



Juli 2026

Genfer Depesche

Multilateraler Dialog Genf

 **KONRAD
ADENAUER
STIFTUNG**

Globale HIV/Aids-Bekämpfung im Schatten finanzieller Herausforderungen und einer noch ungeklärten Zukunft von UNAIDS

Linde Buder

Obwohl die weltweite HIV/Aids-Bekämpfung beachtliche epidemiologische und medizinische Fortschritte verzeichnet hat, geraten ihre politischen und finanziellen Grundlagen im Jahr 2026 zunehmend unter Druck. In den vergangenen zwei Jahrzehnten sind Neuinfektionen und aidsbedingte Todesfälle deutlich zurückgegangen. Antiretrovirale Therapien haben die Prognosen von Menschen mit HIV grundlegend verändert. Neue langfristig wirksame Präventionsinstrumente eröffnen zusätzliche Möglichkeiten, HIV-Übertragungen weiter zu reduzieren. Die zweimal jährlich verabreichte Lenacapavir-Injektion gilt als vielversprechendes Instrument, um jene Menschen besser zu erreichen, für die tägliche Medikamenteneinnahme, Stigmatisierung oder ein eingeschränkter Zugang zu Gesundheitsdiensten bislang zentrale Hürden darstellen¹.

Die Finanzierung der HIV/AIDS-Bekämpfung erfolgte über die letzten Jahrzehnte maßgeblich durch US-Programme wie PEPFAR. Diese ab Januar 2025 abrupt eingefrorene, gekürzte und politisch neu ausgerichtete US-Hilfe koinzierte mit dem Einbruch internationaler Entwicklungsfinanzierung. Die zu erwartenden Kürzungen weiterer Geber und die wachsende Belastung nationaler Gesundheitsbudgets drängen auf eine Neujustierung der globalen Verantwortung für HIV. Besonders davon betroffen sind Länder mit hoher HIV-Prävalenz und begrenztem fiskalischem Spielraum, in denen externe Mittel bislang wichtige Leistungen

von Prävention über Testung bis hin zur Behandlung mitgetragen haben. Erschwerend kommt hinzu, dass UNAIDS, das 1996 eingerichtete Gemeinsame Programm der Vereinten Nationen für HIV/Aids, selbst unter institutionellem Reformdruck steht. Die jüngsten Abstimmungen über die neue Politische Erklärung zu HIV/Aids sowie die Beratungen im UNAIDS-Verwaltungsrat zeigen auf, dass nicht nur eine Finanzierungs Krise, sondern auch die Fragmentierung des normativen Konsenses die globale Bekämpfung von HIV/AIDS belasten.

Derzeitiger Stand der globalen HIV-Eindämmung

UNAIDS schätzt, dass im Jahr 2025 weltweit rund 40,9 Millionen Menschen mit HIV lebten, darunter etwa 39,7 Millionen Erwachsene und 1,3 Millionen Kinder². Frauen und Mädchen machten 51 Prozent aller Menschen mit HIV aus. Im selben Jahr infizierten sich rund 1,2 Millionen Menschen neu mit HIV und etwa 570.000 Menschen starben an aidsbedingten Erkrankungen. Damit setzt sich noch ein langjähriger Rückgang der Epidemie fort. Die Zahl der Neuinfektionen liegt etwa 65 Prozent unter dem Höchststand von 1995 und 43 Prozent unter dem Niveau von 2010. Aidsbedingte Todesfälle sind wiederum seit 2010 um rund 57 Prozent gesunken. Dennoch reicht das derzeitige Tempo nicht aus, um Aids bis 2030 als Bedrohung für die öffentliche Gesundheit zu beenden. Dies ist unter

¹ <https://www.who.int/news/item/14-07-2025-who-recommends-injectable-lenacapavir-for-hiv-prevention>

² Denn jährlichen UNAIDS Bericht können Sie über folgenden Link aufrufen: [https://www.unaids.org/sites/default/files/2025-07/2025-global-aids-](https://www.unaids.org/sites/default/files/2025-07/2025-global-aids-update-JC3153_en.pdf)

[update-JC3153_en.pdf](https://www.unaids.org/sites/default/files/2025-07/2025-global-aids-update-JC3153_en.pdf). Daten und Fakten sind vornehmlich aus diesem entnommen.

anderem den ungleichen regionalen Trends geschuldet. Während in Teilen Subsahara-Afrikas erhebliche Fortschritte erzielt wurden, steigen oder stagnieren Neuinfektionen in anderen Regionen, insbesondere in Osteuropa und Zentralasien, im Nahen Osten und Nordafrika sowie in Lateinamerika³.

