ORC Macro.
- Instituto Nacional de Luta contra a SIDA (2005). *Relatorio de UNGASS 2006*. Luanda, Republica de Angola.
- Kamya MR et al. (2006). Effect of HIV-1 infection on antimalarial treatment outcomes in Uganda: a population-based study. *Journal of Infectious Diseases*, 193:9–15.
- Kayirangwa E et al. (2006). Current trends in Rwanda's HIV/AIDS epidemic. *Sexually Transmitted Infections*, 82(Suppl. 1): i27–i31.
- Kirungi WL et al. (2006). Trends in antenatal HIV prevalence in urban Uganda associated with uptake of preventive sexual behaviour. *Sexually Transmitted Infections*, 82(Suppl. 1):136–141.
- Mahomva A et al. (2006). HIV prevalence and trends from data in Zimbabwe, 1997–2004. *Sexually Transmitted Infections*, 82(2). April.
- McCurdy SA et al. (2005a). The emerging heroin epidemic in Dar es Salaam, Tanzania: youth hangouts, maghetto and injecting practices. *AIDS Care*, 17(Suppl. 1):S65–76.

- McCurdy SA et al. (2005b). New injecting practice increases HIV risk among drug users in Tanzania. *British Medical Journal*, 331:778.
- Medical Research Council, WHO, CDC (2006). *Report of an expert consultation on drug-resistant tuberculosis, Johannesburg, 7–8 September*. Available at <http://www.who.int/tb/kg1/en/index.html>
- Medical Research Council (2005). *South African national burden of disease study 2000*. Medical Research Council. Cape Town. Available at: <http://www.mrc.ac.za/bod/reports.htm>
- Ministère de la Santé et de la Population République du Congo (2005). *Prévalence du VIH chez les femmes enceintes dans les sites sentinelles au Congo: une enquête anonyme non corrélée (2005)*. Brazzaville, Ministère de la Santé et de la population.
- Ministère de la Santé Bénin (2006). *Rapport de la surveillance de l'infection à VIH et de la syphilis au Bénin année 2005*. Avril.
- Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale Sénégal (2005). *Sénégal enquête démographique et de santé 2005 rapport préliminaire*. Juillet. Dakar et Calverton, Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale et MEASURE DHS+ ORC Macro.
- Ministère de la Santé Mali (2005). *Rapport: surveillance sentinelle du VIH et de la syphilis chez les femmes enceintes*. Novembre. Bamako, Ministère de la Santé Mali.
- Ministère de la Santé Publique Burundi (2005). *Bulletin épidémiologique annuel de surveillance du VIH/SIDA/IST pour l'année 2004*. Août./Septembre. Bujumbura, Ministère de la Santé Publique Burundi.
- Ministère de la Santé Togo (2004). *Rapport de surveillance de l'infection par le VIH dans le groupe des consultantes prénatales, Année 2003*. Février. Lomé, Ministère de la Santé Togo.
- Ministry of Health and Population Malawi (2005). *HIV and syphilis sero survey and national HIV prevalence estimates report*. Lilongwe, Ministry of Health and Population Malawi.
- Ministry of Health and Social Services Namibia (2005). *Follow-up to the Declaration of Commitment on HIV/AIDS: Namibia Country Report 2005*. December. Windhoek, Ministry of Health and Social Services Namibia.
- Ministry of Health and Social Services Namibia (2004). *Report of the 2004 national HIV sentinel survey*. Windhoek, Ministry of Health and Social Services Namibia.
- Ministry of Health and Social Welfare Lesotho and ORC Macro (2004). *2004 Lesotho Demographic and Health Survey*. Maseru and Calverton, Ministry of Health and Social Welfare and ORC Macro.
- Ministry of Health and Social Welfare Swaziland (2005). *9th round of national HIV serosurveillance in women attending antenatal care services at health facilities in Swaziland: survey report*. March. Mbabane, Ministry of Health and Social Welfare Swaziland.
- Ministry of Health Botswana (2006). *2005 Botswana second generation HIV/AIDS surveillance: Technical report*. Gaborone, Ministry of Health Botswana.
- Ministry of Health Eritrea (2006). *Results from the 2005 round of HIV sentinel surveillance in pregnant women*. Asmara, Ministry of Health Eritrea.
- Ministry of Health Kenya (2005). *AIDS in Kenya, 7th edition*. National AIDS and STI Control Programme (NASCOP). Nairobi, Ministry of Health Kenya.
- Ministry of Health Uganda and ORC Macro (2006). *Uganda HIV/AIDS Sero-behavioural Survey 2004/2005*. March. Kampala and Calverton, Ministry of Health and ORC Macro.
- Ministry of Health Zambia (2005). *Zambia Antenatal Clinic Sentinel Surveillance Report, 1994–2004*. November. Lusaka, Ministry of Health Zambia.
- Mugurungi O et al. (2005). HIV in Zimbabwe. In: Glynn JR, Carael M (eds.) *HIV, resurgent infections and population change in Africa*. Springer.
- Mundandi C et al. (2006). No difference in HIV incidence and sexual behaviour between out-migrants and residents in rural Manicaland, Zimbabwe. *Tropical Medicine and International Health*, 11(5):705–711.
- NAC and UNAIDS (2006). *Lesotho 2005 UNGASS country report: status of the national response to the 2001 Declaration of Commitment on HIV/AIDS, January 2003–December 2005*. Maseru, Government of Lesotho.
- National AIDS Commission Malawi (2005). *HIV and syphilis sero-survey and national HIV prevalence estimates report 2005*.
- National AIDS Coordinating Agency Botswana (2005). *Botswana AIDS impact survey II: popular report*. March. Gaborone, Republic of Botswana.
- National AIDS/STI Control Programme (2006). *HIV sentinel survey report 2005*. Accra, Ghana Health Service.
- National Bureau of Statistics Tanzania and ORC Macro (2005). *Tanzania HIV/AIDS Indicator Survey 2003–04*. Calverton.

- National Statistical Office and ORC Macro (2005). *Malawi Demographic and Health Survey 2004*. Calverton, National Statistical Office and ORC Macro.
- National Statistical Office and ORC Macro (2001). *Malawi Demographic and Health Survey 2000, Malawi final report*. Calverton, National Statistical Office and ORC Macro.
- National Statistical Office and ORC Macro (1997). *Malawi Demographic and Health Survey 1996, Malawi final report*. Calverton, National Statistical Office and ORC Macro.
- National STD and HIV/AIDS Control Programme (2005). *Report on the update of the HIV epidemiological surveillance data—2004 round*. Maputo, Ministry of Health.
- Ndetei D (2004). *Study on the assessment of the linkages between drug abuse, injecting drug abuse and HIV/AIDS in Kenya: a rapid situation assessment 2004*. Nairobi, United Nations Office on Drugs and Crime.
- Njogu P et al. (2006). HIV infection in Dadaab refugee camps. Abstract THPE0506. XVI International AIDS Conference. 13–18 August. Toronto.
- Odek-Ogunde M (2004). *World Health Organization phase II drug injecting study: behavioural and seroprevalence (HIV, HBV, HCV) survey among injecting drug users in Nairobi*. Nairobi, WHO.
- Pettifor AE et al. (2004). *HIV and sexual behaviour among young South Africans: a national survey of 15–24-year-olds*. April. Johannesburg, Reproductive Health Research Unit.
- Présidence du Faso (2005). *Suivi de la déclaration d’engagement sur le VIH/SIDAA (UNGASS): cadre pour la présentation des reports pays—période concernée janvier–décembre 2004*. Ouagadougou.
- République du Tchad (2005). *Enquête Démographique et de Santé au Tchad, 2004*. N’Djamena et Calverton, INSEED et Macro International.
- Sandoy IF et al. (2006). Antenatal clinic-based HIV prevalence in Zambia: declining trends but sharp local contrasts in young women. *Tropical Medicine and International Health*, 11(6):917–28.
- Seipone KMD (2006). *Trends of HIV Prevalence in Botswana*. Gaborone, Department of HIV/AIDS Prevention and Care, Ministry of Health.
- Shafer LA et al. (2006). HIV prevalence and incidence are no longer falling in Uganda – a case for renewed prevention efforts: evidence from a rural population cohort 1989–2005, and from ANC surveillance. Abstract C10. XVI International AIDS Conference. 13–18 August. Toronto.
- Shisana O et al. (2005). *South African national HIV prevalence, HIV incidence, behaviour and communication survey*. Pretoria, Human Sciences Research Council. Available at http://www.hsrc.ac.za/media/2005/11/20051130_1.html
- Somi GR et al. (2006). Estimating and projecting HIV prevalence and AIDS deaths in Tanzania using antenatal surveillance data. *BMC Public Health*, 3(6).
- Spiegel P, Harroff-Tavel H (2006). HIV and internally displaced persons: a review of the evidence. Abstract CDE0390. XVI International AIDS Conference. 13–18 August. Toronto.
- Statistics South Africa (2006). *Mortality and causes of death in South Africa, 2003 and 2004: findings from death notification*. Pretoria, Statistics South Africa.
- Sulliman F, Ameerberg SAG (2004). *Mauritius epidemiology network on drug use report: January–June 2004*. Port Louis.
- Sulliman F, Ameerberg SAG, Dhannoo MI (2004). *Rapid situation assessment*. Port Louis.
- Swai R et al. (2006). Surveillance of HIV and syphilis infections among antenatal clinic attendees in Tanzania—2003/2004. *BMC Public Health*, 6(91).
- UNAIDS (2006). *Report on the global AIDS epidemic*. Geneva, UNAIDS.
- UNAIDS (2005). *Evidence for HIV decline in Zimbabwe: a comprehensive review of the epidemiological data*. November. Geneva, UNAIDS.
- Urassa W et al. (2006). Evidence of a substantial decline in prevalence of HIV-1 infection among pregnant women: data from 1995 to 2003 in Dar es Salaam, Tanzania. *Scandinavian Journal of Public Health*, 34(3):272–8.
- Wade AS et al. (2005). HIV infection and sexually transmitted infections among men who have sex with men in Senegal. *AIDS*, 19:2133–2140.
- Weiser SD et al. (2006). Routine HIV testing in Botswana: A population-based study on attitudes, practices and human rights concerns. *PLoS Medicine*, 3(7):e261.
- WHO/UNAIDS (2006). *Progress in scaling up access to HIV treatment in low and middle-income countries, June 2006*. Fact Sheet. August. Geneva, WHO/UNAIDS.

