



Diplomstudiengang
Interkulturelle Pädagogik

Diplomarbeit

**Ursachen von HIV/AIDS Epidemien im
subsaharischen Afrika aus systemischer Sicht.
Bewältigungsstrategien von UNAIDS.**

Vorgelegt von:

Tanja Wilmink

(Matrikel-Nr. 8175230)

Betreuender Gutachter: Prof. Dr. Dieter Brühl

Zweiter Gutachter: Prof. Dr. Hans-Peter Schmidtke

Oldenburg, April 2008

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis	IV
Abkürzungsverzeichnis	V
1. Einleitung.....	6
1.1 Ausgangsüberlegungen.....	6
1.2 Struktur der Arbeit	8
2. Ursprung und Ausbreitung der HIV/AIDS-Pandemie	11
3. Aktuelle Lage der HIV/AIDS-Epidemien in Sub-Sahara Afrika	19
3.1 Datenerfassung.....	19
3.2 Aktuelle Zahlen und Fakten	21
3.3 Charakteristika der Epidemien.....	25
4. Systemtheoretischer Ansatz – Eine HIV/AIDS-Epidemie als System	28
4.1 System	29
4.2 Umwelt des Systems.....	30
4.3 Beziehung zwischen System und Umwelt	33
4.4 Schlussfolgerungen.....	35
5. Ursachenzusammenhänge der Ausbreitung von HIV/AIDS in Sub-Sahara Afrika – Umwelt des Systems „HIV/AIDS-Epidemie“	38
5.1 System „Armut“	38
5.1.1 Verteilungsgerechtigkeit.....	40
5.1.2 Eingeschränkter Zugang zu Bildung	41
5.1.3 Sexuelle Ausbeutung.....	41
5.1.4 Hohe Geburtenrate	44
5.1.5 Veränderte Risikowahrnehmung.....	45
5.1.6 Migration und Mobilität.....	46
5.1.7 Mangelnde Gesundheitsversorgung	46
5.1.8 Schlussfolgerungen	48
5.2 Gesundheitssystem.....	49
5.2.1 Unzureichende Gesundheitsversorgung.....	49
5.2.2 Eingeschränkter Zugang zu antiretroviralen Medikamenten (ARV).....	51
5.2.3 Schlussfolgerungen	51

5.3 Politisches System	53
5.3.1 Haltung der Regierung.....	53
5.3.2 Schlussfolgerungen	56
5.4 Rechtssystem.....	57
5.4.1 Menschenrechtsverletzungen	57
5.4.2 Verletzung von Frauenrechten.....	60
5.4.3 Schlussfolgerungen	62
5.5 System „Familie“	64
5.5.1 Auflösung traditioneller Familienstrukturen	65
5.5.2 Vulnerabilität von Kindern und Jugendlichen	66
5.5.3 Vulnerabilität von Frauen.....	69
5.5.4 Rolle der Männer	75
5.5.5 Schlussfolgerungen	77
5.6 Kulturelle Aspekte der Vulnerabilität für HIV/AIDS	78
5.6.1 Traditionelle Funktion von Sexualität	79
5.6.2 Traditionelle Praktiken	80
5.6.3 HIV/AIDS in der Deutung von traditioneller Kosmologie und eingeführten Hochreligionen	82
Exkurs: Kondome	85
5.6.4 Tabuisierung, Stigmatisierung und Diskriminierung	88
5.6.5 Diskrepanz zwischen Wissen und tatsächlichem Verhalten	89
5.6.6 Folgen der Modernisierung	90
5.6.7 Schlussfolgerungen	91
5.7 System „Anomie“	93
5.7.1 Kolonialismus – Entwicklung – Globalisierung	94
5.7.2 Schwache Staaten.....	96
5.7.3 Kriegerische Konflikte und humanitäre Krisen	97
5.7.4 Schlussfolgerungen	98
6. Bewältigungsstrategien – Strategien des internationalen Akteurs UNAIDS... 101	
6.1. Vorstellung von UNAIDS	103
6.2 Strategien.....	106
6.2.1 Koordination	107
6.2.2 Prävention	110
6.2.3 Zugang zu medizinischer Behandlung	118

6.2.4	Forschung und Information	120
6.2.5	Bewältigung der Folgen	121
6.2.6	Ressourcenmanagement.....	123
6.3	Verteilung des Budgets	125
6.4	Fazit	127
7.	Analyse	130
7.1	Wirksamkeit der Strategien	130
7.2	Handlungsspielraum von UNAIDS in der Global Health Governance	133
7.3	Intervention in komplexe Systeme	135
7.3.1	Komplexität des Ursachengefüges	135
7.3.2	Interdependenz der Teilsysteme.....	139
7.3.3	Probleme linearer Betrachtung	141
8.	Schlusswort und Ausblick.....	144
	Glossar	150
	Literatur	158
	Anhang	169
	Anhang A: Aktueller Stand der HIV/AIDS-Epidemien (Abbildungen und Tabellen)	169
	Anhang B: Ursachenzusammenhänge (Abbildungen und Tabellen)	174
	Anhang C: Bewältigungsstrategien (Abbildungen und Tabellen)	176

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 Prävalenzraten in Sub-Sahara Afrika.....	22
Abbildung 2 Verortung des Systems „HIV/AIDS-Epidemie“	29
Abbildung 3 System "HIV/AIDS-Epidemie" und seine Umweltsysteme.....	31
Abbildung 4 Systeme-Umwelten	32
Abbildung 5 Auswirkungen linearer Betrachtung	142

Abkürzungsverzeichnis

ABC	Abstinence, Be faithful, Condoms
AIDS	Aquired Immune Deficiency Syndrome
ARV	Antiretrovirale Medikamente
ART	Antiretrovirale Theraphie
BIP	Bruttoinlandsprodukt
CCO	Committee of Cosponsoring Organizations
CSW	Commercial Sex Workers
EPP	Estimating and Projection Package
GFATM	Global Fund to fight Aids, Tuberkulosis and Malaria
GPA	Global Programme on Aids
GRID	Gay Related Immune Deficiency Disease
HIV	Human Immune Deficiency Virus
ILO	International Labor Organization
LDC	Less Developed Countries
MDGs	Millennium Development Goals
NGO	Non-Governmental Organization
PCB	Programme Coordinating Board
TRIPS	Trade Related Aspects of Interlectual Property Rights
UNAIDS	The Joint United Nations Programme on HIV/AIDS
UNDP	United Nations Development Programme
UNESCO	United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization
UNFPA	United Nations Population Fund
UNGASS	UN General Assembly Special Session on HIV/AIDS
UNHCR	United Nations High Commissioner for Refugees
UNICEF	United Nations International Children's Emergency Fund
UNODC	United Nations Office on Drugs and Crime
WFP	World Food Programme
WHO	World Health Organization
WTO	World Trade Organization
ZOPP	Zielorientierte Projektplanung

1. Einleitung

Vor knapp 30 Jahren tauchte erstmals eine Infektionskrankheit auf, die den menschlichen Abwehrmechanismus angreift und über kurz oder lang unweigerlich zum Tode führt. Diese Krankheit ist das „Acquired Immune Deficiency Syndrome“ (*AIDS**), verursacht durch das „Human Immune Deficiency Virus“ (*HIV**).

Das Virus hat sich mit einer unerwarteten Dynamik und Geschwindigkeit ausgebreitet, so dass HIV/AIDS mittlerweile zu einer *Pandemie**¹ geworden ist, die sich über alle Regionen der Erde erstreckt (Nuscheler 2005, 158; DED 2001, 3).

1.1 Ausgangsüberlegungen

Während die *Epidemien** in den Industrieländern weitestgehend eingedämmt werden konnten, hat sich das Virus in den Entwicklungsländern massiv verbreitet. Heutzutage leben 95% der HIV-infizierten Menschen in den Entwicklungsländern; 70% allein im subsaharischen Afrika. In Afrika sterben täglich ungefähr 6000 Menschen an AIDS (Nuscheler 2005, 158).

„AIDS fordert mehr Leben als die Summe aller Kriege, Dürren, Hochwasser und Krankheiten wie Malaria. Wir müssen etwas tun und zwar in der höchstmöglichen Dringlichkeitsstufe [...].“

(Mandela, Nelson 2000, 13. Internationale AIDS Konferenz, In: Wittek 2003, 159).

In neun afrikanischen Ländern südlich der Sahara wurde durch AIDS die durchschnittliche Lebenserwartung der Menschen bereits um 10 Jahre verkürzt. In den Jahren 2010-2015 wird in diesen Ländern die Lebenserwartung statt der ursprünglich prognostizierten 64 Jahre auf 47 Jahre sinken. Ein Drittel der heute Fünfzehnjährigen werden hier sterben (Nuscheler 2005, 159).

Abgesehen von den zahlreichen tragischen Einzelschicksalen ergibt sich aus dieser Situation ein immenses soziales und ökonomisches Entwicklungsproblem. In den am schlimmsten betroffenen Ländern werden gerade die produktiven Altersgruppen ausgedünnt, so dass in vielen Dörfern im subsaharischen Afrika die Familien vielfach überwiegend aus alten Menschen und Waisenkindern bestehen. In der

¹ Von einer Pandemie ist die Rede, wenn sich eine Epidemie über einen gesamten Kontinent oder sogar weltweit ausbreitet. Von einer Epidemie wird hingegen gesprochen, wenn die Infektionskrankheit gehäuft, jedoch örtlich und zeitlich begrenzt auftritt (vgl. Brockhaus 2008).
Im Folgenden werden alle Begriffe, die kursiv geschrieben und mit einem Stern gekennzeichnet sind im Glossar erklärt.