Die sogenannten 95-95-95-Ziele gelten als zentrale internationale Zielmarken in der HIV-Bekämpfung. Sie sehen vor, dass 95 Prozent aller Menschen mit HIV ihren Status kennen, 95 Prozent der diagnostizierten Menschen antiretrovirale Therapie erhalten und 95 Prozent der Behandelten eine unterdrückte Viruslast erreichen⁴. Letzteres bedeutet, dass die Virusmenge im Blut durch Therapie so weit reduziert wird, dass HIV die Gesundheit deutlich weniger belastet und sexuell praktisch nicht mehr übertragbar ist. Im Jahr 2025 kannten nach UNAIDS-Schätzungen 88 Prozent aller Menschen mit HIV ihren Status. Von ihnen erhielten 89 Prozent eine Behandlung und bei 95 Prozent der Behandelten war die Viruslast unterdrückt. Bezogen auf alle Menschen mit HIV bedeutet dies jedoch, dass nur 78 Prozent Zugang zu Behandlung hatten und 74 Prozent virologisch kontrolliert waren. Besonders deutliche Lücken bestehen weiterhin bei Kindern, Männern und Risikogruppen, also Bevölkerungsgruppen mit erhöhtem HIV-Risiko und erschwertem Zugang zu Gesundheitsdiensten. Nur 54 Prozent der Kinder mit HIV hatten 2025 Zugang zu Behandlung; bei Männern lag die Behandlungsabdeckung niedriger als bei Frauen. Stigmatisierung, Diskriminierung und Kriminalisierung tragen dazu bei, dass Gruppen wie Männer, die Sex mit Männern haben, Sexarbeiterinnen und Sexarbeiter, Menschen, die Drogen injizieren sowie Menschen in Haft weiterhin einem deutlich erhöhten HIV-Risiko ausgesetzt sind.

HIV bleibt weiterhin eine erhebliche Herausforderung für die globale Gesundheit, deren weitere

Eindämmung von stabiler Finanzierung, funktionierenden Versorgungssystemen und dem Zugang besonders gefährdeter Gruppen zu Prävention, Testung und Behandlung abhängt.

Finanzierungseinbrüche führen zu wachsenden Versorgungslücken

UNAIDS zufolge ging die globale Entwicklungsfinanzierung 2025 um 23 Prozent zurück, der stärkste Rückgang seit Beginn der erstmaligen Erfassung⁵. Für die HIV-Eindämmung ist dieser Einbruch so gravierend, weil viele Länder mit hoher HIV-Prävalenz und begrenztem fiskalischem Spielraum zentrale Bestandteile ihrer Programme bislang nur mithilfe internationaler Gebermittel aufrechterhalten konnten. Dies betrifft nicht nur die Finanzierung von Medikamenten, sondern auch entscheidende Funktionen wie Prävention, Testung, niedrigschwellige Beratungs- und Versorgungsangebote, Datenerhebung, Patientennachverfolgung sowie Angebote für besonders gefährdete Gruppen. Partnerländer stehen nun unter Druck, schneller mehr Eigenfinanzierung zu übernehmen. In vielen Ländern mit hoher HIV-Krankheitslast trifft diese Erwartung allerdings auf begrenzte finanzielle Spielräume, bereits belastete Gesundheitssysteme und zivilgesellschaftliche Strukturen, die selbst stark von externer Förderung abhängen.

Das Forschungsnetzwerk leDEA⁶ führte eine Befragung unter HIV-Kliniken und -Programmen in 32 Ländern in Subsahara-Afrika, Lateinamerika und der Karibik sowie im asiatisch-pazifischen Raum durch, um die Auswirkungen veränderter US-Politik und Finanzierung auf HIV-bezogene Dienste zu erfassen⁷. Fast die Hälfte der befragten Standorte berichteten seit Januar 2025 von Unterbrechungen HIV-bezogener Leistungen. Besonders betroffen waren Beratung und Testung, PrEP-Angebote⁸, pädiatrische HIV-Dienste, Programme zur Verhinderung der Mutter-Kind-Übertragung,

³ Weitere Daten und Fakten zum aktuellen Stand der HIV-Bekämpfung finden Sie unter folgendem Link: <https://www.unaids.org/en/resources/fact-sheet>