WHO (2006). *World Health Report*. WHO, Geneva.

WHO (2005). *HIV/AIDS epidemiological surveillance report for the WHO African region-2005 update*. Harare, WHO Regional Office for Africa.

WHO (2005a). *The 2004 first national second generation HIV/AIDS/STI sentinel surveillance survey among antenatal care women attending maternity and child health clinics, tuberculosis and STD patients in Central South, Puntland Somaliland: a technical report*. July. Geneva, WHO.

WHO (2005b). *The 2004 first national second generation HIV/AIDS/STI sentinel surveillance survey among antenatal care women attending maternity and child health clinics, tuberculosis and STD patients*. July. Geneva, WHO.

ASIEN

Abbas SS (2006). Knowledge of HIV/AIDS and perception of self risk among high risk groups and its correlation with their risky behaviours: A study in two major cities of Pakistan. Abstract CDC1836. XVI International AIDS Conference. 13–18 August. Toronto.

Abbasi B (2006). HIV outbreak among injecting drug users in Larkana, Pakistan: serious threat of a generalized epidemic. Abstract CDC0274. XVI International AIDS Conference. 13–18 August. Toronto.

Altaf A et al. (2006). Behavioral characteristics of male and eunuch (hijra) sex workers in Karachi, Pakistan. Abstract CDC0439. XVI International AIDS Conference. 13–18 August. Toronto.

Andhra Pradesh State AIDS Control Society (2004). *8th round of national annual sentinel surveillance for HIV, Andhra Pradesh*. Hyderabad, Andhra Pradesh State AIDS Control Society.

Anthony J et al. (2006). Men who have sex with men in southern India: typologies, behaviour and implications for preventive interventions. Abstract CDD0331. XVI International AIDS Conference. 13–18 August. Toronto.

Basu JK, Koliwad V (2006). High risk behaviour among injecting drug users in Mumbai, India—time to scale up interventions. Abstract CDD0615. XVI International AIDS Conference. 13–18 August. Toronto.

Buckingham R et al. (2005). Factors associated with condom use among brothel-based female sex workers in Thailand. *AIDS Care*, 17(5):640–7.

Chawarski MC et al. (2006). Heroin dependence and HIV infection in Malaysia. *Drug Alcohol Dependency*, 82(Suppl. 1): S39–42.

Chen X, Yi Z et al. (2006). Effectiveness of a 100% condom use programme in China's Hunan province. Abstract MOPE0599. XVI International AIDS Conference. 13–18 August. Toronto.

Chen Y et al. (2006). Outreach-based needle and syringe exchange among injection drug users in China's Hunan province. Abstract TUPE0564. XVI International AIDS Conference. 13–18 August. Toronto.

China State Council AIDS Working Committee Office and UN Theme Group on HIV/AIDS in China (2004). A joint assessment of HIV/AIDS prevention, treatment and care in China. December.

Choi K et al. (2006). Social and sexual network characteristics are associated with HIV risk among men who have sex with men (MSM) in Shanghai, China. Abstract TUPE0470. XVI International AIDS Conference. 13–18 August. Toronto.

Choi KH et al. (2006). Lack of HIV testing and awareness of HIV infection among men who have sex with men, Beijing, China. *AIDS Education and Prevention*, 18(1): 33–43.

Choi SY (2006a). Violence against sex workers in China and its association with STD infection. Abstract CDD0173. XVI International AIDS Conference. 13–18 August. Toronto.

Christian J et al. (2006). Risk behaviour among intravenous drug users and improved programming in Yunnan province, China. Abstract MOPE0479. XVI International AIDS conference. 13–18 August. Toronto.

Cohen J (2004). HIV/AIDS in China: an unsafe practice turned blood donors into victims. *Science*, 304:1438–1439.

Dandona R et al. (2006a). How much attention is needed towards men who sell sex to men for HIV prevention in India? *BMC Public Health*, 6:31.

Dandona R et al. (2006b). Demography and sex work characteristics of female sex workers in India. *BMC International Health and Human Rights*, 6(1):5.

Dandona R et al. (2005). High risk of HIV in non-brothel based female sex workers in India. *BMC Public Health*, 5:87.

Deb A, Detels R (2006). Prevalence of HIV/STIs and related risk behaviours among migrant and local male factory workers in Kolkata, India. Abstract CDC0121. XVI International AIDS Conference. 13–18 August. Toronto.

- Department of Health Myanmar (2004). Sentinel surveillance data for March–April 2004. Yangon, Department of Health Myanmar.
- Department of Health Philippines (2005). *Consensus report on HIV and AIDS epidemiology 2005*. Manila, Department of Health Philippines.
- Department of Health Philippines (2003). *Status and trends of HIV/AIDS in the Philippines: the 2002 technical report of the National HIV/AIDS Sentinel Surveillance System*. Manila, Department of Health Philippines.
- Emmanuel F, Archibald C, Altaf A (2006). What drives the HIV epidemic among injecting drug users in Pakistan: A risk factor analysis. Abstract MOPE0524. XVI International AIDS conference. 13–18 August. Toronto.
- Giang LM et al. (2006). HIV risks among young male migrants using heroin in Hanoi, Viet Nam. Abstract WEAD0204. XVI International AIDS Conference. 13–18 August. Toronto.
- Gorbach PM et al. (2006). Changing behaviors and patterns among Cambodian sex workers: 1997–2003. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*.
- Gorbach PM et al. (2000) Sexual bridging by Cambodian men. *Sexually Transmitted Diseases*, 27:320–326.
- Gouws E et al. (2006). Short term estimates of adult HIV incidence by mode of transmission: Kenya and Thailand as examples. *Sexually Transmitted Infections*, 82(Suppl. 3):iii51–55.
- Hallett TB, Garnett GP (2006). Has global HIV peaked? (correspondence). *Lancet*, 368:116–117. Available at <http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140673606689976/fulltext>
- Hammett TM et al. (2006). Addressing a generalized HIV epidemic on the Viet Nam–China border. Abstract CDC0819. XVI International AIDS Conference. 13–18 August. Toronto.
- Huang M, Hussein H (2004). The HIV/AIDS epidemic country paper: Malaysia. *AIDS Education and Prevention*, 16(Suppl. A):1001–09.
- Hesketh T et al. (2006). HIV and syphilis in migrant workers in eastern China. *Sexually Transmitted Infections*, 82(1):11–4.
- Hesketh T et al. (2005a). HIV knowledge and risk behaviour of female sex workers in Yunnan Province, China: potential as bridging groups to the general population. *AIDS Care*, 17(8):958–66.
- Hesketh T, Duo L et al. (2005b). Attitudes to HIV and HIV testing in high prevalence areas of China: informing the introduction of voluntary counselling and testing programmes. *Sexually Transmitted Infections*, 81:108–112.
- Hien NT et al. (2004). *Risk factors for HIV seropositivity among young heroin injecting drug users in Quang Ninh province, Viet Nam*. Submitted for publication, cited in Hien NT et al. (2004a). HIV/AIDS epidemics in Viet Nam: evolution and responses. *AIDS Education and Prevention*, 16(Suppl. A):137–154.
- Iamsirithaworn S, Detels R (2006). Evaluation of HIV sentinel sero-surveillance system in Thailand, 2005. Abstract TUPE0326. XVI International AIDS Conference. 13–18 August. Toronto.
- Jana S et al. (1998). STD/HIV intervention with sex workers in West Bengal, India. *AIDS*, 12(Suppl. B):S101–S108.
- Ji G et al. (2006). Correlates of HIV infection among former blood/plasma donors in rural China. *AIDS*, 20(4):585–91.
- Jiang J et al. (2006). High prevalence of sexually transmitted diseases among men who have sex with men in Jiangsu Province, China. *Sexually Transmitted Diseases*, 33(2): 118–23.
- John TJ (2006). HIV prevalence in young adults in south India (correspondence). *Lancet*, 386:113–114. Available at <http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140673606689927/fulltext>
- Kang H et al. (2005). *HIV/AIDS in south Asia: understanding and responding to a heterogeneous epidemic*. Washington and Winnipeg, World Bank and University of Manitoba.
- Kawichai S et al. (2006). HIV voluntary counseling and testing and HIV incidence in male injecting drug users in northern Thailand: evidence of an urgent need for HIV prevention. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 41(2): 186–93.
- Kumar R et al. (2006). Trends in HIV-1 in young adults in south India from 2000 to 2004: a prevalence study. *Lancet*, 367(9517): 1164–72.
- Kumar R et al. (2005). *HIV-1 trends, risk factors and growth in India*. National Commission on Macroeconomics and Health (NCMH) background papers—burden of disease in India. September. New Delhi, Ministry of Health and Family Welfare.
- Kumar S (1998). Model for sexual health found in India's West Bengal. *Lancet*, 351:46.
- Kumta S et al. (2006). Sociodemographics, sexual risk behaviour and HIV among men who have sex with men attending voluntary counselling and testing services in Mumbai, India. Abstract WEPE0736. XVI International AIDS Conference. 13–18 August. Toronto.

