



HIV IM  **DIALOG**

HIV/AIDS in Bangladesch 2008

HIV im Dialog 12.09. 2008

Andreas Wulf, medico international



medico international

Status der Epidemie in Bangladesch

- Bislang sehr niedrige Zahlen: 1,207 HIV, 365 AIDS-Fälle und 123 Todesfälle bis 2007 bei ca. 150 Mio EinwohnerInnen (Ende 2007)
- Hauptbetroffenengruppen: iv-DrogennutzerInnen, Prostituierte und ihre Kunden, MSM, Transgender/Hishras, möglicherweise auch Arbeitsmigranten
- Bei iv-Drogengebrauchern Steigerung der Prävalenz von 1,4 % (1999) auf 7% (2007), in Dhaka (Hauptstadt) bis auf 10%
- Mögliches Anzeichen für eine drohende beginnende Ausbreitung der Epidemie?

Faktoren, die zur Ausbreitung der Epidemie in Bangladesh beitragen

- Große, versteckte Sexindustrie (Bordelle, Hotels, Straßenprostitution)
- Niedrige Kondomraten bei Kunden der commercial sex worker
- Steigende Zahlen von iv-Drogengebrauchern, gemeinsamer Gebrauch von Spritzbesteck ist häufig (77% in einer Untersuchung)
- Große potentielle „bridging“ Gruppen: Klienten von Commercial Sex Worker, Fernfahrer, Riksha-puller
- Verdrängung und Stigmatisierung / Kriminalisierung von Betroffenen und Risikogruppen
- Geringes Wissen und Wahrnehmung der möglichen Gefahren in der Allgemeinbevölkerung (Unsichtbarkeit der Epidemie)

Behandlungsnotwendigkeiten und Realitäten

- Von 250 PLWHA hatten 80% im letzten Jahr 3-4 opportunistische Infektionen und fast die Hälfte arbeitet nicht mehr
- 80% der Patienten mit Krankenhausbehandlung waren auf zusätzliche Finanzierung durch NGOs angewiesen, viele hatten zusätzlich Besitz verkaufen müssen, Schulden gemacht und teilweise den Arbeitsplatz verloren
- Nur 1/3 bis 1/2 der HIV-Positiven mit beginnenden Symptomen und CD-4 Zellen unter 350 sind in ART-Behandlung
- Selbsthilfe NGOs versorgen 113 PLWHA mit ARVs, bislang keine Medikamente im öffentlichen Gesundheitsdienst verfügbar.

Vielfältige Ressourcen und Akteure – Anfällig für Koordinationsprobleme

- 1985 multisektorales Nationales AIDS Komitee
- 1993 National STD/AIDS Network (NGOs, die zu HIV/AIDS arbeiten).
- 1996 – 98 Bangladesh AIDS Prevention and Control Programme (BAPCP)
- Seit 1998 National HIV Surveillance System
- 1998 National AIDS/STD Programme (NASP) (MoH) zur Koordination mit allen Akteuren in der Umsetzung von HIV/AIDS Aktivitäten landesweit.
- 2000-2007 Erste Finanzierung des HIV/AIDS Prevention Projekts durch DFID (UK). Koordiniert durch UNICEF Bangladesh office.
- USAID finanziert HIV/AIDS Präventionsarbeit seit 2000 durch Family Health International Bangladesh.
- GFATM 2004: 19,7 Mio USD (nur Prävention, für allgemeine junge Bevölkerung (youth friendly reproductive health services), GFATM 2007: 40 Mio USD (incl. 200.000 USD für Medikamente) und Focus auf Services für hauptbetroffene Gruppen. Koordiniert durch Save the Children Fund US

Selbstorganisationen von PLHA und andere NGOs

- Selbsthilfe Gruppen gegründet von rückkehrenden Migranten :Ashar Alo Society (AAS), Mukto Akash Bangladesh (MAB), Confidential Approach to AIDS Patients (CAAP)
- Gesundheits NGO Associates in Training and Management (AITAM) hat ihre Gesundheitsdienste ausgeweitet auf PLWHA.
- Einziges staatliches Krankenhaus mit einem Angebot für PLHA ist das Infectious Disease Hospital (10 Betten reserviert for PLHA) in Mohakhali, Dhaka.
- Action Aid / Christian Commission for Bangladesh / Rotes Kreuz finanzieren ARV Behandlungen durch Selbsthilfegruppen
- GTZ-Programm in 4 Großstädten mit Schwerpunkt auf präventive und kurative Arbeit mit iv-Drogennutzern und Kooperation mit Selbsthilfegruppen, Auch Unterstützung des Infectious Disease Hospital mit Fortbildung und Ausrüstung.

Widersprüche und Probleme der HIV/AIDS Arbeit in Bangladesch

- Hauptbetroffene Gruppe sind iv-Drogengebraucher, aber die Hauptgruppe der Patienten mit ARVs sind Selbsthilfe NGO-Mitglieder, vor allem Arbeitsmigranten, weil besser organisiert und erreichbar
- Hauptbetroffene Gruppen (commercial sex worker, iv-Drogengebraucher, MSM, Hishras) sind häufig Anfeindungen und Kriminalisierung durch Behörden, Polizei und auch lokale Communities ausgesetzt.
- Durch mangelnde Koordination der zahlreichen Akteure und Finanzierungsmechanismen sind viele, auch sinnvolle Programme nur kurzfristig, es herrscht hoher Personalwechsel, Versorgungskontinuität für Kondome, Spritzbestecke, ARVs ist nicht gegeben

Cont.

- Öffentlicher Gesundheitsdienst nur auf der obersten Ebene koordinierend wirksam, lokal oft abwesend, häufig “contracting out” von “packages of interventions” an lokale NGOs, intransparente Vergabekriterien und –praxis. Unzureichende Qualitätskontrolle, hohe Korruptionstendenz
- Lokale Pharmafirmen produzieren nur kleine Mengen an 1st line ARVs (Square, Beximco), aber keine WHO Zertifizierung bislang, deshalb keine Finanzierung lokaler Beschaffung durch GFATM möglich, auch bislang keine Medikamente für Kinder, kein „interessanter Markt“ für die Firmen, da bislang niedrige Behandlungszahlen. Dadurch Versorgungssicherheit mit Medikamenten gefährdet.

Vielen Dank!



medico international

Hauptbetroffene Gruppen

Hauptbetroffene Gruppen	Schätzungen
Iv-Drogengebraucher	20.-40.000
Female sex worker	54.-90.000
Male Sexworker, MSM	40.-150.000
Hijras	10.-15.000
Klienten von FSW	1,8 - 3,1 Mio
Arbeitsmigranten	268. - 536.000
„bridging population“: Riksha-Pullers, Truck-Drivers	Millionen

Projected Number of PLWHA requiring ART, 2008-2012

ART criteria	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Narrow						
Base projection	229	515	740	1,064	1,526	2,181
Range		500-570	700-900	900-1,400	1,200-2,200	1,500-3,300
Broad						
Base projection	290	654	938	1,349	1,935	2,766
Range		600-720	900-1,200	1,200-1,750	1,500-2,700	2,000-4,200

Institute for Health Policy, Sri Lanka: Demand for ART in Bangladesh:
 Projections for 2008-2012 , February 2008



HIV IM  **DIALOG**