Subsistenzwirtschaft² leidet dadurch die Nahrungsmittelproduktion, in der Industrie entsteht ein Mangel an Fachkräften und der Bildungssektor hat unter Lehrermangel zu leiden – um nur einige Beispiele der gesamtgesellschaftlichen Auswirkungen von HIV/AIDS zu nennen. Durch diesen Ausfall an Arbeitskräften wird die Wirtschaftsleistung verringert und die gemachten Fortschritte in den Ländern drohen durch die Epidemien zunichte gemacht zu werden (vgl. Nuscheler 2005, 160f, DED 2001, 3). Es wird vermutet, dass die Folgen der HIV/AIDS-Pandemie in vielen Regionen der Welt ökonomisch, politisch und sozial destabilisierend wirken und eine Gefahr für den globalen Frieden darstellen können. Zudem wird befürchtet, dass Infektionskrankheiten, wie HIV/AIDS, durch die zunehmende globale Vernetzung aus den armen Ländern verstärkt in die reichen Länder eindringen werden, bzw. die Ausbreitung wieder aufkeimen lassen. Demnach werden HIV/AIDS-Epidemien nicht mehr lediglich als nationale Bedrohungen betrachtet, sondern vielmehr als globale Gefahr wahrgenommen (vgl. Kohlmorgen 2004, 139). Die Eindämmung der HIV/AIDS-Epidemien sei demzufolge gegenwärtig die größte gesundheitspolitische und sozioökonomische Herausforderung, der sich Afrika und der Rest der Welt stellen müssen (vgl. Wittek 2003, 157; Nohlen 2002, 29).

Die HIV/AIDS-Epidemien sind in den Industrieländern und in den afrikanischen Ländern südlich der Sahara gleichzeitig ausgebrochen, haben sich jedoch äußerst unterschiedlich entwickelt. Afrika ist der von der Pandemie am schwersten betroffene Kontinent, Sub-Sahara Afrika die am schwersten betroffene Region der Erde. Es stellt sich die Frage, warum sich das Virus im subsaharischen Afrika derart rasant ausbreitet, während die Epidemien in den Industrieländern weitestgehend eingedämmt werden konnten.

Die vorliegende Arbeit versucht sich dieser Frage anzunähern, indem zunächst die sozioökonomischen, soziokulturellen und politischen Ursachen für die Ausbreitung des Virus´ in Sub-Sahara Afrika in ihrer systemischen Konstellation beleuchtet werden. Mittlerweile wird das Thema HIV/AIDS auf höchster politischer Ebene behandelt und es werden große finanzielle und personelle Ressourcen mobilisiert, um die Pandemie einzudämmen. Doch die Maßnahmen wirken bislang nicht in dem gewünschten Ausmaß.

Um mögliche Gründe für den eingeschränkten Erfolg westlicher Bewältigungsstrategien aufzuzeigen, werden bestehende Bewältigungsversuche exemplarisch am Beispiel des internationalen Akteurs UNAIDS analysiert. Ziel der Arbeit ist eine Analyse der Bewältigungsstrategien von UNAIDS vor dem Hintergrund der er-

² Als Subsistenzwirtschaft wird eine Wirtschaftsweise bezeichnet, im Rahmen derer Familien oder Gemeinschaften vorwiegend für den Eigenbedarf landwirtschaftliche Güter produzieren.

arbeiteten komplexen systemischen Ursachenkonstellation der HIV/AIDS Ausbreitung im subsaharischen Afrika.

1.2 Struktur der Arbeit

Hieraus ergibt sich folgende Struktur der Arbeit:

Nach diesem einleitenden Kapitel wird in den folgenden drei Kapiteln in die HIV/AIDS-Thematik sowie in den systemtheoretischen Hintergrund der Arbeit eingeführt.

Kapitel 2 behandelt den Ursprung und die Ausbreitung der HIV/AIDS-Pandemie. Zunächst wird das Auftauchen der ersten tödlich verlaufenden Infektionen ungeklärten Ursprungs in den USA, Afrika und Europa sowie deren anfänglicher Verlauf und die jeweiligen Charakteristika beschrieben. Zudem werden die Entdeckung des HI-Virus´ als Ursache für die Immunschwächekrankheit sowie Thesen zu dessen Ursprung dargestellt.

Kapitel 3 gibt einen Überblick über die aktuelle Lage der epidemischen Ausbreitung des HI-Virus´ weltweit und insbesondere im subsaharischen Afrika. Hier werden aktuelle Zahlen und Trends der Epidemien in den Regionen Südliches Afrika, Ostafrika sowie West- und Zentralafrika dargestellt. Im Anschluss daran werden relevante Charakteristika der Epidemien in Sub-Sahara Afrika herausgearbeitet.

In Kapitel 4 wird der in dieser Arbeit verfolgte systemtheoretische Ansatz dargestellt, um ein Bewusstsein für die Schwierigkeiten einer Intervention in derart komplexe Problemkonstellationen zu schaffen. Interventionsmaßnahmen im Rahmen der Entwicklungszusammenarbeit zeugen vielfach von einem Unverständnis für die Schwierigkeit einer kontrollierten Intervention in komplexe Systeme. Sie gehen oftmals von einem monokausalen Ursache-Wirkungszusammenhang aus. Dies kann zu einem Verfehlen der erwünschten Wirkungen oder zu nicht-intendierten Folgeproblemen führen. In diesem Kapitel werden die für diese Arbeit relevanten Grundzüge der Systemtheorie nach Niklas Luhmann herausgearbeitet. Mithilfe des systemtheoretischen Ansatzes sollen im Verlauf dieser Arbeit die Grenzen und Unzulänglichkeiten des linearen, parzellierten Denkens und die Besonderheiten der komplexen Systemkonstellation der „HIV/AIDS-Ausbreitung“ deutlich gemacht werden.

Kapitel 5 beschreibt die soziokulturellen, sozioökonomischen und politischen Faktoren, welche die Ausbreitung des Virus³ im subsaharischen Afrika begünstigen. Diese werden zunächst inhaltlich vorgestellt. Im Anschluss daran wird jeweils betrachtet, inwiefern die vorgestellten Aspekte als Ressource für die Systemerhaltung des Systems „HIV/AIDS-Epidemie“ dienen können, mit anderen Worten inwiefern sie eine Ausbreitung des HI-Virus fördern. Hierbei wird die enorme Komplexität und Interdependenz der Ursachenzusammenhänge verdeutlicht.

Anschluss beleuchtet Kapitel 6 Strategien, welche die Eindämmung der Epidemien zum Ziel haben. Dies geschieht exemplarisch anhand der Bewältigungsstrategien von UNAIDS, der einen zentralen Akteur der internationalen HIV/AIDS Politik darstellt.

In dem „Unified Budget and Workplan“ (UBW) von UNAIDS werden 16 angestrebte Hauptresultate festgelegt. Auf deren Grundlage werden von der Autorin die strategischen Schwerpunkte von UNAIDS herausgearbeitet und analysiert.

UNAIDS ist aus dem Anspruch heraus entstanden, eine globale Antwort auf die HIV/AIDS-Pandemie zu entwickeln. In Kapitel 7 wird analysiert, inwiefern UNAIDS diesem Anspruch gerecht werden kann. Um die Erfolgchancen der Strategien von UNAIDS beurteilen zu können, wird zunächst betrachtet, welche Ziele bereits erreicht und welche nicht erreicht werden konnten. Die zentrale Frage in diesem Kapitel ist, inwiefern die dargestellte Komplexität und Interdependenz des Ursachengefüges in den Strategien von UNAIDS berücksichtigt werden. In diesem Kapitel werden mögliche Faktoren vorgestellt, die zu einer Einschränkung der Wirksamkeit der Bewältigungsstrategien von UNAIDS beitragen können.

Die Arbeit schließt mit einem Schlusswort, das die Ergebnisse dieser Arbeit zusammenfasst und Handlungsnotwendigkeiten für die Akteure im HIV/AIDS Bereich aufzeigt.

Am Ende befindet sich ein Glossar, in dem zentrale Begriffe der Arbeit erläutert werden. Alle Begriffe, die im Folgenden kursiv geschrieben und mit einem Stern gekennzeichnet sind, werden dort erklärt.

Diese Arbeit entsteht im Rahmen der Forschungsgruppe IBSAE³ an der Carl von Ossietzky Universität unter der Leitung von Herrn Prof. Dr. Brühl. Die Arbeitsstelle

³ Die Abkürzung IBSAE steht für „Interkulturelle Bildung und Strategien der Armutsminderung in der Entwicklungszusammenarbeit“. Webseite: <http://www.ibsae.net>.

beschäftigt sich seit 2003 mit soziokulturellen Fragen in der Entwicklungszusammenarbeit.

2. Ursprung und Ausbreitung der HIV/AIDS-Pandemie

Anfang der achtziger Jahre häuften sich in den USA Fälle von ungewöhnlichen Atemwegserkrankungen bei homosexuellen Patienten, auf die kurz darauf die ersten Todesfälle folgten. Bei den Patienten handelte es sich vorwiegend um homosexuelle Männer, die von häufig wechselnden Sexualpartnern berichteten (vgl. Garrett 1996, 394ff).

In Afrika wurden in dieser Zeit in Zaire, Senegal und Uganda ebenfalls die ersten Fälle von tödlich verlaufenden Erkrankungen bekannt, bei denen die *Betroffenen** an Infektionen starben, die unter normalen Umständen nicht tödlich verlaufen wären (vgl. ebd., 404; 494).