⁴ https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/progress-towards-95-95-95_en.pdf

⁵ So in der jüngsten UNAIDS Pressemitteilung: https://www.unaids.org/en/resources/presscentre/pressreleaseandstatementarchive/2026/july/20260702_PCB58_future

⁶ *International epidemiology Databases to Evaluate AIDS*

⁷ Der Link zur Studie: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12925645/>

⁸ PrEP steht für Präexpositionsprophylaxe, also die vorbeugende Einnahme antiretroviraler Medikamente durch HIV-negative Menschen mit erhöhtem Infektionsrisiko.

HIV-Behandlung sowie tuberkulosebezogene Leistungen. Hinzu kamen Einschränkungen bei Medikamentenverfügbarkeit, Labordiagnostik und allgemeinen Klinikabläufen.

28 Prozent der befragten Standorte meldeten Engpässe oder Unterbrechungen bei essenziellen Medikamenten, darunter 22 Prozent bei antiretroviralen Therapien. 34 Prozent berichteten von Einschränkungen bei Laborleistungen, unter anderem bei HIV-Tests, frühkindlicher Diagnostik, Viruslastmessung und Resistenztests. Fast die Hälfte verzeichnete Störungen im Klinikbetrieb, etwa durch Personalmangel, Gehaltskürzungen, unterbrochene Patientennachverfolgung, Probleme im Datenmanagement und Einschränkungen bei der Probenverarbeitung. Damit geraten Elemente unter Druck, die verhindern sollen, dass Menschen verspätet diagnostiziert werden, aus der Behandlung herausfallen oder Therapieversagen zu spät erkannt wird. Prävention wird somit ausgerechnet in einer Phase geschwächt, in der neue langwirksame Instrumente erstmals deutlich bessere Möglichkeiten eröffnen, Neuinfektionen wirksam zu reduzieren.

Umstrukturierung der US-amerikanischen HIV-Finanzierung

Über Jahrzehnte waren die Vereinigten Staaten der wichtigste bilaterale Geldgeber der globalen HIV-Antwort, insbesondere über PEPFAR. PEPFAR ist das 2003 gestartete US-Programm *President's Emergency Plan for AIDS Relief*, über das die Vereinigten Staaten weltweit HIV-Prävention, Testung, Behandlung, Versorgung und Gesundheitssysteme in besonders betroffenen Ländern finanzieren. Die seit Januar 2025 erfolgte Einfrierung, Kürzung und politische Neuausrichtung der US-amerikanischen Auslandshilfe hat daher strukturelle Folgen, die weit über einzelne Programme hinausreichen. Zwar signalisiert die im Februar 2026 gebilligte Finanzierung von rund 5,88 Milliarden US-Dollar, darunter 4,6 Milliarden US-Dollar für bilaterale HIV-Unterstützung im Rahmen der *America First Global Health Strategy*, 1,25 Milliarden US-Dollar für den Global Fund und 45 Millionen US-Dollar

für UNAIDS, keine vollständige Abkehr der Vereinigten Staaten von der globalen HIV-Finanzierung⁹. Die politische Ausrichtung der Unterstützung verändert sich jedoch hin zu bilateralen Vereinbarungen, größerer nationaler Eigenverantwortung der Partnerländer und einer engeren Bindung der Unterstützung an strategische Prioritäten der USA.

Dies zeigt sich am Beispiel Südafrikas. Die angekündigte Beendigung der US-amerikanischen HIV- und Aids-Finanzierung für das Land ist besonders bedeutsam, da Südafrika mit mehr als acht Millionen Menschen mit HIV die weltweit größte HIV-Epidemie aufweist und damit ein Schlüsselstaat der globalen Aids-Bekämpfung bleibt.¹⁰ Bis 2025 unterstützten die USA die südafrikanische HIV-Bekämpfung über PEPFAR mit geschätzt rund 400 Millionen US-Dollar pro Jahr. Zwar finanziert Südafrika die antiretrovirale Behandlung überwiegend aus eigenen Mitteln und ist bei HIV-Medikamenten nicht unmittelbar von US-Mitteln abhängig. Dennoch machten letztere zuletzt rund 17 Prozent der nationalen HIV-Finanzierung aus und hatten eine überproportionale Bedeutung für Prävention, Testangebote, pädiatrische Diagnostik und Programme für besonders gefährdete Gruppen. Die US-Regierung begründet den abrupten Rückzug aus der HIV-Finanzierung für Südafrika mit aus ihrer Sicht unzureichenden Reaktionen Pretorias auf politische Forderungen Washingtons, darunter Vorwürfe bezüglich der Behandlung der weißen afrikanischen Minderheit, die Südafrika allerdings zurückweist.