- Lancet (2006). India in the spotlight (editorial). *Lancet*, 367:1876. June 10.
- Lengh HB (2004). *Report on HIV sentinel surveillance in Cambodia: 2002*. National Centre for HIV/AIDS, Dermatology and STD, Phnom Penh.
- Li X, Li D et al. (2006). HIV and syphilis infection among men who have sex with men in Beijing, China: potential for rapid HIV transmission. Abstract CDC0093. XVI International AIDS Conference. 13–18 August. Toronto.
- Liu H et al. (2006). Drug users: potentially important bridge population in the transmission of sexually transmitted diseases, including AIDS, China. *Sexually Transmitted Diseases*, 33(2):111–117.
- Liu H, Wang N et al. (2006). HIV prevalence and the risk behaviours among MSM in Beijing, China. Abstract CDC1698. XVI International AIDS Conference. 13–18 August. Toronto.
- Longfield K et al. (2006). Trends in needle-sharing among intravenous drug users in China, Thailand and Viet Nam. Abstract THPE0730. XVI International AIDS Conference. 13–18 August. Toronto.
- Lu F et al. (2006). HIV/AIDS epidemic in China: increasing or decreasing? Abstract MOPE0462. XVI International AIDS Conference. 13–18 August. Toronto.
- Lurie M et al. (1997). Migrancy and HIV/STDs in South Africa—a rural perspective. *South African Medical Journal*, 87(7): 908–9.
- Lurie M et al. (2003). The impact of migration on HIV-1 transmission in South Africa: a study of migrant and nonmigrant men and their partners. *Sexually Transmitted Diseases*, 30(2):149–56.
- Luu Thi Minh C, Tran Nhu N et al. (2006a). HIV prevalence and risk behaviours among injecting drug users in Ho Chi Minh City, Hai Phong and Hanoi, Viet Nam. Abstract TUPE0521. XVI International AIDS Conference. 13–18 August. Toronto.
- Luu Thi Minh C, Tran Nhu N et al. (2006b). HIV prevalence and risk behaviours among female sex workers in Hai Phong and Ho Chi Minh City, Viet Nam. Abstract CDC0320. XVI International AIDS Conference. 13–18 August. Toronto.
- Ma X et al. (2006). Possible rise in HIV prevalence among men who have sex with men (MSM) in Beijing. Abstract MOPE0526. XVI International AIDS Conference. 13–18 August. Toronto.
- Mahendra VS et al. (2006). How prevalent is AIDS-related stigma among health-care workers? Developing and testing a stigma index in Indian hospitals. Abstract TUPE0729. XVI International AIDS Conference. 13–18 August. Toronto.
- Mastro TD, Yip R (2006). The legacy of unhygienic plasma collection in China. *AIDS*, 20:1451–1452.
- Mateo RJ et al. (2003). HIV/AIDS in the Philippines. *AIDS Education and Prevention*, 16(Suppl. A):43–52.
- Mills E et al. (2005). The HIV/AIDS epidemic in Cambodia. *Lancet Infectious Diseases*, 5(10):596–7.
- Mingjian N et al. (2006). HIV/AIDS prevalence and behaviour in drug users and pregnant women in Kashgar Prefecture: case report. *Harm Reduction Journal*, 3:7.
- Ministry of Health China, UNAIDS, WHO (2006). *2005 update on the HIV/AIDS epidemic and response in China*. Beijing, Ministry of Health China, UNAIDS, WHO.
- Ministry of Health Indonesia (2006). *HIV/AIDS surveillance report*. Jakarta, Ministry of Health.
- Ministry of Health Malaysia and WHO (2004). *Consensus report on HIV and AIDS—epidemiology in 2004: Malaysia*. Kuala Lumpur, Ministry of Health and WHO.
- Ministry of Health Pakistan, DfID, Family Health International (2005). *National study of reproductive tract and sexually transmitted infections: Survey of high-risk groups in Lahore and Karachi, 2005*. Karachi, Ministry of Health, Department for International Development, Family Health International.
- Ministry of Health Viet Nam (2005). *HIV/AIDS estimates and projections 2005–2010*. Hanoi, General Department of Preventive Medicine and HIV/AIDS Control, Ministry of Health.
- Monitoring the AIDS Pandemic Network (MAP) (2005a). *Drug injection and HIV/AIDS in Asia—MAP Report 2005*. July. Geneva, Monitoring the AIDS Pandemic Network.
- Monitoring the AIDS Pandemic Network (MAP) (2005b). *Sex work and HIV/AIDS in Asia—MAP Report 2005*. July. Geneva, Monitoring the AIDS Pandemic Network.
- Monitoring the AIDS Pandemic Network (MAP) (2004). *AIDS in Asia: face the facts—a comprehensive analysis of the AIDS epidemics in Asia*. Geneva, Monitoring the AIDS Pandemic Network.
- Moses S et al. (2006). Prevalence and determinants of HIV infection in rural India: an expanding, heterogeneous rural epidemic. Abstract MOPE0730. XVI International AIDS Conference. 13–18 August. Toronto.

- Nai Zindagi (2006). *The lethal overdose: injecting drug use and HIV/AIDS*. May. Islamabad, Nai Zindagi. Available at www.naizindagi.com
- National AIDS Commission Indonesia (2006). Country report on the follow up to the Declaration of Commitment on HIV/AIDS (UNGASS) 2004–2005.
- National AIDS Control Organization (2005a). *An overview of the spread and prevalence of HIV/AIDS in India*. New Delhi, National AIDS Control Organization. Available at http://www.nacoonline.org/facts_overview.htm
- National AIDS Control Organization (2005b). *Facts and figures: an overview of the spread and prevalence of HIV/AIDS in India*. New Delhi, National AIDS Control Organization. Available at http://www.nacoonline.org/facts_overview.htm
- National AIDS Control Organization (2005c). *Statewise HIV prevalence. Facts and figures (1998–2004)*. Available at http://www.nacoonline.org/facts_statewise.htm
- National AIDS Control Organization (2004a). *Annual report 2002–2003, 2003–2004*. Delhi, Ministry of Health and Family Welfare.
- National AIDS Control Organization (2004b). Observed HIV prevalence levels state-wise: 1998–2004. Available at http://www.nacoonline.org/facts_statewise.htm
- National AIDS Programme Myanmar (2005). *HIV sentinel surveillance 2005*. Yangon, National AIDS Programme Myanmar.
- National Center for HIV/AIDS, Dermatology and STIs (2004). *HIV sentinel surveillance (HSS) 2003: results, trends and estimates*. December. Phnom Penh, National Center for HIV/AIDS, Dermatology and STD.
- National Drug Agency (2005). *Annual Report*. Kuala Lumpur, National Drug Agency.
- National Epidemiology Center (2006). *HIV and AIDS registry: monthly update*. June. Manila, Department of Health. Available at <http://www.doh.gov.ph/NEC/HIV.htm>
- National Institute of Hygiene and Epidemiology and ORC Macro (2006). *Viet Nam population and AIDS indicator survey 2005*. Hanoi and Calverton, General Statistical Office and ORC Macro.
- Nemoto T (2004). HIV/AIDS surveillance and prevention studies in Japan: summary and recommendations. *AIDS Education and Prevention*, 16(Suppl. A):27–42.
- Nhurod P, Bollen L et al. (2006). High HIV prevalence among street-based sex workers in Bangkok, Thailand. Abstract MOPE0355. XVI International AIDS Conference. 13–18 August. Toronto.
- Ono-Kihara M et al. (2001). Sexual practices and the risk for HIV/STDs infection of youth in Japan. *Journal of the Japan Medical Association*, 126(9):1157–1160, cited in Nemoto T (2004). HIV/AIDS surveillance and prevention studies in Japan: summary and recommendations. *AIDS Education and Prevention*, 16(Suppl. A):27–42.
- Phal S et al. (2006). Low rate of known HIV status among pregnant women in Cambodia. Abstract CDD1376. XVI International AIDS Conference. 13–18 August. Toronto.
- Phalkun M et al. (2006). HIV, sexually transmitted infections and related risk behaviour among Cambodian men who have sex with men. CDC0618. XVI International AIDS Conference. 13–18 August. Toronto.
- Pham P et al. (2006). Sexually transmitted infection surveillance linked with HIV sentinel surveillance in Hai Phong City, Viet Nam. Abstract CDC0182. XVI International AIDS Conference. 13–18 August. Toronto.
- Pisani E (2006). Estimating the number of drug injectors in Indonesia. *International Journal of Drug Policy*, 17:35–40.
- Pisani E et al. (2003). Sexual behavior among injection drug users in three Indonesian cities carries a high potential for HIV spread to noninjectors. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 34(4):403–6.
- Plipat T, Teeraratkul A (2006). National HIV incidence surveillance using BED capture immunoassay among pregnant women. Abstract CDC0356. XVI International AIDS Conference. 13–18 August. Toronto.
- Punpanich W et al. (2004). Thailand's response to the HIV epidemic: yesterday, today and tomorrow. *AIDS Education and Prevention*, 16(Suppl. A):119–136.
- Qian HZ et al. (2006). Injection drug use and HIV/AIDS in China: review of current situation, prevention and policy implications. *Harm Reduction Journal*, 3:4.
- Ramesh B et al. (2006). Sex work typology and risk for HIV in female sex workers: findings from an integrated biological and behavioural assessment in the southern Indian state of Karnataka. Abstract WEAC0305. XVI International AIDS Conference. 13–18 August. Toronto.
- Riono P, Jazant S (2004). The current situation of the HIV/AIDS epidemic in Indonesia. *AIDS Education and Prevention*, 16(Suppl. A):78–90.