Entdeckung der Immunschwächekrankheit GRID

Im Jahr 1981, nur wenige Monate nachdem erstmalig von den ungewöhnlich verlaufenden Erkrankungen berichtet wurde, wurde in den USA festgestellt, dass diese Erkrankungen auf eine Schwäche des Immunsystems zurückzuführen sind. Daraufhin wurde die Krankheit Gay-Related Immunodeficiency Disease, Immunschwächekrankheit bei Homosexuellen (*GRID**) genannt. Zu diesem Zeitpunkt war GRID in den USA in 270 bekannten Fällen aufgetreten, von denen die meisten, jedoch nicht alle, homosexuelle Männer waren (vgl. ebd., 405ff).

Bereits im Jahr 1982 nahmen einige US-amerikanische WissenschaftlerInnen aufgrund von Forschungen in der Schwulenszene an, dass es sich bei GRID um eine sexuell übertragbare Krankheit handele (vgl. ebd., 425). Da in den USA hauptsächlich homosexuelle Männer erkrankten, ging man zunächst davon aus, dass die Männer jahrelang übermäßig Mikroorganismen, wie Bakterien und Pilzen ausgesetzt waren und sie das zunehmend anfällig für Krankheiten mache.

„Die Anhänger der Theorie einer Überlastung durch sexuell übertragbare Krankheiten folgerten daher, daß GRID dann auftauchte, wenn die lebenslang angesammelte Wirkung von Krankheiten eines Schwulen einen kritischen Punkt überstieg, jenseits dessen das Immunsystem versagte“ (ebd., 411f).

Bei dieser Theorie wurde allerdings außer Acht gelassen, dass homosexuelle Männer nicht die Einzigen waren, die an der neuen Immunschwächekrankheit erkrankten und starben. Es gab ebenfalls heterosexuelle männliche und weibliche GRID-Patienten. Insbesondere Menschen, die Drogen injizierten, kristallisierten sich als weitere Risikogruppe heraus. Im Rahmen dieser Erklärungsansätze blieb jedoch vollends unbeachtet, dass die meisten Betroffenen in Ostafrika ehemalige Kämpfer,

Händler und Prostituierte, also gemeinhin heterosexuelle Männer und Frauen waren (vgl. ebd., 412, 470).

In Europa tauchten ebenfalls Anfang der achtziger Jahre die ersten GRID-Fälle unter homosexuellen Männern auf.

„Zwischen 1978 und Anfang 1982 hatte GRID das Immunsystem von mindestens 310 Männern und einer Handvoll Frauen in den Vereinigten Staaten und Europa zerstört und 180 von ihnen getötet“ (Garrett 1996, 413).

Aus GRID wird AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrome)

Als 1982 die ersten Fälle bekannt wurden, bei denen das Virus durch Bluttransfusionen übertragen wurde, sah man von der Bezeichnung GRID ab und nannte die Krankheit Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS). Dies sollte verdeutlichen, dass die Krankheit nicht nur homosexuelle Männer betrifft, sondern eine Gefährdung für die Gesundheit der gesamten Bevölkerung darstellt (vgl. ebd., 428f; 452).

In den Vereinigten Staaten stieg die Zahl der infizierten Drogenabhängigen derart rapide an, dass Drogenexperten annahmen, dass es innerhalb dieser Risikogruppe ein größeres AIDS-Vorkommen gab, als unter homosexuellen Männern. Bei späteren Forschungen stellte sich heraus, dass bereits 1971 in Blutspenden von drogenabhängigen Menschen aus den Vereinigten Staaten das Virus nachzuweisen war. Der Ursprung sei somit eher in der Drogenszene, als bei homosexuellen US-Amerikanern zu suchen. Doch die sozialen Bedingungen innerhalb der Schwulenszene in den Vereinigten Staaten und Europa Ende der siebziger Jahre waren, aufgrund der Sexualpraktiken sowie der häufig wechselnden Sexualpartner, ideal für die Ausbreitung des Virus (vgl. ebd., 454; 502f).

Anfang der achtziger Jahre wurden ebenso Fälle von an AIDS erkrankten Kleinkindern bekannt. Diese konnten gewiss nicht zu den bereits bekannten Risikogruppen, wie homosexuell aktiven Männern, Drogenabhängigen oder Prostituierten gehören, noch waren sie sexuell missbraucht worden. Deren Mütter waren allerdings den typischen Risikogruppen in den Vereinigten Staaten zuzuordnen und mit dem Virus infiziert. Anhand dessen wurde entdeckt, dass das AIDS-Virus entweder im Mutterleib (transplazentar) oder während der Geburt (perinatal) von der Mutter auf das Kind übertragen werden kann (vgl. Centers for Disease Control 1982, In: Garrett 1996, 430).

Somit waren bereits 1983 wesentliche epidemiologische Umrisslinien bekannt. Maßnahmen, welche die Ausbreitung hätten eindämmen können, blieben jedoch

jahrelang unverwirklicht. „*Die Menschen starben weiter, und die Epidemie breitete sich weiter aus*“ (Garrett 1996, 431).⁴

Afrika

Der Beginn der Epidemien in Afrika lässt sich, ebenso wie in den Vereinigten Staaten, auf Anfang der achtziger Jahre datieren. Rückblickend wird davon ausgegangen, dass in Afrika die HIV-Infektionen in Uganda und in Tansania kurz nach dem Befreiungskrieg von Uganda 1978 bis 1979 aufgetreten sind. Daraufhin hat sich die Immunschwächekrankheit aus der Region um den Viktoriasee heraus in das südliche Afrika verbreitet. Das Virus konnte bis in das Jahr 1959 zurückverfolgt werden, wobei die epidemische Ausbreitung erst Anfang der siebziger Jahre begann. Diese wurde wiederum erst Anfang der achtziger entdeckt (vgl. Hofmeier / Mehler 2005, 133; Garrett 1996, 506; Fleischer / Ochel 2005, 16).

Im Jahr 1981 wurden auch in Zentralafrika (Zaire) die ersten Fälle bekannt. Die afrikanischen Fälle differenzierten sich stark von den charakteristischen Krankheitsverläufen US-amerikanischer Patienten. Keiner der afrikanischen Fälle ließ sich den typischen US-amerikanischen Risikogruppen zuordnen, da sie überwiegend ein heterosexuelles Übertragungsmuster aufwiesen. Bis heute wurde das Virus bei mehr als 80% der infizierten Erwachsenen durch heterosexuellen Geschlechtsverkehr übertragen (vgl. Garrett 1996, 404; 444; Fleischer / Ochel 2005, 17).

Obwohl keiner der zu dem Zeitpunkt bekannten HIV-Infizierten in Afrika Drogen injizierte, bestand dennoch ein Übertragungsrisiko aufgrund der Benutzung von unreinen Spritzen. Aufgrund der unzureichenden Ausstattung von Gesundheitseinrichtungen mussten Spritzen mehrmals benutzt werden, wobei es nicht immer möglich war, sie zu sterilisieren (vgl. Garrett 1996, 444; 472ff). Der Krankheitsverlauf schien bei Betroffenen in Afrika wesentlich rasanter voranzuschreiten, als bei US-amerikanischen Patienten.

Die Untersuchungsergebnisse der afrikanischen Fälle blieben fast ein Jahr lang unveröffentlicht, da ärztliche Prüfungskommissionen von wissenschaftlichen Fachzeitschriften nicht glauben wollten, dass sich die Krankheit in Afrika durch heterosexuellen Geschlechtsverkehr verbreitete. In dieser Zeit konnte AIDS in Ost-, und Zentral- und Südafrika unerkannt auftauchen und sich weiter verbreiten. Teile der euro-amerikanischen Wissenschaftsgemeinde bezweifelten bis in die neunziger Jahre, dass das „afrikanische“ heterosexuelle Übertragungsmuster für den euro-amerikanischen Kontext übernommen werden kann (vgl. ebd., 479-483).

⁴ In dieser Arbeit wird zwischen einer Epidemie und einer Pandemie, also einer weltweiten Epidemie unterschieden. Garrett spricht in seinem Text jedoch durchgehend von einer Epidemie. Gemäß der in dieser Arbeit vollzogenen Differenzierung der Begriffe ist an dieser Stelle die Ausbreitung der Pandemie gemeint.

Forschung nach dem Ursprung

Anfang der achtziger Jahre war in den Vereinigten Staaten die Erforschung der neu aufgetretenen Immunschwächekrankheit aufgrund fehlender finanzieller Ressourcen beeinträchtigt. Dies führt Garrett unter anderem auf die konservative Regierung und deren Umgang mit Minderheiten, in diesem Fall mit homosexuellen Männern, zurück. ÄrztInnen, WissenschaftlerInnen und PatientInnen in den Vereinigten Staaten und Europa organisierten sich, um Öffentlichkeitsarbeit zu leisten, finanzielle Mittel zu mobilisieren und die Ursache von AIDS zu ermitteln. Auch in Afrika gelang es keinem Wissenschaftler und keiner Wissenschaftlerin den die Immunschwächekrankheit verursachenden Mikroorganismus zu identifizieren. Daher ging man davon aus, dass es sich um einen neuen Erreger handeln musste (vgl. Garrett 1996, 414ff; 420f; 466).