Während andere Länder im Rahmen der *America First Global Health Strategy* neue bilaterale Vereinbarungen eingingen, fiel Südafrika aufgrund diplomatischer Spannungen aus der Unterstützung. Bereits frühere Einschnitte zogen spürbare Folgen in Südafrika nach sich. Zwischen 2024 und 2025 gingen die HIV-bezogenen Ausgaben infolge der veränderten US-Finanzierung um 43 Prozent zurück¹¹. Berichte aus der Versorgungspraxis weisen auf den Abbau von Beratungspersonal, längere Wartezeiten, erschwerte PrEP-Initiierung und geschwächte Datensysteme. Für ein Land, in

⁹ <https://news.un.org/en/story/2026/02/1166897>

¹⁰ <https://www.bbc.co.uk/news/articles/cdr457lrx71o>

¹¹ <https://phr.org/our-work/resources/wasted-investments-looming-crisis-the-impact-of-u-s-global-health-funding-cuts-on-hiv-in-south-africa/>

dem sich wöchentlich fast 1.000 heranwachsende Mädchen und junge Frauen mit HIV infizieren, betrifft dies nicht nur administrative Programmstrukturen, sondern zentrale Präventionskapazitäten. Der Fall Südafrika macht damit sichtbar, dass die Neuordnung globaler Verantwortung nicht allein von der Bereitschaft nationaler Regierungen abhängt, mehr Mittel zu übernehmen, sondern auch von der Frage, ob externe Geber diese Übergänge planbar und politisch vorausschauend gestalten.

Abstimmung über die neue Politische Erklärung der Vereinten Nationen zu HIV/Aids

Das hochrangige Treffen zur neuen Politischen Erklärung der Vereinten Nationen zu HIV/Aids am 22. und 23. Juni stand daher unter dem Eindruck gravierender Einschnitte in der internationalen Gesundheitsfinanzierung und zunehmender Unsicherheit über die künftige globale HIV-Architektur. Trotzdem benennt die Politische Erklärung erneut das Ziel, Aids bis 2030 als öffentliche Gesundheitsbedrohung zu beenden und macht die Finanzierungslücken, die Schwächung von Präventionsprogrammen und den Zugang zu neuen Instrumenten wie langwirksamer PrEP zu zentralen Fragen der nächsten Phase¹². Die Erklärung wurde mit 149 Ja-Stimmen, 8 Nein-Stimmen und 14 Enthaltungen angenommen¹³. Diese breite Mehrheit zeigt, dass HIV/AIDS noch immer als globale Herausforderung und Verantwortung wahrgenommen und die multilaterale Zielmarke 2030 weiterhin getragen wird. Lediglich die USA, Russland, Israel, die Demokratische Volksrepublik Korea sowie Burkina Faso, Burundi, Niger und Senegal stimmten gegen die Erklärung. Die Vereinigten Staaten kritisierten aus ihrer Sicht spaltende und nicht konsensfähige Referenzen sowie Passagen zu Handel, Technologietransfer und geistigem Eigentum. Russland wandte sich gegen Formulierungen, die es als Eingriff in nationale Zuständigkeiten verstand, kritisierte Gender-Bezüge und lehnte menschenrechtsbasierte Ansätze wie *Harm Reduction* im Kontext von Drogengebrauch ab.

Harm Reduction bezeichnet im HIV-Kontext Maßnahmen wie sterile Spritzen, Substitutionstherapien, Beratung und Testangebote, die Infektionsrisiken bei injizierendem Drogengebrauch senken und Menschen erreichen sollen, die durch Kriminalisierung oder Stigma häufig außerhalb regulärer Versorgungssysteme stehen.