- Roy G et al. (2006) The importance of sex worker's organization in increasing coverage in the state of West Bengal, India. Abstract CDC1065. XVI International AIDS Conference. 13–18 August. Toronto.
- Schumacher CM et al. (2006). High-risk sexual behaviour among injection drug users in northern Viet Nam. Abstract CDD0588. XVI International AIDS Conference. 13–18 August. Toronto.
- Shimada K et al. (2006). How to respond to gay/MSM infection in Japan: local governments need help. Abstract CFF0715. XVI International AIDS Conference. 13–18 August. Toronto.
- Sopheab H et al. (2006). HIV-related risk behaviours in Cambodia and effects of mobility. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 41(1):81–86.
- Sravankumar K, Prabhakar P, Mythri STI/HIV Study Group (2006). High risk behaviour among HIV positive and negative men having sex with men (MSM) attending Myrthi clinics in Andhra Pradesh, India. Abstract MOPE0582. XVI International AIDS Conference. 13–18 August. Toronto.
- Srikrishnan AK et al. (2006). Incidence and prevalence of HIV and co-infections among injecting drug users in Chennai, India—cause for concern. Abstract MOPE0441. XVI International AIDS Conference. 13–18 August. Toronto.
- Statistics Indonesia and Ministry of Health Indonesia (2006). *Situation of risk behaviour for HIV in Indonesia. Results of BSS 2004–2005*. Statistics Indonesia and Ministry of Health.
- Thwe M et al. (2005). *Behavioural Surveillance Survey 2003, General Population and Youth*. February. Ministry of Health, Department of Health, National AIDS Control Programme.
- Todd S et al. (2006a). Prevalence of HIV, viral hepatitis, syphilis and risk behaviours among injection drug users in Kabul, Afghanistan. Abstract TUAC0304. XVI International AIDS Conference. 13–18 August. Toronto.
- Todd S et al. (2006b). HIV knowledge and risk-reduction behaviours among injection drug users in Kabul, Afghanistan. Abstract TUAC0304. XVI International AIDS Conference. 13–18 August. Toronto.
- Tran TN et al. (2005a). Drug use among female sex workers in Hanoi, Viet Nam. *Addiction*, 100(5):619–25.
- Tran TN et al. (2005b). HIV infection and risk characteristics among female sex workers in Hanoi, Viet Nam. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 39(5):581–6.
- UNAIDS (2006). *Report on the global AIDS epidemic*. Geneva, UNAIDS.
- Van Griensven F et al. (2006). HIV prevalence among populations of men who have sex with men—Thailand, 2003 and 2005. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 55(31):844–848. August 11.
- Wan S, Zhang J (2006). Research on HIV/AIDS-related behaviours of 986 clients of sex workers in Sichuan province, China. Abstract WEAX0401. XVI International AIDS Conference. 13–18 August. Toronto.
- Wang B et al. (2006). HIV-related risk and history of sexually transmitted disease among male migrants who patronize commercial sex in China. Abstract MOAC0305. XVI International AIDS Conference. 13–18 August. Toronto.
- Wang, Li et al. (2006). HIV-related risk behaviors and history of sexually transmitted diseases among male migrants who patronize commercial sex in China. Abstract MOAC0305. XVI International AIDS Conference. 13–18 August. Toronto.
- Wang N, Jia W et al. (2006). HIV infection was not evidently extended to the general population in communities with former plasma and blood donors in Shanxi province, China. Abstract CDC0011. XVI International AIDS Conference. 13–18 August. Toronto.
- Wang N, Yang Z et al. (2006). HIV infection and other sexually transmitted infections among female sex workers in a mining township in Yunnan. Abstract TUPE0297. XVI International AIDS Conference. 13–18 August. Toronto.
- WHO/UNAIDS (2006b). *Progress in scaling up access to HIV treatment in low- and middle-income countries, June 2005*. Fact sheet. August. Geneva, WHO/UNAIDS.
- Wi T et al. (2002). *RTI/STD prevalence in selected sites in the Philippines*. Manila, Department of Health and Family Health International.
- Wiwat P, Brown T, Calleja-Garcia JM (2005). Report from the Technical Working Group on HIV/AIDS Projection and Demographic Impact Analysis in Myanmar. September. Yangon.
- World Bank (2005). *AIDS in South Asia: understanding and responding to a heterogeneous epidemic*. August. Washington, World Bank.
- Wu Z, Pang L et al. (2006). Needle-exchange programmes in China. Abstract CDC0905. XVI International AIDS Conference. 13–18 August. Toronto.
- Xu H, Zhang B et al. (2006). HIV epidemic status and behavioural surveillance among MSM in China. Abstract WEAC0304. XVI International AIDS Conference. 13–18 August. Toronto.

Yang H et al. (2005). Heterosexual transmission of HIV in China: a systematic review of behavioral studies in the past two decades. *Sexually Transmitted Diseases*, 32(5):270–280. May.

Yu M et al. (2006). Sexual risk behaviour of injection drug users attending STI clinics in Mumbai, India. Abstract CDD0594. XVI International AIDS Conference. 13–18 August. Toronto.

Zhang Y, Hu S, Hesketh T (2006). HIV prevalence in China not as high as predicted: evidence from antenatal testing in Yunnan province. Abstract CDC0389. XVI International AIDS Conference. 13–18 August. Toronto.

Zhang L et al. (2006). Continued spread of HIV among injecting drug users in southern Sichuan province, China. Abstract MOPE0304. XVI International AIDS Conference. 13–18 August. Toronto.

Zhao M et al. (2006). HIV sexual risk behaviors among injection drug users in Shanghai. *Drug and Alcohol Dependency*, 82(Suppl. 1):S43–7.

OSTEUROPA UND ZENTRALASIEN

AIDS Foundation East West (2006). *Officially registered HIV cases in the Russian Federation: 1 January 1987 through 30 June 2006*. Moscow, AIDS Foundation East West.

AIDS Infoshare (2005). *HIV/STI/Hepatitis B risk among commercial sex workers—survey report*. Moscow, AIDS Infoshare.

de la Fuente L et al. (2006). Injecting and HIV prevalence among young heroin users in three Spanish cities and their association with the delayed implementation of harm reduction programmes. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60(6):537–42.

EuroHIV (2006a). *HIV/AIDS surveillance in Europe: end-year report 2005*, No. 73. Saint-Maurice, Institut de Veille Sanitaire.

EuroHIV (2006b). *HIV/AIDS surveillance in Europe: mid-year report 2005*, No. 72. Saint-Maurice, Institut de Veille Sanitaire.

Federal AIDS Center (2005). *HIV Infection: Information Bulletin No. 27*. Moscow, Ministry of Health and Social Development.

Federal Research and Methodological Center for AIDS Prevention and Control (2005). *Report to the consultation on universal access to HIV prevention, treatment, care and support for the population of the Russian Federation*. December 15–16. Moscow.

Federal Service for Surveillance on Consumer Protection and Human Well-Being (2006). *Country report of the Russian Federation on the implementation of the Declaration of Commitment on HIV/AIDS: reporting period January–December 2005*. Moscow, Ministry of Health and Social Development.

Godinho J et al. (2005). *Reversing the tide: priorities for HIV/AIDS prevention in Central Asia*. Washington, World Bank.

Grund, J-P et al. (2005). QUO VADIS? *Role of injecting drug users in the development of the epidemic of HIV infection in Ukraine* (Rus.). Kyiv, Ukrainian AIDS Centre.

Harawa NT et al. (2004). Associations of race/ethnicity with HIV prevalence and HIV-related behaviors among young men who have sex with men in seven urban centers in the United States. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 35(5):526–36.

Khaldeeva N et al. (2002). HIV-1 seroprevalence rates in women and relinquishment of infants to the state of St Petersburg, Russian, 2002. *Lancet*, 362:1981–1982.

Koblin BA et al. (2006). Risk factors for HIV infection among men who have sex with men. *AIDS*, 20(5):731–9.

Koshkina et al. (2003). Population and crises. *HIV Demographics*, Vol 1, Moscow, Max-press.

Kozlov AP et al. (2006). HIV incidence and factors associated with HIV acquisition among injection drug users in St Petersburg, Russia. *AIDS*, 20:901–906.

Ministry of Health and Social Development (2006). *Country Report of the Russian Federation on the Implementation of the Declaration of Commitment on HIV/AIDS*. Moscow, UNAIDS and UNDP.

Ministry of Health and Social Development (2004). *Socially related diseases in 2003: statistical report*. Moscow, Ministry of Health and Social Development.