Im Jahr 1982 wurden Fälle von an AIDS erkrankten HaitianerInnen bekannt, die kurz zuvor in die Vereinigten Staaten immigriert waren. Diese waren weder homosexuell, noch hatten sie jemals Drogen injiziert. Daraufhin entstand eine Welle an Schuldzuweisungen, indem angedeutet wurde, dass AIDS seinen Ursprung in Haiti haben könnte. Diese Schuldzuweisungen wurden durch eine rassistische Verurteilung der haitianischen Kultur und Lebensweise untermauert. Konträr dazu stand die Annahme, dass homosexuelle US-amerikanische Touristen das Virus nach Haiti importiert hätten. Sämtliche Beweise deuten jedoch darauf hin, dass die sichtbar gewordenen Epidemien gleichzeitig um 1979 in Haiti und den Vereinigten Staaten begannen (vgl. Centers for Disease Control 1982, In: Garrett 1996, 426f; Garrett 1996, 427f; 505).

„Leider war es nicht das letzte Mal, daß eine Nation und ihre Bewohner sich ungerechtfertigterweise als Quelle der neuen Krankheit beschuldigt sahen; tatsächlich blieben solche Schuldzuweisungen über ein Jahrzehnt lang ein Merkmal der Epidemie“ (Garrett 1996, 428).

Eine weitere These geht davon aus, dass HIV bereits in der Zeit von 1960 bis 1975 in Zaire existierte. Da Zaire in der Zeit haitianische Arbeiter angeworben hatte, wird demnach angenommen, dass die Haitianer bei ihrer Rückkehr HIV nach Haiti einführten (vgl. ebd., 506).

Von den 1200 Betroffenen, die 1983 bekannt waren, befand sich der Großteil in den USA und in Haiti. In den Vereinigten Staaten entwickelte sich mit der Zeit ein öffentliches Bewusstsein für die Ausbreitung von AIDS. Dadurch wuchs gleichzeitig die damit verbundene Panik in der Bevölkerung (vgl. Groupe de Travail Francaise

sur le SIDA, In: Garrett 1996, 442; Garrett 1996, 455). Obwohl die Herausbildung von Epidemien in großen Teilen der Welt ersichtlich war,

„lebte ein voreingenommenes Dogma fort [...] daß es eine Krankheit sei, die man in erster Linie unter Schwulen und Junkies finde, daß alle afrikanischen Fälle in den Großstädten auftauchen und daß die Heterosexualität von AIDS in Afrika auf „spezielle kulturelle Faktoren“ zurückzuführen sei [...]“ (Garrett 1996, S.476).

Auch wenn die Ursachenforschung weiterhin durch fehlende finanzielle Mittel eingeschränkt war, stellten WissenschaftlerInnen bereits 1983 den Verdacht auf, dass AIDS von *Retroviren** (HTLV-I) verursacht wird. Französische WissenschaftlerInnen vertraten allerdings die These, dass *Lentiviren** (LAV) die Immunschwächekrankheit verursachen. Dies löste eine wissenschaftliche Debatte aus, die sich über ein Jahrzehnt erstreckte. Somit war die AIDS-Forschung Anfang der achtziger Jahre von finanziellen Engpässen und wissenschaftlichem Konkurrenzkampf geprägt (vgl. Garrett 1996, 442-445; 557ff).

Zu diesem Zeitpunkt gab es viele verschiedene Thesen zur Ursache von AIDS. Eine der ersten und aufsehenerregendsten Thesen besagte, dass es sich bei der „neuen“ Krankheit um Syphilis handle. Die Erkrankung ist demzufolge auf die schnelllebigen sexuellen Praktiken in der Homosexuellenszene zurückzuführen. Überdies wurde vermutet, dass AIDS durch das afrikanische Schweinefieber verursacht werde. Eine weitere These basierte gar auf der Annahme der nordkoreanischen Regierung, dass AIDS in südkoreanischen Laboren entwickelt werde, um die nordkoreanische Bevölkerung zu vernichten (vgl. Coulter 1987, In: Garrett 1996, 447; Teas 1983, In: Garrett 1996, 448; Garrett 1996, 529).

Mitte der achtziger Jahre wurde die These verbreitet, dass HIV absichtlich von der US-amerikanischen Armee als Mittel der biologischen Kriegsführung entwickelt wurde. Diese Ursprungsthese war im Rahmen des Kalten Krieges von besonderer Bedeutung. Auf einem Gipfeltreffen der Blockfreien Staaten wurde ein Bericht der sowjetischen Akademie für medizinische Wissenschaften verteilt, der diese These untermauerte. Dies erregte besonders in den Entwicklungsländern große Aufmerksamkeit. Allerdings waren solche Formen des Klonens zu dem Zeitpunkt technisch noch nicht möglich.

Hooper vertritt die These, dass das Virus mittels Impfungen gegen Polio, die aus Nierenzellen von afrikanischen Grünen Meerkatzen gewonnen wurden, auf den Menschen übertragen wurde. Doch nach sorgfältigen Untersuchungen wurde festgestellt, dass das Virus nicht in den Polio-Impfstoffen enthalten war. Das

Auftauchen des Virus⁷ in menschlichen Organismen lässt sich bis zum Jahr 1930, also zeitlich vor den Polio Impfstoffversuchen, die 1950 stattfanden, zurückverfolgen.

Im Jahr 1984 gab es aufgrund von Untersuchungen des Projektes SIDA⁵ in Zaire Hinweise darauf, dass der Krankheitsverlauf einen asymptomatischen Teil beinhaltet. Im selben Jahr gaben WissenschaftlerInnen die Entdeckung des AIDS verursachenden Virus⁷, den sie HTLV-III nannten, bekannt. Kurz darauf wurden die Virus Spezies HTLV-III und LAV in HIV (Human Immunodeficiency Virus) umbenannt, da sich herausstellte, dass es sich um dieselbe Virus-Spezies handelt. Daraufhin wurde optimistisch prognostiziert, dass innerhalb der nächsten zwei bis fünf Jahre ein Impfstoff und Behandlungsmöglichkeiten entwickelt werden könnten.

Erst in späteren Untersuchungen im Jahre 1986 entdeckte man HIV-2, eine weitere Spezies des AIDS verursachenden Virus⁷, das im Gegensatz zu dem bereits entdeckten HIV-1 vorwiegend in Afrika vorkommt. Die Übertragungswege von HIV-2 gleichen denen von HIV-1 und es führt ebenso zu der Krankheit AIDS (vgl. Garrett 1996, 484; 461ff; Hofmeier / Mehler 2005, 132; Silva Saavedra 1996, 148).

Es wird davon ausgegangen, dass sich HIV-2 aus dem Affenvirus SIV von Makakenaffen herausbildete und anschließend auf Menschen übertragen wurde (Zoonose). Forschungen aus dem Jahre 1993 besagen, dass sich dieses Affenvirus (SIV) bis ins Jahr 1896 zurückverfolgen lässt. Allerdings wurde 1989 bei einer ghanaischen Frau ein HI-Virus 2 entdeckt, das evolutionär älter ist als das bekannte SIV bei Affen. Demzufolge wäre es wiederum doch möglich, dass alle Subtypen des HIV-2 vom Menschen abstammen. Aufgrund der Ähnlichkeit des Virusaufbaus und der Übertragungswege von SIV und HIV sowie der geographischen Koinzidenz zwischen SIV und HIV gehen viele Fachleute heutzutage dennoch davon aus, dass der HI-Virus (1 und 2) durch Zoonose entstanden ist. Wie bereits erwähnt, stammt HIV-2 ursprünglich von Makakenaffen ab, während HIV-1 sich SIV von Schimpansen in West und Zentralafrika herausgebildet hat (vgl. Garrett 1996, 519ff; 526ff; WHO 2000(b); Fleischer / Ochel 2005, 16f).

Ende der achtziger Jahre wurde festgestellt, dass verschiedene HIV-1 Subtypen existieren, die sich in geographischen Gebieten konzentrieren. Da die Variation der Subtypen 1992 untereinander durchgängig 30% betrug und die jährliche Mutationsrate der Viren 1% ausmachte, ging man davon aus, dass die Subtypen ca. 1962 einen gemeinsamen Ursprung hatten (vgl. Garrett 1996, 522f).

Aufgrund der bekannt gewordenen afrikanischen Fälle vertrat der französische Wissenschaftler Liebowitch bereits 1982 die Hypothese, dass AIDS eine

⁵ SIDA (Syndrome d'Immunodéficience Acquisée) ist die französische Abkürzung für AIDS.

Viruskrankheit afrikanischen Ursprungs sei. Diese Annahme wurde damit untermauert, dass auch der Ursprung des Menschen in Afrika liege und es daher nicht verwunderlich sei, viele alte Viren an diesem Ort zu finden (vgl. Garrett 1996, 443).

Diese These des afrikanischen Ursprungs hinderte beispielsweise die sambische Regierung daran, Berichte über das AIDS-Vorkommen in Sambia zu veröffentlichen, da sie Beeinträchtigungen in wirtschaftlichen Bereichen, insbesondere des Tourismus´ befürchteten. Die Offenheit der zairischen Regierung hinsichtlich der Aidsfälle im Land führte beispielsweise dazu, dass über ein Jahrzehnt lang international angenommen wurde, der Ursprung der AIDS-Pandemie sei in Zaire zu finden.

Geforscht wurde hauptsächlich von europäischen und US-amerikanischen WissenschaftlerInnen unter denen es, wie bereits angedeutet, häufig zu Differenzen kam. Dies trug unter anderem dazu bei, dass es schwierig war, das Wesen der afrikanischen Epidemien zu verstehen.