Umstritten waren außerdem Formulierungen zu Risikogruppen (*key populations*), sexueller und reproduktiver Gesundheit, geschlechtsspezifischer Gewalt sowie Technologietransfer, also der Weitergabe von Wissen, Lizenzen und Produktionskapazitäten zur Herstellung von Medikamenten, Diagnostika und anderen Gesundheitstechnologien. Die Europäische Union unterstützte die Erklärung trotz deutlicher Vorbehalte gegen den Absatz zu Technologietransfer, weil sie die politische Bedeutung eines gemeinsamen Rahmens für die kommenden Jahre anerkannte¹⁴. Die EU kritisierte auch, dass der Text hinter der Erklärung von 2021 zurück bleibe und den menschenrechtsbasierten Ansatz in problematischer Weise schwäche. Aus Sicht der EU müssten vulnerable Gruppen, Risikogruppen, junge Frauen und Mädchen, Zivilgesellschaft und Community-geführte Organisationen im Zentrum einer wirksamen HIV-Antwort stehen. Die EU distanzierte sich von uneingeschränkten Formulierungen zum Technologietransfer und bekräftigte, dass dieser freiwillig und zu beiderseitig vereinbarten Bedingungen erfolgen müsse.

Die Abstimmung zeigte, dass der normative Konsens über die HIV-Bekämpfung mittlerweile angefochten ist. Die Erklärung präsentiert daher einen politischen Minimalkonsens, der unter schwierigen Bedingungen erreicht wurde. Die Wirkung der Erklärung hängt maßgeblich davon ab, ob die Mitgliedstaaten die Zielsetzung für 2030 letztlich mit verlässlicher Finanzierung, geschützten zivilgesellschaftlichen Räumen, tragfähigen Übergangsstrategien und Zugang zu neuen Präventionsinstrumenten unterlegen werden.

¹² Hierüber gelangen Sie zu dem Dokument der politischen Erklärung: <https://docs.un.org/en/A/80/L.79>

¹³ Das berichtet Health Policy Watch: <https://healthpolicy-watch.news/us-russia-oppose-un-political-declaration-on-hiv/>

¹⁴ Die Stellungnahme der EU: https://www.eeas.europa.eu/delegations/un-new-york/eu-explanation-vote-un-general-assembly-2026-political-declaration-hiv-aids-united-end-aids-2030_en?s=63

Zukunft von UNAIDS und globale Koordination

Nur wenige Tage nach der Verabschiedung der neuen Politischen Erklärung befasste sich der UNAIDS-Verwaltungsrat, das Programme Coordinating Board (PCB), vom 30. Juni bis 2. Juli in Genf mit der künftigen Aufstellung des Gemeinsamen Programms¹⁵. Dem UNAIDS-Verwaltungsrat gehören 22 regional ausgewogen gewählte Mitgliedstaaten¹⁶ mit Stimmrecht sowie die UNAIDS-Kosponsoren¹⁷ und fünf Nichtregierungsorganisationen ohne Stimmrecht an.

Auf dem Treffen des UNAIDS-Verwaltungsrats waren sich Mitgliedstaaten, betroffene Communities und Partnerorganisationen weitgehend einig, dass UNAIDS angesichts sinkender Mittel, veränderter Geberprioritäten und der Reformagenda im UN-System weiterentwickelt werden muss. Sie betonten auch, dass die globale HIV-Antwort weiterhin politische Führung, multisektorale Koordination, Rechenschaft und eine substanzielle Beteiligung von Menschen mit HIV und betroffenen Communities benötigt. Elemente, die vor allem UNAIDS bislang einbrachte.

Die Beschlüsse des 58. Treffens des UNAIDS-Verwaltungsrats präzisieren einen Reformprozess, der nun in einen konkreteren Entscheidungsrahmen überführt werden wird¹⁸. Eine mit dem weiteren Übergang und der Integration von UNAIDS in das UN-System beauftragte Arbeitsgruppe legte hierzu einen Zwischenbericht vor, der einer kurzfristigen Auflösung des Programms bis Ende 2026 klar entgegensteht und stattdessen für eine schrittweise Transformation unter Erhalt zentraler Koordinierungs-, Daten- und Beteiligungsfunktionen plädiert¹⁹. Für die Länderarbeit empfiehlt der Bericht differenzierte, an HIV-Belastung, staatlichen Kapazitäten und politischem Umfeld ausgerichtete Modelle. Die Frage der Finanzierung bleibt allerdings ungeklärt. Der Bericht warnt lediglich davor, Funktionen und Finanzierungsströme auf

mehrere Organisationen zu verteilen, da dies die Koordination schwächen, Transaktionskosten erhöhen und die Rechenschaft erschweren könnte.