Ministry of Health Kazakhstan et al. (2005). *Results of investigation of the real situation with drug abuse in Kazakhstan*. Almaty (in Russian).

Ministry of Health Tajikistan (2006). *Conference launch of sentinel surveillance data in two pilot cities (Dushanbe, Khodjent)*. June. Dushanbe, Ministry of Health.

Ministry of Health Ukraine (2006a). *Ukraine: National report on the follow-up to the UNGASS Declaration of Commitment on HIV/AIDS—Reporting period January 2003–December 2005*. Kyiv, Ministry of Health.

Ministry of Health Ukraine (2006b). Unpublished data. October. Kyiv.

- Ministry of Health Ukraine et al. (2006a). *HIV-infection in Ukraine: information Bulletin No. 26*. August. Kyiv, Ministry of Health of Ukraine, Ukrainian AIDS Centre, L.V. Gromashevskogo Institute of Epidemiology, Central Sanitary Epidemiological Station of the Ministry of Health of Ukraine.
- Ministry of Health Ukraine et al. (2006b). *Report on the National Consensus Estimates on HIV and AIDS in Ukraine as of end of 2005*. June. Kyiv, Ministry of Health of Ukraine, Ukrainian AIDS Centre, WHO, International HIV/AIDS Alliance in Ukraine, UNAIDS.
- Pasteur Scientific and Research Institute of Epidemiology (2005a). *Epidemiological surveillance and monitoring of HIV in risk behaviour groups in the north-west of the Russian Federation*. Saint Petersburg.
- Pasteur Scientific and Research Institute of Epidemiology (2005b). *Epidemiological surveillance and monitoring of HIV in risk behaviour groups in Volgogradskaya Oblast*. Saint Petersburg.
- Pokrovskiy V (2006). *The HIV/AIDS epidemic in Russia: trends, lessons and key challenges and opportunities for scaling up the response*. Slide presentation to XVI International AIDS Conference. 13–18 August. Toronto.
- Population Services International (2006). *Understanding risk profiles: results of an internet-based survey on sexual health among men who have sex with men in the Russian Federation*. March. Geneva, Population Services International Research Division.
- Rhodes T et al. (2006). Prevalence of HIV, hepatitis C and syphilis among injecting drug users in Russia: a multi-city study. *Addiction*, 101(2):252–66.
- Sanchez JL et al. (2006). High HIV prevalence and risk factors among injection drug users in Tashkent, Uzbekistan, 2003–2004. *Drug and Alcohol Dependency*, 82(Suppl. 1):S15–22.
- Scherbinska A et al. (2006). HIV infection in Ukraine: a review of epidemiological data. Abstract CDC0398. XVI International AIDS Conference. 13–18 August. Toronto.
- Shaboltas AV et al. (2006). HIV prevalence, sociodemographic, and behavioral correlates and recruitment methods among injection drug users in St. Petersburg, Russia. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 41(5):657–63.
- Smolskaya T et al. (2005). Sentinel Sero-epidemiological and behavioural surveillance among female sex workers, St Petersburg, Russian Federation, 2003. St Petersburg, St Petersburg Pasteur Institute.
- Smolskaya T et al. (2004). HIV sentinel surveillance in high-risk groups in Azerbaijan, Republic of Moldova and the Russian Federation. WHO EUR:03/5057956, cited in EuroHIV (2005). HIV/AIDS surveillance in Europe: end-year report 2004, No. 71. Saint-Maurice, Institut de Veille Sanitaire.
- State Department for the Execution of Punishment (2006). Unpublished data. October. Kyiv.
- Todd CS et al. (2005). Human immunodeficiency virus (HIV) infection in female sex workers in Tashkent, Uzbekistan. Abstract MP-025. Paper presented to the 16th biennial meeting of the International Society for Sexually Transmitted Diseases Research. 10–13 July. Amsterdam.
- Ukrainian AIDS Centre (2006). Unpublished data. October. Kyiv.
- UNAIDS (2006). *Report on the global AIDS epidemic*. Geneva, UNAIDS.
- Walensky RP et al. (2006). The survival benefits of AIDS treatment in the United States. *Journal of Infectious Diseases*, 194(1):11–9.
- WHO (2005). HIV/AIDS country profiles for the WHO European region. Available at http://www.euro.who.int/aids/surveillance/20051114_1
- WHO/UNAIDS (2006). *Progress in scaling up access to HIV treatment in low- and middle-income countries, June 2006*. Fact Sheet. August. Geneva, WHO/UNAIDS.

KARIBIK

- Allen CF et al. (2006). STI service use and risk factors for HIV infection among female sex workers in Georgetown, Guyana. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 43(1):1–6.
- Caribbean Commission on Health and Development (2005). *Report of the Caribbean Commission on Health and Development for the 26th Meeting of the CARICOM Heads of Government: overview*. July 3–6. Saint Lucia. Available at <http://www.cpc-paho.org/publications/publication.aspx?id=59>
- Cohen J (2006a). The overlooked epidemic. *Science*, 313:468–469.
- Cohen, J (2006b). A sour taste on the sugar plantations. *Science*, 313:473–475.
- Department of Public Health The Bahamas (2004). HIV Surveillance 1992–2003. Nassau, Department of Public Health The Bahamas.

- Deren S et al. (2004). HIV incidence among high-risk Puerto Rican drug users: a comparison of East Harlem, New York, and Bayamon, Puerto Rico. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 36(5):1067–1074.
- Gaillard EM et al. (2006). Understanding the reasons for decline of HIV prevalence in Haiti. *Sexually Transmitted Infections*, 82(2). April.
- Gebre Y et al. (2006). Tracking the course of HIV epidemic through second generation surveillance in Jamaica: survey of female sex workers. Abstract CDC0313. XVI International AIDS Conference. 13–18 August. Toronto.
- Guyana Presidential Commission on HIV/AIDS (2006). *Status of the national response to the UNGASS Declaration of Commitment on HIV/AIDS: for the reporting period of January 2003 to December 2005*. Georgetown, Guyana Presidential Commission on HIV/AIDS.
- Inciardi JA, Syvertsen JL, Surratt HL (2005). HIV/AIDS in the Caribbean Basin. *AIDS Care*, 17(Suppl. 1):S9–S25.
- Institut Haïtien de l'Enfance et ORC Macro (2006). *Enquête mortalité, morbidité et utilisation des services EMMUS-IV: Haïti 2005–2006*. Juillet. Pétiyon ville et Calverton, Institut Haïtien de l'Enfance et ORC Macro
- Kang SY et al. (2005). HIV transmission behaviours in jail/prison among Puerto Rican drug injectors in New York and Puerto Rico. *AIDS Behaviour*, 9(3):377–386.
- Kerrigan D et al. (2006). Environmental-structural interventions to reduce HIV/STI risk among female sex workers in the Dominican Republic. *American Journal of Public Health*, 96(1):120–125.
- Kilaru K et al. (2006). Changing HIV mortality rate and causes of death among persons with HIV infection before and after the introduction of HAART in Barbados. Abstract TUPE0170. XVI International AIDS Conference. 13–18 August. Toronto.
- Kumar A et al. (2006). Uptake of the health-care services and the health status of the HIV-infected women diagnosed from the antenatal HIV screening in Barbados, 1994–2004. Abstract WEPE0245. XVI International AIDS Conference. 13–18 August. Toronto.
- Kumar A, Singh AB (2004). Impact of the AIDS prevention program on trends in prevalence and incidence of HIV infection among pregnant women in Barbados. Abstract ThPeC7282. XV International AIDS Conference. 11–16 July. Bangkok.
- Louis C et al. (2006). Poverty and risk of HIV infection in central Haiti. Abstract CDD0011. XVI International AIDS Conference. 13–18 August. Toronto.
- Ministerio de Salud de Cuba (2006). *Informe de Cuba en virtud e lo establecido en la resolución 60/224 titulada 'preparativos y organización de la reunión de 2006 dedicada al seguimiento de los resultados del vigésimo sexto periodo extraordinario de sesiones: aplicación de la declaración de compromiso en la lucha contra el VIH/SIDA'*. Marzo. Havana, Ministerio de Salud de Cuba.
- Ministry of Health Jamaica (2006). *Facts and figures: HIV/AIDS Epidemic Update 2005*. Kingston, Ministry of Health Jamaica.
- Ministry of Public Health and Population Haiti (2006). *UNGASS report: Haiti 2005*. January.
- Perez J et al. (2006). HIV infection and access to antiretrovirals in Cuba. Abstract CDB1132. XVI International AIDS Conference. 13–18 August. Toronto.
- Reid SD (2006). Poor educational attainment and sexually transmitted infections associated with positive HIV serostatus among female in-patient substance abusers in Trinidad and Tobago. *Drug and Alcohol Dependency*, 82(Suppl. 1):S81–84.
- Secretaria de Estado de Salud Pública y Asistencia Social de Republica Dominicana (2005a). *Encuestas de vigilancia del comportamiento sobre VIH/ SIDA/ ITS en RSX y HSH del Área V de Salud*. Enero. Santo Domingo, Secretaria de Estado de Salud Pública y Asistencia Social de Republica.
- Secretaria de Estado de Salud Pública y Asistencia Social de Republica Dominicana (2005b). *De Segunda Generación Encuestas De Seroprevalencia de la Infección VIH Basadas en Puestos Centinelas 2004*. Marzo. Santo Domingo, Secretaria de Estado de Salud Pública y Asistencia Social, USAID-FHI/CONECTA.
- Severe P et al. (2005). Antiretroviral therapy in a thousand patients with AIDS in Haiti. *The New England Journal of Medicine*, 353(22):2325–2334.
- UNAIDS (2006). *Report on the global AIDS epidemic*. Geneva, UNAIDS.
- Westerbs MJ et al. (2006). Barriers to the systematic use of condoms by sexually active youth in Central Haiti. Abstract CDC0692. XVI International AIDS Conference. 13–18 August. Toronto.
- WHO/UNAIDS (2006). *Progress in scaling up access to HIV treatment in low and middle-income countries, June 2006*. Fact Sheet. August. Geneva, WHO/UNAIDS.