Zu dieser Zeit war aufgrund der Schuldzuweisungen zwischen afrikanischen und euro-amerikanischen WissenschaftlerInnen eine unpolitische, rein wissenschaftliche Diskussion über die Ursprünge des Virus´ nicht möglich. Ende der achtziger Jahre vertraten einige von ihnen die Meinung, dass man sich weniger mit dem Ursprung, sondern lieber mit dem aktuellen und zukünftigen Verlauf der AIDS-Pandemie beschäftigen sollte. Ein Großteil der Forscher betonte jedoch weiterhin, dass es wichtig sei, die Ursprünge der Epidemien zu verstehen, um solch große Epidemien zukünftig zu verhindern (vgl. Garrett 1996, 478-501).

Mitte der neunziger Jahre konnte kein Zeitpunkt oder Ort des Ursprungs von HIV genannt werden, obwohl sich auf mindestens vier Kontinenten einige der bedeutendsten WissenschaftlerInnen der zeitgenössischen Biomedizin damit beschäftigten. Heutzutage wird jedoch, trotz aller Kontroversen, davon ausgegangen, dass das HIV-1 und 2 Virus von Affen auf den Menschen übertragen wurde (vgl. ebd., 537; Rubbert 2002; WHO 2001).

Im Jahr 1985 fand die erste internationale AIDS-Konferenz in Bangui (Zentralafrikanische Republik) statt, auf der die Ausbreitung der Krankheit bereits als Pandemie bezeichnet wurde. Die Konferenz fokussierte die Notlage Afrikas. Die Daten, auf denen die damals erschreckenden Annahmen hinsichtlich des AIDS-Vorkommens in Afrika basierten, stellten sich später als falsch heraus. Seitens des Westens gab es gegenüber den afrikanischen Regierungen allerdings nie eine formelle Entschuldigung für die falschen Annahmen.

Dennoch ist nicht zu leugnen, dass sich bereits zu diesem Zeitpunkt in einigen afrikanischen Ländern eine ernsthafte Epidemie ausbreitete. Kaum jemand schien sich zu dem Zeitpunkt vorstellen zu können, dass „*AIDS an Bedeutung je das Ausmaß von Hunger und Dürre, der Malaria-Epidemie der Region oder der allgemeinen wirtschaftlichen Nöte annehmen könnte*“ (vgl. Garrett 1996, 491ff; 496). Die menschlichen Faktoren, welche die Ausbreitung der Pandemie begünstigen, konnten zwar benannt werden, doch da kaum Veränderung stattfand, konnte sich das Virus rasch weiter verbreiten. Die Pandemie hat sich mit einer unerwarteten Dynamik und Geschwindigkeit ausgeweitet (vgl. ebd., 537f; Hirschmann 2003, 20). Mittlerweile haben sich in über 200 Ländern der Erde ca. 33,2 Millionen Menschen mit HIV infiziert (vgl. WHO / UNAIDS 2001, In: Hirschmann 2003, 20; UNAIDS/WHO 2007(a), 7).

3. Aktuelle Lage der HIV/AIDS-Epidemien in Sub-Sahara Afrika

In diesem Kapitel wird überblicksartig die aktuelle Lage der Epidemien in Sub-Sahara Afrika dargestellt. Nachdem Probleme der Datenerfassung dargestellt wurden, werden aktuelle Zahlen und Trends der Epidemien in den Regionen Südliches Afrika, Ostafrika sowie West- und Zentralafrika dargestellt. Hierzu werden jeweils Länderbeispiele gegeben. Im Anschluss daran werden einige Charakteristika der Epidemien in Sub-Sahara Afrika herausgearbeitet. Dies geschieht in dem Bewusstsein, dass die folgenden HIV/AIDS-Daten Schätzungen und keine exakten Zählungen von Infektionen widerspiegeln.

3.1 Datenerfassung

Für die globale Erfassung der Daten hinsichtlich HIV/AIDS sind UNAIDS und WHO in Zusammenarbeit mit internationalen Datenerfassungsunternehmen zuständig. In Ländern, die eine *generalisierte Epidemie** zu verzeichnen haben, wird die nationale HIV-Prävalenz⁶ von UNAIDS mit Hilfe einer Software (Estimating and Projection Package (EPP)) berechnet. Dies basiert gemeinhin auf Untersuchungen von schwangeren Frauen in Vorsorgekliniken. Die berechnete HIV-Prävalenz bildet wiederum die Grundlage für die Hochrechnungen von *Inzidenz**⁷ - und Mortalitätsraten⁸, die mit Hilfe eines weiteren Programms (Spectrum software program) erstellt werden. Die berechneten Daten geben somit weder direkten Aufschluss über die Prävalenz unter Männern, noch über Frauen unter oder über dem gebärfähigen Alter. Basierend auf diesen Daten werden lediglich Näherungswerte für die Gesamtbevölkerung errechnet.

Daten zur HIV-Prävalenz unter Männern und Frauen verschiedener Altersgruppen werden in einigen Ländern zusätzlich durch Haushaltsumfragen erhoben. Die dadurch gewonnenen Daten werden ebenfalls als Näherungswerte für die Prävalenz der Gesamtbevölkerung genutzt. Diese Untersuchungen in Haushalten können allerdings ebenso zu Ungenauigkeiten führen, wenn beispielsweise ein bedeutender Teil der Befragten die Teilnahme verweigert.

Statistiken über AIDS-Todesfälle sind gleichermaßen vorsichtig zu bewerten, da aidsbedingte Todesfälle vielfach nicht als solche registriert werden.⁹

⁶ Prävalenz beschreibt den prozentualen Anteil der HIV-infizierten Menschen in der Gesamtbevölkerung

⁷ Inzidenz beschreibt den prozentualen Anteil der Neuinfektionen in der Gesamtbevölkerung

⁸ Mortalitätsrate bezeichnet die Anzahl der Menschen, die an AIDS sterben

⁹ Bei aidsbedingten Todesfällen, werden vielfach opportunistischen Krankheiten, wie Tuberkulose, als Todesursache angegeben. Zudem wird vermutet, dass insbesondere in ländlichen Gebieten, aidsbedingte Todesfälle oftmals nicht in die Statistiken aufgenommen werden können. Die erkrankten Menschen können

Bei den folgenden Ausführungen ist demnach zu bedenken, dass es sich bei der Datenerfassung gemeinhin nicht um exakte Zählungen von Infektionen, sondern um Hochrechnungen handelt, die teilweise auf der Basis von unsicheren Daten errechnet werden. Zudem sollte bedacht werden, dass die Daten je nach Datenerfassungsmethoden äußerst stark variieren können (vgl. Weinreich / Benn 2005, 19f; UNAIDS(2), www.unaids.org; UNAIDS/WHO 2005, 23; UNAIDS 2006, 9ff).

Dies wird bei der Betrachtung der in diesem Kapitel verwendeten, AIDS Statusberichte von UNAIDS aus den Jahren 2006 und 2007 besonders deutlich. Durch eine Überarbeitung der Datenerhebungs- und Analysemethoden haben sich in beiden Berichten deutliche Unterschiede in den veröffentlichten Prävalenz-, Inzidenz- und Mortalitätsraten ergeben.

REGION	HIV- INFEKTIONEN		PRÄVALENZ (ERWACHSENE)		INZIDENZ		AIDS- TODESFÄLLE	
	2006	2007	2006	2007	2006	2007	2006	2007
Jahr	2006	2007	2006	2007	2006	2007	2006	2007
Global	39,5 Mio.	33,2 Mio.	1,0%	0,8%	4,3 Mio.	2,5 Mio.	2,9 Mio.	2,1 Mio.
Sub- Sahara Afrika	24,7 Mio.	22,5 Mio.	5,9%	5,0%	2,8 Mio.	1,7 Mio.	2,1 Mio.	1,6 Mio.

Tabelle 1: HIV/AIDS-Daten 2006 & 2007 / Global und Sub-Sahara Afrika

(Quelle 1 UNAIDS/WHO 2006, S.2f; UNAIDS/WHO2007, S.7)

Wie die Tabelle 1 zeigt, werden im Jahr 2007 weltweit lediglich 33,2 Millionen anstatt 39,5 Millionen HIV-infizierte Menschen im Jahr 2006 bestimmt. Diese Differenz ist nicht auf einen Rückgang der Pandemie, sondern auf folgende methodische Modifizierungen zurückzuführen: Zunächst wurden Untersuchungen in Haushalten deutlich ausgeweitet, so dass präzisere Daten als zuvor erhoben werden konnten. Diese weisen gemeinhin auf niedrigere HIV-Prävalenzraten hin, als die auf Untersuchungen von schwangeren Frauen in Vorsorgekliniken basierenden Hochrechnungen. Die Ausweitung der Untersuchungen in Haushalten macht sich insbesondere in Indien und in Teilen von Sub-Sahara Afrika bemerkbar. Diese Haushaltsumfragen ergaben im Durchschnitt eine Prävalenzrate, die ca. 80% der errechneten Prävalenzrate durch Untersuchungen von schwangeren Frauen in

teilweise keine öffentlichen Gesundheitseinrichtungen aufsuchen, die die Erkrankung und den darauf folgenden Tod erfassen könnten. Zudem wird aus Angst vor Stigmatisierung oftmals versucht, AIDS als Todesursache zu verheimlichen. Des Weiteren wird in traditionellen Kontexten von den Betroffenen und deren Familie häufig nicht AIDS, sondern der Einfluss höherer Mächte, als Todesursache wahrgenommen (Anm. d. Verf.).

Vorsorgeklinken beträgt. Daher wurden die Prävalenzraten der Länder, die derartige Untersuchungen nicht durchgeführt haben und ihre Daten lediglich aus Untersuchungen von schwangeren Frauen in Vorsorgeklinken gewinnen, im Durchschnitt um das 0,8-fache angeglichen. Daraus ergibt sich in einigen Ländern eine deutlich geringere Prävalenzrate.