Der Verwaltungsrat nahm den Zwischenbericht der Arbeitsgruppe zur Kenntnis und forderte sie auf, vor der nächsten Multistakeholder-Konsultation konkrete Optionen vorzulegen. Bis zur Sondersitzung des Rats am 26. Oktober 2026 soll ein umsetzbarer und finanziell tragfähiger Plan für die künftige Struktur und Governance von UNAIDS vorliegen. Ein zuvor diskutiertes rasches Auslaufen des Programms noch vor 2030 ist damit nicht beschlossen. Stattdessen rückt ein geordneter Übergangsprozess in den Vordergrund, der klären soll, welche Aufgaben UNAIDS künftig selbst wahrnimmt, welche Funktionen im UN-System anders verankert werden können und wie die dafür notwendige Finanzierung gesichert werden kann.

Entscheidend dabei ist, welche Funktionen in diesem Prozess zukünftig für UNAIDS erhalten bleiben. Dazu zählen derzeit Datenanalyse, Zielüberwachung, Koordination innerhalb des UN-Systems, Unterstützung nationaler HIV-Strategien, menschenrechtsbasierte Advocacy sowie die formelle Einbindung von Zivilgesellschaft und den betroffenen Communities. Gerade diese Beteiligung ist im HIV-Kontext keine Zusatzstruktur, sondern eine Voraussetzung wirksamer Prävention, weil viele Angebote für Risikogruppen über Community-Strukturen, Peer-Netzwerke und niedrigschwellige Dienste funktionieren, wie etwa mobile Testangebote, Begleitung bei Therapieaufnahme oder Vertrauensarbeit in Gruppen, die staatlichen Stellen häufig mit Vorbehalt begegnen. Der Verwaltungsrat bekräftigte diesen Ansatz auch mit Blick auf langfristig wirksame antiretrovirale Prävention und Behandlung, Zugang zu nationalen Programmen, Monitoring-Systemen und community-geführte Kontrollmechanismen.

Für die globale HIV-Bekämpfung bedeutet der UNAIDS-Prozess eine institutionelle Weichenstellung.

¹⁵ https://www.unaids.org/en/resources/presscentre/pressreleaseandstatementarchive/2026/july/20260702_PCB58_future

¹⁶ Zu diesen Mitgliedstaaten gehören derzeit: Belgien, Brasilien, Burundi, Kambodscha, Kanada, China, Dänemark, Deutschland, Haiti, Indien, Iran, Kenia (Berichterstatter), Lesotho, Mexiko, Niederlande (Vorsitz), Nigeria, Philippinen (stellvertretender Vorsitz), Polen, Senegal,

Ukraine, Vereinigtes Königreich, Vereinigte Staaten von Amerika.

¹⁷ Kosponsoren sind UNHCR, UN Women, UNICEF, ILO, WFP, UNESCO, UNDP, WHO, UNFPA, Weltbank, UNODC.

¹⁸ https://www.unaids.org/sites/default/files/2026-07/PCB58_Decisions_Final_EN.pdf

¹⁹ Den gesamten Zwischenbericht finden Sie hier: [PCB58 Interim Report PCB Working Group 1.pdf](#)

Eine schlankere und besser integrierte Struktur kann sinnvoll sein, wenn sie Doppelungen reduziert, klare Zuständigkeiten schafft und die Arbeitsteilung im UN-System verbessert. Problematisch wäre jedoch ein Übergang, der Koordinierungs-, Rechenschafts- und Community-Funktionen auf bereits belastete Organisationen verlagert. In einer Phase sinkender Finanzierung und wachsender politischer Spannungen liegt der Mehrwert von UNAIDS gerade darin, Prävention,

Menschenrechte, Daten und multilaterale Koordination zusammenzuführen und Communities zielgerichtet einzubinden. Im Oktober wird sich daher zeigen, ob der Reformprozess UNAIDS fokussiert und handlungsfähiger macht oder ob er jene Funktionen eher ausdünnen wird, die für die letzte Etappe bis 2030 besonders relevant bleiben.

Konrad-Adenauer-Stiftung e. V.

Linde Buder
Programm Managerin Globale Gesundheit
Multilateraler Dialog Genf
Europäische und Internationale Zusammenarbeit



The text of this work is licensed under the terms and conditions of the "Creative Commons Attribution-Distribution at level playing field 4.0 internationally", CC BY-SA 4.0 (available at: <https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/deed.en>)