LATEINAMERIKA

- Bautista CT et al. (2006). Seroprevalence of and risk factors for HIV-1 infection among female commercial sex workers in South America. *Sexually Transmitted Infections*, 82(4):311–6.
- Berquo E (2005). *Comportamento sexual e percepções da população Brasileira sobre o HIV/AIDS* [apresentação]. Brasília, Programa Nacional de DST e AIDS.
- Bravo-García E, Magis-Rodríguez C, Saavedra J (2006). New estimates in Mexico: more than 180 000 people living with HIV. Abstract CDC0411. XVI International AIDS Conference. 13–18 August. Toronto.
- Caiiffa WT et al. (2006). The contribution of two Brazilian multi-center studies to the assessment of HIV and HCV infection and prevention strategies among injecting drug users: the AjUDE-Brasil I and II Projects. *Cadernos de Saude Publica*, 22(4):771–82.
- Cardoso AJC et al. (2005). Sexual behaviour and HIV infection among pregnant women receiving prenatal care: an information system for HIV epidemiological surveillance in Brazil in 2005. (In press).
- Cohen J (2006a). The overlooked epidemic. *Science*, 313:468–469.
- Cohen J (2006b). Up in smoke: Epidemic changes course. *Science*, 313:487–488.
- Cohen J (2006c). A new nexus for HIV/AIDS research. *Science*, 313:488–490.
- Cohen J (2006d). Struggling to deliver on promises and assess HIV's spread. *Science*, 313: 480–481.
- Cohen J (2006e). Why so high? A knotty story. *Science*, 313:481–482.
- Cohen J (2006f). Land of extremes: Prevention and care range from bold to bleak. *Science*, 313:477–478.
- Dourado I et al. (2006). AIDS epidemic trends after the introduction of antiretroviral therapy in Brazil. *Revista de Saude Publica*, 40(Suppl.).
- Ferreira AD et al. (2006). Profile of male Brazilian injecting drug users who have sex with men. *Caderna de Saude Publica*, 22(4):849–60.
- Fonseca ME et al. (2006). Os programas de reducao de danos ao uso de drogas no Brasil: caacterizacao preliminar de 45 programas. *Caderna de Saude Publica*, 22(4):761–770.
- Fonseca MGP et al. (2003). Distribucao social da AIDS no Brasil, Segundo participacao no mercado de trabalho, ocupacao e status socio-economico dos casos de 1987–1998. *Cadernos de Saude Publica*, 19(5):1351–1363.
- García J (2005). Casos notificados de SIDA y VIH según etnia y departamento de residencia Años 2004–2005. Guatemala City, Ministry of Public Health.
- Gayet C et al. (2006a). Men who sell sex—a bridge population between men and women in Mexico: HIV prevalence, sexual practices and condom use; results from a biological and behavioral surveillance. Abstract CDC0324. XVI International AIDS Conference. 13–18 August. Toronto.
- Gayet C et al. (2006b). HIV prevalence and sexual behaviour among male long distance truck drivers: results from a biological and behavioural surveillance in Monterrey, Nuevo Leon, Mexico. Abstract CDC0321. XVI International AIDS Conference. 13–18 August. Toronto.
- Ghee AE et al. (2006). Socio-behavioural patterns among Central American female sex workers and relationships to HIV and other sexually transmitted infections. Abstract MOPE0362. XVI International AIDS Conference. 13–18 August. Toronto.
- Hacker MA et al. (2006). Reconstructing the AIDS epidemic among injection drug users in Brazil. *Caderna de Saude Publica*, 22(4):751–60.
- Hernandez B, Aguilar S (2004). *Informe Final: Proyecto Para El Fortalecimiento Del Sistema Nacional De Vigilancia Epidemiológica del VIH/SIDA En Guatemala*. Guatemala City, Ministry of Public Health Guatemala.
- Khalsa JH et al. (2003). Bloodborne and sexually transmitted infections in drug abusers in the United States, Latin America, the Caribbean and Spain. *Clinical Infectious Diseases*, 37(Suppl. 5):S331–7.
- Konda KA et al. (2006). Condom use by partner type among men who have sex with men in low-income, urban, coastal Peru. Abstract CDD0355. XVI International AIDS Conference. 13–18 August. Toronto.
- Lama JR et al. (2006). Sexual behaviour and sexually transmitted infections among HIV-1 infected MSM in Peru. Abstract WEPE0298. XVI International AIDS Conference. 13–18 August. Toronto.
- Leukefeld CG et al. (2005). Tailoring an HIV-prevention intervention for cocaine injectors and crack users in Porto Alegre, Brazil. *AIDS Care*, 17(Suppl. 1):S77–87.

Magis C et al. (2006a). HIV prevalence and factors associated with the possession of condoms among female sex workers in two cities: Veracruz and Tijuana, Mexico. Abstract CDC0412. XVI International AIDS Conference. 13–18 August. Toronto.

Magis C et al. (2006b). HIV prevalence and factors associated with the possession of condoms among male sex workers in two cities: Guadalajara and Mexico City, Mexico. Abstract CDC0336. XVI International AIDS Conference. 13–18 August. Toronto.

Magis-Rodriguez C et al. (2005). HIV prevalence and correlates of receptive needle sharing among injection drug users in the Mexican-U.S. border city of Tijuana. *Psychoactive Drugs*, 37(3):333–339.

Magis-Rodriguez C et al. (2004). Migration and AIDS in Mexico: an overview based on recent evidence. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 37(Suppl. 4):S215–S226.

Mejia A et al. (2002). HIV-1, syphilis and hepatitis B virus prevalence and risk factors among commercial sex workers, Bogotá, Colombia, 2002. Abstract WePeC6251. XV International AIDS Conference. 11–16 July. Bangkok 2004.

Ministerio de Salud de Argentina (2004). *Boletín sobre el SIDA en la Argentina*. Octubre. Buenos Aires, Ministerio de Salud de Argentina.

Ministerio de Salud de Peru (2005). *Sentinel surveillance report*. Lima, Ministerio de Salud de Peru, Directorate of Epidemiology.

Ministerio de Salud de Venezuela (2005). *Declaracion de compromiso en la lucha contra el VIH/SIDA UNGASS 2001: Informe del gobierno de la Republica Bolivariana de Venezuela, Periodo 2003–2005*. Caracas.

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala (2003). *Estudio Multicéntrico Centroamericano de Prevalencia de VIH/ITS y Comportamientos en Hombres que tienen sexo con otros hombres en Guatemala (EMC)*. Ciudad de Guatemala, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala.

Ministry of Health Honduras (2006). *Honduras: Follow-up report to the Commitment on HIV/AIDS*. Tegucigalpa, Ministry of Health Honduras.

Montano SM et al. (2005). Prevalences, genotypes and risk factors for HIV transmission in South America. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 40(1):57–64.

National AIDS Programme (2005). *Epidemiological surveillance report*. December. Buenos Aires.

National AIDS Programme Paraguay (2006). *Epidemiological surveillance report*. March. Asunción.

National AIDS Programme Uruguay (2006). *Epidemiological surveillance report*. June. Montevideo.

Okie S (2006). Fighting HIV—lessons from Brazil. *New England Journal of Medicine*, 354(19):1977–1981.

ONUSIDA y Ministerio de la Protección Social de Colombia (2006). *Infección por VIH y SIDA en Colombia, Estado del arte. 2000–2005*. Mayo. Bogotá, ONUSIDA y Ministerio de la Protección Social de Colombia.

Paiva V, Pupo LR, Barboza R (2006). The right to prevention and challenges of reducing vulnerability to HIV in Brazil. *Revista de Saude Publica*, 40(Suppl.).

Pando MA et al. (2006). Prevalence of HIV and other sexually transmitted infections among female commercial sex workers in Argentina. *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 74(2):233–238.

Patterson TL et al. (2006). High prevalence of HIV and sexually transmitted infections among female sex workers associated with injection drug use in two Mexico–U.S. border cities. Abstract TUPE0283. XVI International AIDS Conference. 13–18 August. Toronto.

Pechansky F et al. (2006). HIV seroprevalence among drug users: an analysis of selected variables based on 10 years of data collection in Porto Alegre, Brazil. *Drug and Alcohol Dependency*, 82(Suppl. 1):S109–13.

Presidential Secretariat for Planning and Programming Guatemala (2006). *Hacia el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio en Guatemala II Informe de Avances*. Guatemala City, Presidential Secretariat for Planning and Programming Guatemala. Available at <http://www.segeplan.gov.gt/docs/MetasMilenio/index.htm>

Proyecto Acción SIDA de Centroamérica (PASCA) (2003). *Central American multi-site HIV/STI prevalence and behaviour study*. Guatemala, Proyecto Acción SIDA de Centroamérica (PASCA). Available at http://www.pasca.org/english/estudio_eng.htm

Rossi D et al. (2006). The HIV/AIDS epidemic and changes in injecting drug use in Buenos Aires, Argentina. *Caderna de Saude Publica*, 22(4):741–750.