Überdies wird mittlerweile angenommen, dass die durchschnittliche Überlebensdauer HIV-infizierter Menschen, die keine antiretrovirale Behandlung erhalten, 11 Jahre beträgt, im Gegensatz zu den zuvor geschätzten neun Jahren.

Hieraus ergeben sich im Falle einer gleich bleibenden Prävalenz deutlich geringere Inzidenz- und Mortalitätsraten. Aufgrund dessen sind die Schätzungen der Prävalenz-, Inzidenz- und Mortalitätsraten in dem aktuellen UNAIDS AIDS Status Bericht von 2007 teilweise deutlich geringer als in den zuvor veröffentlichten Berichten. Um aktuelle Daten aus dem Jahr 2007 mit den Daten aus den vorherigen Jahren vergleichen zu können, müssten die Daten aus den vorherigen Jahren ebenso entsprechend modifiziert werden (UNAIDS/WHO2007(a), 9-12; UNAIDS/WHO2007(b)).

3.2 Aktuelle Zahlen und Fakten

HIV/AIDS hat sich mittlerweile über alle Regionen der Welt ausgebreitet. Allerdings gibt es unter den betroffenen Ländern der Erde große Unterschiede bzgl. der Dynamik und des Ausmaßes der Epidemie sowie hinsichtlich der Art der Übertragungs- und Verbreitungswege.

Seit Beginn der HIV/AIDS-Pandemie im Jahr 1981 ist die Anzahl an HIV-infizierten Menschen weltweit kontinuierlich angestiegen (vgl. Anhang A 1). Seitdem haben sich ca. 65 Millionen Menschen mit dem HI-Virus infiziert und es sind mehr als 25 Millionen Menschen an AIDS gestorben (vgl. Nuscheler 2005, 158; Hirschmann 2003, 20; Weinreich / Benn 2005, 20; UNAIDS/WHO 2005, 2; UNAIDS 2006, 4).

Tabelle 1 zeigt, dass im Jahr 2007 insgesamt 33,2 Millionen Menschen weltweit mit dem Virus lebten, sich 2,5 Millionen Menschen neu mit HIV infizierten und 2,1 Millionen Menschen an AIDS starben.

Ein Großteil (95%) der HIV infizierten Menschen lebt in den Entwicklungsländern, wobei Afrika der von der Pandemie am weitest schwersten betroffene Kontinent ist (vgl. Nuscheler 2005, 158). Die höchste Prävalenz wird in der Region Sub-Sahara Afrika verzeichnet. Im Jahr 2007 lebten 22,5 Millionen Menschen mit HIV in Afrika südlich der Sahara, 1,7 Millionen infizierten sich neu mit HIV und 1,6 Millionen

Menschen starben dort an AIDS.¹⁰ Im subsaharischen Afrika leben demzufolge mehr als 60% aller HIV-Infizierten weltweit, während die Region nur ca.10% der Weltbevölkerung ausmacht (vgl. UNAIDS/WHO 2005, 20).

Im Jahr 2007 infizierten sich in Sub-Sahara Afrika mehr Menschen neu, als in allen anderen Regionen der Welt insgesamt. 76% aller aidsbedingten Todesfälle im Jahr 2007 traten in Afrika südlich der Sahara auf. Im Jahr 2007 betrug die Prävalenzrate unter Erwachsenen im subsaharischen Afrika 5%. Demnach wird hier von einer generalisierten Epidemie gesprochen, da mehr als 1% der allgemeinen Bevölkerung infiziert ist. Gemäß Hirschmann ist die Situation weltweit nirgendwo so gravierend wie im subsaharischen Afrika. Hier liegen die Inzidenz- und Prävalenzraten so hoch wie in keiner anderen Region der Welt; an keinem anderen Ort sterben so viele Menschen an AIDS, gibt es so viele Waisen und so wenig Aussicht auf Veränderung (vgl. Hirschmann 2003, 21) (vgl. Anhang A 2).

Im Rahmen dieser Arbeit ist es nicht möglich detailliert auf die aktuelle Lage in allen Ländern des subsaharischen Afrika im Einzelnen einzugehen. Daher werden im Folgenden regionale Trends in Sub-Sahara Afrika beschrieben und lediglich exemplarisch Länderbeispiele gegeben. Diese Betrachtungsweise soll jedoch nicht implizieren, dass es eine einheitliche afrikanische Epidemie gäbe. Wie folgende Karte (Abbildung 1) zeigt, existieren auf dem afrikanischen Kontinent große Unterschiede im Ausmaß der Epidemien.

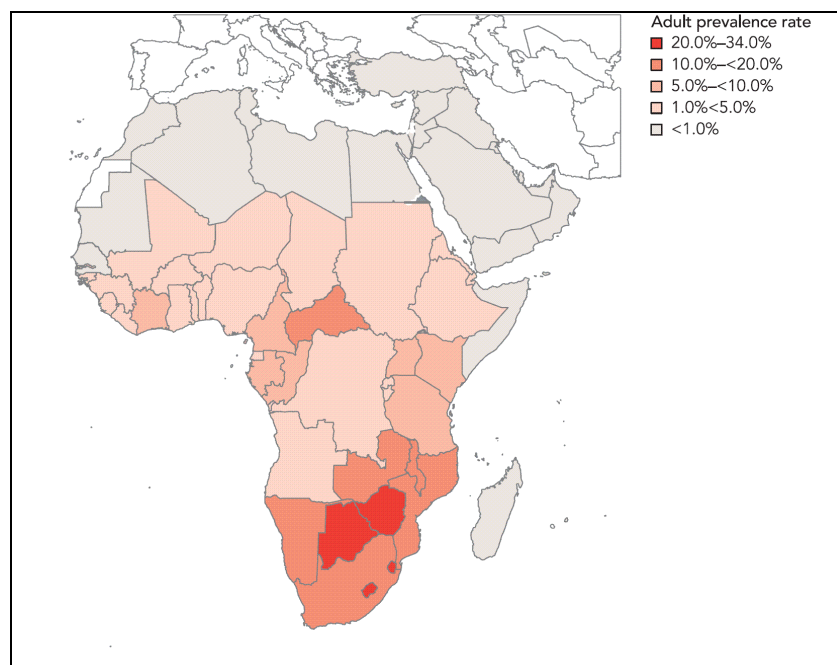


Abbildung 1 Prävalenzraten in Sub-Sahara Afrika

(Quelle 2 UNAIDS 2006, S.14)

¹⁰ Zum Vergleich: Im Jahr 2007 lebten in Europa 760 000 Menschen mit HIV, 31 000 infizierten sich neu mit HIV und 12 000 Menschen starben an AIDS (vgl. UNAIDS/WHO2007(a), 7).

Die HIV-Prävalenzraten variieren stark zwischen und innerhalb der Regionen und ebenso zwischen und innerhalb der Länder in der Region Sub-Sahara Afrika (vgl. Anhang A 3 sowie Anhang A 4).

Südliches Afrika¹¹

Die höchsten Prävalenzraten in Sub-Sahara Afrika findet sind im südlichen Teil des Kontinents zu verzeichnen, während in Ost-, West- und Zentralafrika die Prävalenz geringer ist. Im südlichen Afrika sind 35% der HIV-infizierten und 32% der neu infizierten Menschen sowie 32% der aidsbedingten Todesfälle weltweit zu finden (vgl. UNAIDS/WHO 2007(a), 15).

Wie Abbildung 1 zeigt, verzeichnen Swasiland, Botswana, Lesotho und Simbabwe im Jahr 2005 die höchsten Prävalenzraten im südlichen Afrika. In Swasiland waren im Jahr 2007 26% der Erwachsenen zwischen 15 und 49 Jahren mit dem HI-Virus infiziert (vgl. UNAIDS 2006, 14; UNAIDS/WHO 2007(a), 16). Die Epidemie in Swasiland ist demnach die stärkste weltweit, wohingegen Südafrika, bezogen auf die absoluten Zahlen, die größte Epidemie zu verzeichnen hat. Die Anzahl der Todesfälle erhöhte sich in Südafrika in den letzten Jahren derart drastisch, dass die durchschnittliche Lebenserwartung in drei Provinzen von ca. 60 Jahren auf weniger als 50 Jahre sank (vgl. WHO 2004, 6; UNAIDS/WHO 2006, 6).

Neben Swasiland war die Epidemie in Botswana mit einer Prävalenzrate von ca. 24% im Jahr 2005 eine der stärksten weltweit. Im Jahr 2007 ist jedoch eine rückläufige Tendenz in der Prävalenz unter schwangeren Frauen in Vorsorgekliniken zu verzeichnen (vgl. UNAIDS/WHO 2007(a), 16; UNAIDS 2006, 18).

In Lesotho scheint die Epidemie relativ stabil, jedoch mit einer nationalen Prävalenzrate von 23% im Jahr 2005 auf einem sehr hohen Niveau zu sein (vgl. UNAIDS 2006, 18).