Secretaria de Salud de Honduras et al. (2003a). *Estudio Multicéntrico Centroamericano de Prevalencia de VIH/ITS y comportamiento en Hombres que tienen sexo con Hombres en Honduras*. Tegucigalpa, Secretaria de Salud de Honduras.

Secretaria de Salud de Honduras et al. (2003b). *Estudio Multicentrico Centroamericano de Prevalencia de VIH/ITS y comportamiento en Trabajadoras Comerciales del Sexo en Honduras*. Tegucigalpa, Secretaria de Salud de Honduras.

Secretaria de Salud de Honduras (1998). Departamento de ITS/VIH/SIDA, USAID, PASCA, CDC, OPS. Honduras, Estudio Seroepidemiológico de Sífilis, Hepatitis B y VIH en Población Garífuna. Tegucigalpa, Secretaria de Salud de Honduras.

Soto RJ et al. (2006). Sentinel surveillance of STI/HIV and risk behaviour in vulnerable populations in five Central American countries: final results from the Estudio Multicentrico (EMC). Abstract MOPE0334. XVI International AIDS Conference. 13–18 August. Toronto.

Trevisol FS, da Silva MV (2005). HIV frequency among female sex workers in Imbituba, Santa Catarina, Brazil. *Brazilian Journal of Infectious Diseases*, 9(6):500–505.

UNAIDS (2006). *Report on the global AIDS epidemic*. Geneva, UNAIDS.

Vignoles M et al. (2006). HIV seroincidence estimates among at-risk populations in Buenos Aires and Montevideo: use of the serologic testing algorithm for recent HIV seroconversion. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 42(4).

WHO/UNAIDS (2006). *Progress in scaling up access to HIV treatment in low- and middle-income countries, June 2006*. Fact sheet. August. Geneva, WHO/UNAIDS.

NORDAMERIKA, WEST- UND MITTELEUROPA

Balthasar H, Jeannin A, Dubois-Arber F. (2005). *VIH/SIDA: augmentation des expositions au risque d'infection par le VIH chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes: premiers résultats de Gay Survey 04*. Bull BAG, Nr.48: 891–895.

Boulos D et al. (2006). Estimates of HIV prevalence and incidence in Canada, 2005. Canada Communicable Disease Report 2006, 32(15). Available at <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/ccdr-rmtc/06vol32/dr3215e.html>. A summary is available at http://www.phac-aspc.gc.ca/media/nr-rp/2006/20060731-hiv-vih_e.html

British Medical Association (2006). Sexually transmitted infections (STI) update. March. British Medical Association. Available at <http://www.bma.org.uk/ap.nsf/Content/stiup06>

Calzavara L et al. (2006). Prison needle exchange programs needed in Canada: Results of the Ontario HIV and hepatitis C (HCV) remand study. Abstract MOPE0969. XVI International AIDS Conference. 13–18 August. Toronto.

Crum NF et al. (2006). Comparisons of causes of death and mortality rates among HIV-infected patients. Analysis of the pre-, early, and late HAART (highly active antiretroviral therapy) eras. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 41:194–200.

de la Fuente L et al. (2006). Injecting and HIV prevalence among young heroin users in three Spanish cities and their association with the delayed implementation of harm reduction programmes. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60(6):537–42

Dodds JP et al. (2004). Increasing risk behaviour and high levels of undiagnosed HIV infection in a community sample of homosexual men. *Sexually Transmitted Infections*, 80:236–240.

Elam G et al. (2006). Barriers to voluntary confidential HIV testing among African men and women in England: results from the Mayisha II community-based survey of sexual attitudes and lifestyles among Africans in England. HIV Medicines, 7(Suppl. 1):7 (Abstract O28). 12th Annual Conference of the British HIV Association. 29 March–1 April. Brighton.

Elford J et al. (2005). *Unsafe sex among MSM living in London: still increasing?* Abstract MP-096. Paper presented to the 16th biennial meeting of the International Society for Sexually Transmitted Diseases Research. 10–13 July. Amsterdam.

EuroHIV (2006a). HIV/AIDS surveillance in Europe: end-year report 2005, No 73. Institut de Veille Sanitaire. Saint-Maurice. Available at <http://www.eurohiv.org/>

EuroHIV (2006b). HIV/AIDS surveillance in Europe: Mid-year report 2005, No 72. Institut de Veille Sanitaire. Saint-Maurice. Available at <http://www.eurohiv.org/>

Glynn M, Rhodes P (2005). Estimated HIV prevalence in the United States at the end of 2003. In: Programs and abstracts of the 2005 National HIV Prevention Conference (Atlanta). Abstract 545. Atlanta, Centers for Disease Control and Prevention, 2005:85.

Harawa NT et al. (2004). Associations of race/ethnicity with HIV prevalence and HIV-related behaviors among young men who have sex with men in seven urban centers in the United States. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 35(5):526–36.

Health Protection Agency United Kingdom (2006). HIV/Sexually transmitted infections (STIs). *Communicable Disease Report Weekly*, 16(30). July 27.

- Health Protection Agency United Kingdom (2005). *Mapping the issues: HIV and other sexually transmitted infections in the UK—2005*. London, The UK Collaborative Group for HIV and STI Surveillance. Available at http://www.hpa.org.uk/hpa/publications/hiv_sti_2005/contents.htm
- Health Protection Inspectorate Estonia (2006). HIV infections in Estonia. 1988–2005. Available at <http://www.tervisekaitse.ee/tkuus.php?msgid=3466>
- Holtgrave DR (2006). Causes of the decline in AIDS deaths, United States, 1995–2002: prevention, treatment or both? *International Journal of STD and AIDS*, 16(12):777–781.
- Johnson RC, Raphael S (2006). *The effects of male incarceration dynamics on AIDS infection rates among African-American women and men*. National Poverty Center Working Paper Series 06–22. June. National Poverty Center. Available at http://www.npc.umich.edu/publications/working_papers
- Koblin BA et al. (2006). Risk factors for HIV infection among men who have sex with men. *AIDS*, 20(5):731–9.
- Lindenburg CEA et al. (2006). Decline in HIV incidence and injecting, but not in sexual risk behaviour, seen in drug users in Amsterdam: a 19-year prospective cohort study. *AIDS*, 20:1771–1775.
- Marks G et al. (2006). Estimating sexual transmission of HIV from persons aware and unaware that they are infected with the virus in the USA. *AIDS*, 20(10):1447–1450.
- McMahon et al. (2004). Increased sexual risk behaviour and high HIV sero-incidence among drug-using low-income women with primary heterosexual partners. Abstract TuOrD1220. XV International AIDS Conference. 11–16 July. Bangkok.
- Miller CL et al. (2006). Elevated rates of HIV infection among young Aboriginal injection drug users in a Canadian setting. *Harm Reduction Journal*, 3(9).
- Montgomery JP et al. (2003). The extent of bisexual behaviour in HIV-infected men and implications for transmission to their female sex partners. *AIDS Care*, 15:829–837.
- Moreau-Gruet F, Dubois-Arber F, Jeannin A (2006). Long-term HIV/AIDS-related prevention behaviours among men having sex with men: Switzerland 1992–2000. *AIDS Care*, 18:35–43.
- National AIDS Trust (2006). Public attitudes towards HIV: research study conducted for the National AIDS Trust. March. London, National AIDS Trust. Available at <http://www.nat.org.uk/document/119>
- Public Health Agency of Canada (2006). *HIV/AIDS among Aboriginal peoples in Canada: a continuing concern—HIV/AIDS epi update August 2006*. Ottawa, Public Health Agency of Canada. Available at <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/epiu-aepi/epi-06/index.html>
- Robert Koch Institut (2005). Stand und Entwicklung der HIV-epidemie in Deutschland. *Epidemiologisches Bulletin*, 47. 25 November. Available at <http://www.rki.de/>
- Rosinska M (2006). Current trends in HIV/AIDS epidemiology in Poland, 1999–2004. *Eurosurveillance*, 11(4):94–97. Available at <http://www.eurosurveillance.org/em/v11n04/1104-226.asp>
- Statistics Canada (2001). *Population by Aboriginal group, 2001 Census, Canada, provinces and territories*. Ottawa, Statistics Canada.
- UNAIDS (2006). *Report on the global AIDS epidemic*. Geneva, UNAIDS.
- US Centers for Disease Control and Prevention (2006a). Twenty-five years of HIV/AIDS—United States, 1981–2006. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 55(21):588–605. 2 June.
- US Centers for Disease Control and Prevention (2006b). *A Glance at the HIV/AIDS epidemic*. April. Atlanta, Centres for Disease Control and Prevention. Available at <http://www.cdc.gov/hiv/resources/factsheets/At-A-Glance.htm>
- US Centers for Disease Control and Prevention (2006c). *A glance at HIV/AIDS among men who have sex with men*. January. Atlanta, Centres for Disease Control and Prevention. Available at http://www.cdc.gov/hiv/resources/factsheets/msm_glance.htm
- US Centers for Disease Control and Prevention (2006d). *HIV/AIDS among African Americans*. Fact Sheet. February. Atlanta, US Centers for Disease Control and Prevention.
- Valleroy LA et al. (2004). The bridge for HIV transmission to women from 15- to 29-year-old men who have sex with men in seven US cities. Abstract ThOrC1367. XV International AIDS Conference. 11–16 July. Bangkok.
- Van de Laar MJW et al. (2005). *HIV and sexually transmitted infections in the Netherlands in 2004*. November. Centre for Infectious Diseases Epidemiology.
- Walensky RP et al. (2006). The survival benefits of AIDS treatment in the United States. *Journal of Infectious Diseases*, 194(1):11–9.

NAHER OSTEN UND NORDAFRIKA

- Abdelwahab O (2006). Prevalence, knowledge of AIDS and HIV risk-related sexual behaviour among police personnel in Khartoum State, Sudan 2005. Abstract CDC0792. XVI International AIDS Conference. 13–18 August. Toronto.
- Afshar P (2005). *From the assessment to the implementation of services available for drug abuse and HIV/AIDS prevention and care in the prison setting: the experience of Iran*. Paper presented at the Regional Workshop on HIV in the Prison Setting in the Middle East and North Africa. November. Cairo.
- Al-Mazrou YY et al. (2005). HIV/AIDS epidemic features and trends in Saudi Arabia. *Annals of Saudi Medicine*, 25(2):100:104.
- Asouab F (2005). *Evaluation rapide de la situation sur le risque d'infection à VIH en relation avec l'usage des drogues injectée et injectable et à problème au Maroc*. Presented in: 3^{ème} Conférence Latine de Réduction de Risques Liés aux Usages de Drogues. Barcelona.
- Day C et al. (2006). Patterns of drug use among a sample of drug users and injecting drug users attending a general practice in Iran. *Harm Reduction Journal*, 3:2.
- Elrashied S (2006). Prevalence, knowledge and related risky sexual behaviours of HIV/AIDS among receptive men who have sex with men (MSM) in Khartoum State, Sudan, 2005. Abstract TUPE0509. XVI International AIDS Conference. 13–18 August. Toronto.
- Elshimi, Warner-Smith, Aon. *HIV Risk-Behavior of Problem Drug Users in Greater Cairo*. UNAIDS/UNODC, 2004.
- Fares G et al. (2004). *Rapport sur l'enquête nationale de sero-surveillance sentinelle du VIH et de la syphilis en Algérie en 2004*. Décembre. Ministère de la Santé de la population et de la réforme hospitalière. Alger.
- Federal Ministry of Health Sudan (2002). *Situation analysis: behavioral and epidemiological surveys and response analysis*. November. Khartoum, Sudan National AIDS Control Program.
- Gheiratmand R et al. (2006). Uncertainty on the number of HIV/AIDS patients: our experience in Iran. *Sexually Transmitted Infections*, 81:279–282.
Available at <http://sextrans.bmjournals.com/cgi/content/full/81/3/279-a>
- Institut de Formation Paramédicale de Parnet (2004). *Rapport de la réunion d'évaluation a mis-parcours de l'enquête de sero-surveillance du VIH*. Juin.
- Kaiser R et al. (2006). HIV, syphilis, herpes simplex virus 2, and behavioral surveillance among conflict-affected populations in Yei and Rumbek, southern Sudan. *AIDS*, (20):937–947.
- Khoury J, Aaraj E (2005). *VIH/SIDA—usage de drogues injectables et actions de réduction de risques innovantes au Liban*. Presented in: 3^{ème} Conférence Latine de Réduction de Risques Liés aux Usages de Drogues. Barcelona.
- Mimouni B, Remaoun N (2005). Etude du lien potentiel entre l'usage problématique de drogues et le VIH/SIDA en Algérie 2004–2005. Presented in : 3^{ème} Conférence Latine de Réduction de Risques Liés aux Usages de Drogues. Barcelona. Ministry of Higher Education Algeria.
- Ministère de la Santé Maroc (2005). *Bulletin épidémiologique de surveillance du VIH/SIDA et des infections sexuellement transmissibles*. Rabat, Ministère de la Santé Maroc.
- Ministry of Health Sudan (2006). *2005 ANC sentinel sites results*. Khartoum.
- Ministry of Health Sudan (2005). *Annual report*. Sudan National HIV/AIDS Surveillance Unit. Khartoum.
- Mohammadi MR et al. (2006). Reproductive knowledge, attitudes and behavior among adolescent males in Iran. *International Family Planning Perspectives*, 32(1):35–44.
- Razzaghi EM et al. (2006). Profiles of risk: a qualitative study of injecting drug users in Tehran, Iran. *Harm Reduction Journal*, 3:12.
- Sammud A (2005). *HIV in Libya*. August. Tripoli, Ministry of Health.
- Tavoosi A et al. (2004). Knowledge and attitude towards HIV/AIDS among Iranian students. *BMC Public Health*, 4:17.
- UNAIDS (2006). *Notes on the HIV and AIDS epidemic in the Middle East and North Africa*. Working document. July. Cairo, UNAIDS Regional Support Team.
- WHO/UNAIDS (2006). Progress in scaling up access to HIV treatment in low and middle-income countries, June 2006. Fact Sheet. August. Geneva, WHO/UNAIDS.
- Zamani S et al. (2006). High prevalence of HIV infection associated with incarceration among community-based injecting drug users in Tehran, Iran. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 42(3):342–346.

Zamani S et al. (2005). Prevalence of and factors associated with HIV-1 infection among drug users visiting treatment centers in Tehran, Iran. *AIDS*, 19:709–716.

OZEANIEN

Asian Development Bank (2006). *Proposed Asian Development Fund Grant in Papua New Guinea: HIV/AIDS Prevention and Control in Rural Development Enclaves Project*. Available at www.adb.org/Documents/RRPs/PNG/39033-PNG-RRP.pdf

Cliffe S, Wang YA, Sullivan E (2006). *Second generation surveillance surveys of HIV, other STIs and risk behaviours in six Pacific island countries: Fiji, Kiribati, Samoa, Solomon Islands, Tonga, Vanuatu*. Manila, WHO Regional Office for the Pacific.

Fairley CK, Hocking JS, Medland N (2005). Epidemic syphilis among homosexually active men in Sydney. *Medical Journal of Australia*, 183(4):179–183.

Gare JT et al. (2005). High prevalence of sexually transmitted infections among female sex workers in the eastern highlands province of Papua New Guinea: correlates and recommendations. *Sexually Transmitted Diseases*, 32(8):466–73.

Ministry of Health New Zealand (2006a). *Sexually transmitted infections in New Zealand: Annual Surveillance Report 2005*. April. Auckland, Ministry of Health.

Ministry of Health New Zealand (2006b). *AIDS-New Zealand*. February (Issue 57). Auckland, Ministry of Health.

National AIDS Council Secretariat Papua New Guinea (2006). *Monitoring the Declaration of Commitment on HIV/AIDS: January 2004–December 2005*. Port Moresby, National AIDS Council Secretariat Papua New Guinea.

National Centre in HIV Epidemiology and Clinical Research (2006). *Australian HIV Surveillance Report*. Vol 22 No 2. April. Sydney, National Centre in HIV Epidemiology and Clinical Research. Available at <http://web.med.unsw.edu.au/ncher/>

National Centre in HIV Epidemiology and Clinical Research (2005). *HIV/AIDS, viral hepatitis and sexually transmissible infections in Australia: annual surveillance report 2005*. Sydney, National Centre in HIV Epidemiology and Clinical Research.

Prestage G et al. (2005). How has the sexual behaviour of gay men changed since the onset of AIDS: 1986–2003. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 29(6):530–535.

Secretariat of the Pacific Community, AIDS Section (2005). *Spread of HIV in the Pacific region—1984 to 2004*. Briefing paper. June.

UNAIDS (2006). *Report on the global AIDS epidemic*. Geneva, UNAIDS.

Volk JE et al. (2006). Risk factors for HIV seroconversion in homosexual men in Australia. *Sexual Health*, 3(1):45–51.

Wright M et al. (2005). Fulfilling prophecy? Sexually transmitted infections and HIV in Indigenous people in Western Australia. *Medical Journal of Australia*, 183(3):124–128.

UNAIDS, the Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, verknüpft die Anstrengungen und Ressourcen von zehn UN-Unterorganisationen zu einer globalen Antwort auf die AIDS-Epidemie. Zu den Co-Sponsoren zählen UNHCR, UNICEF, WFP, UNDP, UNODC, ILO, UNESCO, WHO und die Weltbank. Von Genf aus arbeitet das UNAIDS-Sekretariat in mehr als 75 Ländern weltweit.

Der jährliche Statusbericht beschreibt die neuesten Entwicklungen der globalen AIDS-Epidemie. Die Ausgabe 2006 gibt mit ihren Karten und regionalen Zusammenfassungen einen Überblick über die neuesten Schätzungen zum Umfang und zu den Opfern der Epidemie und untersucht die neuesten Trends in der Entwicklung der Epidemie.



UNAIDS
20 AVENUE APPIA
CH-1211 GENÈVE 27

T (+41) 22 791 36 66
F (+41) 22 791 41 87

www.unaids.org

Für die deutsche Fassung:

DEUTSCHE AIDS-STIFTUNG
MARKT 26
D-53111 BONN

T (+49) 228 60 46 90
F (+49) 228 60 46 999

www.aids-stiftung.de