In Simbabwe ist ein deutlicher Rückgang der nationalen HIV-Prävalenz sichtbar. Simbabwe verzeichnete einst die höchste Prävalenzrate weltweit, 2007 berichtete UNAIDS jedoch von einem signifikanten Rückgang der Prävalenz unter schwangeren Frauen. Laut des UNAIDS Berichts soll dies nicht ausschließlich auf einer natürlichen Entwicklung beruhen, die zu einer erhöhten Mortalitäts- und einer sinkenden Inzidenzrate führt. Diese Entwicklung ist ebenso Ergebnis eines erhöhten Risikobewusstseins und daraus resultierenden Verhaltensänderungen der Be-

¹¹ Die folgenden Zahlen und Fakten basieren auf Daten, die in den Jahren 2005, 2006 und 2007 erhoben wurden. Es wurden überwiegend die aktuellsten Daten aus dem UNAIDS „Epidemic Update 2007“ verwendet. Teilweise sind Daten jedoch lediglich in dem ausführlicheren „Report on the Global AIDS Epidemic“ von UNAIDS verfügbar, der das letzte Mal im Jahr 2006 erschienen ist und sich auf Daten aus dem Jahr 2005 bezieht. Für inhaltliche Ergänzungen wurden zudem die UNAIDS „Epidemic Updates“ 2006 und 2005, sowie der WHO „Global Health Report 2004“ herangezogen. Wie bereits zu Beginn des Kapitels erwähnt, können die aktuellen Daten aus dem UNAIDS „Epidemic Update 2007“ aufgrund der veränderten Datenerhebungs- und Auswertungsmethoden jedoch nicht mit den Daten aus den vorherigen Jahren verglichen werden.

völkerung. Mit einer Prävalenzrate von 18% unter schwangeren Frauen im Jahr 2006 ist Simbabwe dennoch schwer betroffen (vgl. UNAIDS/WHO 2007(a), 16).

Alle Länder im südlichen Afrika weisen eine Prävalenzrate von über 10% auf. Eine Ausnahme stellt hierbei Angola dar, welches im Jahr 2007 eine HIV-Prävalenzrate unter Erwachsenen von 2,5% verzeichnet. Allerdings gibt es dort erhebliche Unterschiede zwischen den verschiedenen Provinzen, die möglicherweise mit dem jahrzehntelangen Bürgerkrieg zusammenhängen (vgl. Weinreich / Benn 2005, 26; UNAIDS/WHO 2007(a), 16; UNAIDS/WHO 2006, 16).

Auf den Inselstaaten an der Südküste Afrikas sind die Epidemien ebenfalls deutlich schwächer ausgeprägt. Madagaskar beispielsweise weist eine Prävalenzrate von 0,2% auf (vgl. UNAIDS/WHO 2007(a), 17).

Ostafrika

In Ostafrika sind die Prävalenzraten niedriger als im südlichen Afrika. Dort wird in den meisten Ländern von einem Trend der Stabilisierung oder des Rückgangs berichtet (Kenia, Tansania, Ruanda), wobei in einigen Ländern (z.B. Uganda) auf lokaler Ebene scheinbar entgegengesetzte Tendenzen sichtbar werden. In Uganda wurde 2006 von einem Anstieg der HIV-Infektionen in ländlichen Gebieten berichtet. Demnach deuten die Daten aus dem Jahr 2006 auf einen möglichen Rückgang der Fortschritte hin, die Uganda in den neunziger Jahren bei der Bewältigung der HIV/AIDS-Epidemie machte. Im AIDS Epidemic Update 2007 wird zudem von einem erhöhten sexuellen Risikoverhalten der Menschen berichtet. In urbanen Gegenden weist die Prävalenz unter schwangeren Frauen in Vorsorgekliniken hingegen eine rückläufige Tendenz auf (vgl. UNAIDS/WHO 2007(a), 17f; UNAIDS/WHO 2006, 19f).

West- und Zentralafrika

In West- und Zentralafrika handelt es sich um vergleichsweise schwach ausgeprägte Epidemien, die besonders in Mali, der Elfenbeinküste und in den urbanen Gebieten von Burkina Faso auf eine rückläufige Tendenz hindeuten. Die HIV-Prävalenz ist insbesondere in Westafrika weitaus weniger ausgeprägt als in anderen Regionen Afrikas südlich der Sahara.

Die höchste HIV-Prävalenz in Westafrika verzeichnet die Elfenbeinküste. Die Epidemie in der Elfenbeinküste ist jedoch laut neuesten Untersuchungen mit einer Prävalenzrate von 4,7% als weitaus geringer einzuschätzen, als noch im Jahr 2006 angenommen wurde. Damals ging man aufgrund von unzureichender Datenlage von einer nationalen Prävalenzrate von 7,1% aus. Zudem wird 2007 von einem

Rückgang der Prävalenzrate unter schwangeren Frauen in Vorsorgekliniken in urbanen Gebieten berichtet.

In Nigeria ist die nationale Prävalenzrate mit 3,9% im Jahr 2005 deutlich geringer, als in vielen anderen Ländern Afrikas südlich der Sahara. Dennoch steht Nigeria aufgrund seiner hohen Bevölkerungsdichte im internationalen Vergleich an dritter Stelle hinsichtlich der absoluten Anzahl HIV-infizierter Menschen im Land. Lediglich in Südafrika und Indien leben mehr Menschen mit dem HI-Virus.

Senegal weist eine vergleichsweise geringe Prävalenzrate auf. Hier liegt die nationale HIV-Prävalenz unter Erwachsenen bei unter 1%. Allerdings wird hier auf starke Unterschiede zwischen den verschiedenen Bevölkerungsgruppen hingewiesen. So ist das Virus unter CSW* (Commercial Sex Worker) sehr verbreitet und es besteht die Gefahr, dass sich HIV von dem Bereich der CSW auf die allgemeine Bevölkerung ausdehnt (vgl. UNAIDS/WHO 2006, 23f; UNAIDS 2006, 22; 506; UNAIDS/WHO2007(a), 18ff; Auswärtiges Amt, www.auswaertiges-amt.de).

In den meisten Ländern Zentralafrikas erschwert eine unvollständige Datenlage die Möglichkeit, signifikante Aussagen zu treffen. Es ist lediglich deutlich zu erkennen, dass Kamerun (Prävalenz 2005: 5,4%) und die Republik Zentralafrika (Prävalenz 2005: 10,7%) am stärksten von der Epidemie betroffen sind. Obwohl es bereits erwähnt wurde, sollte nochmals explizit darauf hingewiesen werden, dass es in Bezug auf die nationale Prävalenzrate teilweise deutliche lokale Abweichungen oder drastische Unterscheide zwischen verschiedenen Bevölkerungsgruppen gibt (vgl. UNAIDS/WHO 2006, 26; UNAIDS 2006, 506; UNAIDS/WHO 2005, 20).

3.3 Charakteristika der Epidemien

Signifikant für die Epidemien im subsaharischen Afrika ist im Allgemeinen die anteilmäßig hohe Anzahl an HIV-infizierten Frauen. Global stellen Männer durchschnittlich den größeren Anteil der Infizierten dar. Lediglich im subsaharischen Afrika sind mehr Frauen als Männer infiziert (61%) und zudem vielfach diejenigen, welche die HIV-infizierten Menschen betreuen (Vgl. Anhang A 5). Demzufolge leben ungefähr drei viertel aller HIV-infizierten Frauen weltweit im subsaharischen Afrika (vgl. UNAIDS/WHO2007(a), 8; UNAIDS/WHO 2006, 11; UNAIDS 2006, 15).

In Sub-Sahara Afrika handelt es sich, wie bereits anfangs erwähnt, um generalisierte Epidemien. Demnach sind die HIV-Infektionen nicht auf bestimmte Bevölkerungsgruppen beschränkt, sondern mehr als 1% der allgemeinen Bevölkerung ist mit dem HI-Virus infiziert. Faktoren, wie beispielsweise Armut, ungleiche Gender-Verhältnisse oder kriegersche Konflikte, machen die Menschen oder bestimmte Bevölkerungsgruppen besonders vulnerabel für eine HIV-Infektion.

Zudem gibt es Bevölkerungsgruppen, wie beispielsweise Commercial Sex Worker (CSW), die aufgrund ihrer Lebensweise einem erhöhten HIV-Infektionsrisiko ausgesetzt sind. Dennoch scheinen im subsaharischen Afrika soziale, kulturelle und ökonomische Faktoren für die HIV Prävalenzen von größerer Bedeutung zu sein, als bestimmte Risikogruppen, wie beispielsweise CSW, *Männer, die sexuell mit Männern verkehren** oder Menschen, die Drogen injizieren (vgl. UNAIDS 2006).

Übertragungswege

Die Übertragungswege des HI-Virus unterscheiden sich deutlich von denen in den Industrieländern (vgl. Anhang A 6). Wie bereits in Kapitel 2 erwähnt, wird das HI-Virus in Afrika südlich der Sahara hauptsächlich durch heterosexuellen Geschlechtsverkehr übertragen (87%). Die Mutter-Kind-Übertragung stellt mit 10% den zweit häufigsten Übertragungsweg dar. Weniger bedeutend scheinen laut der aktuellen Datenlage eine Übertragung durch Bluttransfusionen (2%), intravenösen Drogenkonsum (1%) oder homosexuellen Geschlechtsverkehr (0%) zu sein (vgl. Weinreich / Benn 2002, 10).

Auswirkungen

Die Auswirkungen der HIV/AIDS-Epidemien im subsaharischen Afrika sind bereits verheerend. Innerhalb von zehn Jahren (1989-1999) wurden die traditionellen Todesursachen in Ländern dieser Region, wie Malaria, Tuberkulose, Pneumonie und Durchfallerkrankungen von AIDS als führende Todesursache abgelöst. Daraufhin hat sich die durchschnittliche Lebenserwartung in einigen Ländern um 15-20 Jahre verkürzt. Die Lebenserwartung konnte hier zwar Ende der achtziger Jahre auf 49.2 Jahre gesteigert werden, doch aufgrund der HIV/AIDS-Epidemien wurden diese Fortschritte zu Nichte gemacht. In Botswana beispielsweise, sank die Lebenserwartung von nahezu 65 Jahren in den Jahren 1985-1990 auf 40 Jahre in den Jahren 2000-2005. Laut Schätzungen der WHO läge die Lebenserwartung im südlichen Afrika ohne das Einwirken der HIV/AIDS-Epidemien bei 56 Jahre anstatt der aktuellen 43 Jahre (vgl. Anhang A 7).

Laut Hirschmann wird sich in den nächsten Jahren die Einwohnerzahl in einigen Ländern Afrikas südlich der Sahara derart rapide und drastisch reduzieren, dass ihr Fortbestand bedroht ist. Auch von den makroökonomischen und sozialen Folgen der HIV/AIDS-Epidemien sind die Länder Afrikas südlich der Sahara in besonderem Maße betroffen, da die Todesraten unter den Menschen im wirtschaftlich produktiven Alter besonders hoch sind. Untersuchungen der Weltbank besagen,

dass das Wirtschaftswachstum in diesen Ländern jährlich um zwei bis vier Prozent zurückging.

Viele Menschen, die sich in den letzten Jahren mit HIV infiziert haben, werden erst in naher Zukunft erkranken und sterben. Daher werden die bedrohlichen Konsequenzen der Epidemien erst im Laufe dieses Jahrzehnts und darüber hinaus bemerkbar werden. (vgl. WHO 2000(a), 1; WHO 2004, 6; Fleischer / Ochel 2005, 13; Hirschmann 2003, 20-29; Weinreich / Benn 2005, 27f).

Im südlichen Afrika, in Ostafrika, sowie in Teilen von Zentralafrika werden die HIV/AIDS-Epidemien ernsthafte Konsequenzen für die folgende Generation oder auch für darauf folgende Generationen haben. Laut UNAIDS haben sich die Bewältigungsstrategien im letzten Jahrzehnt erheblich weiterentwickelt und verbessert. Dennoch konnten sie bisher die Ausbreitung der Epidemien nicht aufhalten. In gut 25 Jahren konnte sich das Virus von einigen wenigen Ballungszentren in alle Länder der Erde ausbreiten. Wie bereits erwähnt, haben sich seit Beginn der Pandemie ca. 65 Millionen Menschen mit dem HI-Virus infiziert und mehr als 25 Millionen Menschen sind an AIDS gestorben (vgl. UNAIDS 2006, 4; 23; UNAIDS/WHO 2005, 2; 5). Nun stellt sich die Frage, welche Faktoren dazu beigetragen haben, dass sich die Epidemien im subsaharischen Afrika derart rapide ausbreiten konnten. Wie sieht das Umfeld der HIV/AIDS-Epidemien aus, das die Ausbreitung des HI-Virus begünstigt und die Eindämmung derart schwierig zu machen scheint?

4. Systemtheoretischer Ansatz – Eine HIV/AIDS-Epidemie als System

Den HIV/AIDS-Epidemien und deren Umfeld wird sich im Folgenden mit einer systemtheoretischen Herangehensweise genähert. In diesem Kapitel wird basierend auf Niklas Luhmanns Systemtheorie dieser systemtheoretische Ansatz der Arbeit erläutert.

Um einen systemtheoretischen Ansatz verfolgen zu können, ist zunächst eine sozialegpidemiologische Betrachtung von HIV/AIDS-Epidemien von besonderer Bedeutung. Denn im Rahmen dessen wird HIV/AIDS nicht als isoliertes Gesundheitsproblem betrachtet, sondern untersucht, welchen Einfluss soziale Faktoren auf die Erhaltung der Gesundheit, bzw. auf die Entstehung und den Verlauf von Krankheiten haben. Soziale Bedingungen beeinflussen den Gesundheitszustand direkt, als auch indirekt, indem sie den Rahmen für individuelles Verhalten formen. Diese sozialen Faktoren machen Menschen entweder vulnerabel für oder widerstandsfähig gegen eine HIV-Infizierung (vgl. Mielck / Bloomfeld 2001, 9-13).

Diese Faktoren, welche die Ausbreitung des HI-Virus fördern werden in dieser Arbeit einer systemischen Betrachtungsweise unterzogen.

Diese systemische Herangehensweise ist von großer Relevanz, da Interventionsmaßnahmen im Rahmen der Entwicklungszusammenarbeit vielfach von einem Unverständnis für die Schwierigkeit einer kontrollierten Intervention in komplexe *Systeme** zeugen. Herkömmliche *Strategien**, die von einem monokausalen Ursache-Wirkungszusammenhang ausgehen, führen bei einer Intervention in komplexe Systeme vielfach zu nicht intendierten Folgeproblemen, welche die Undurchsichtigkeit und Brisanz der Lage zusätzlich erhöhen. Daher soll in dieser Arbeit ein Bewusstsein für die Schwierigkeiten einer Intervention in komplexe systemische Problemkonstellationen geschaffen werden. Gemäß dem systemischen Ansatz geht es darum, die Grenzen und Unzulänglichkeiten des linearen, parzellierten Denkens zu erkennen und die Besonderheiten komplexer Systemkonstellationen zu verstehen (vgl. Willke 2005, 2-5).

Anlehnend an Luhmanns Systemtheorie wird eine HIV/AIDS-Epidemie in dieser Arbeit als ein System betrachtet, deren systeminternen Prozesse sich auf die physiologischen Aspekte der Krankheit HIV/AIDS konzentrieren. Die biologische Übertragung und Verbreitung der HI-Viren wird als die Operationsweise des Systems erachtet. Das System „HIV/AIDS-Epidemie“ wird, zunächst vereinfacht dargestellt, als *Teilsystem** des Gesundheitssystems verortet. Dies wiederum stellt ein Teilsystem des sozialen Systems „Gesellschaft“ dar.



Abbildung 2 Verortung des Systems „HIV/AIDS-Epidemie“

Die Abbildung 2 verdeutlicht, in welchem systemischen Kontext die HIV/AIDS-Epidemie zu verorten ist. Das soziale System „Gesellschaft“ vereinigt, neben dem Teilsystem „Gesundheit“, ebenso eine Vielzahl weiterer Teilsysteme. Einige dieser Teilsysteme der Gesellschaft bilden die *Umwelt** des Systems „HIV/AIDS-Epidemie“, auf die im Verlauf dieses Kapitels noch näher eingegangen wird. Die Verortung des Systems „HIV/AIDS-Epidemie“ ist insbesondere bei der Betrachtung der Folgen der Epidemie von Bedeutung. Jedes Teilsystem der Gesellschaft übernimmt für die Gesellschaft eine bestimmte Funktion. Folglich kann das System „HIV/AIDS-Epidemie“ auf das Gesundheitssystem sowie das Gesundheitssystem auf das gesamte Gesellschaftssystem einwirken und zu deren Destabilisierung führen. Ein Zusammenbruch oder bereits eine Beeinträchtigung des Gesundheitssystems, hat ebenso Einfluss auf andere Teilsysteme des Gesellschaftssystems wie beispielsweise auf das Bildungssystem (vgl. Willke 2005, 3; Luhmann 1988, Kapitel 1).

Im Folgenden wird nun das System „HIV/AIDS-Epidemie“ in das Zentrum der Betrachtungen gerückt. Im Rahmen dessen werden das System „HIV/AIDS-Epidemie“, die Umwelt des Systems sowie die Beziehung des Systems zu seiner Umwelt, näher betrachtet.

4.1 System

In diesem Abschnitt werden die besonderen Eigenschaften von Systemen behandelt. Systeme sind laut Luhmann *operativ geschlossen** und *autopoietisch**. Systeme produzieren und reproduzieren sich mit Hilfe von Verknüpfung der *Operationen** (*Ereignisse**) aus denen sie bestehen. Das System erzeugt sich selber aus sich selbst heraus. Demzufolge werden systeminterne *Strukturen** ausschließlich durch die selektive Relationierung systemeigener Operationen (Ereignisse) erzeugt (*Selbstorganisation**). Luhmann betont, dass die herausgebildeten Strukturen nicht statisch sind, sondern prozesshaften Charakter haben. Die systemeigenen Operationen setzen wiederum systemeigene Strukturen voraus. Daher spricht man hier von einem zirkulären Prozess.

Weiterhin wird davon ausgegangen, dass dies ebenso für die Operationen eines Systems gilt. Demnach kann ein System systemeigene Operationen nur durch die Verbindung seiner eigenen Operationen erzeugen (Autopoiesis).

Es können weder Strukturen noch Operationen aus der Umwelt importiert werden; das System ist sein eigenes Werk. Autopoietische Systeme sind in ihrem Kernbereich, in ihrer inneren Steuerungsstruktur, geschlossen und von der Umwelt unabhängig. Die Operationsweise des Systems „HIV/AIDS-Epidemie“ stellt, wie bereits erwähnt, die biologische Übertragung des HI-Virus dar. Die beschriebene operative Geschlossenheit wird bei der Frage nach Möglichkeiten von Interventionen und der Steuerung von komplexen Systemen von zentraler Bedeutung sein (vgl. Krause 2001, 25; 197; 208; Luhmann 2004, Kapitel II/4; Willke 1991, 6).

4.2 Umwelt des Systems

Im Folgenden wird die Umwelt des Systems „HIV/AIDS-Epidemie“ erörtert. Wie bereits anfangs in diesem Kapitel erwähnt, wird in dieser Arbeit davon ausgegangen, dass sich die Umwelt des Systems „HIV/AIDS-Epidemie“ aus Teilsystemen des Gesellschaftssystems bildet. Die Teilsysteme der Gesellschaft, sind die in Kapitel 5 aufgeführten Faktoren, welche die Ausbreitung der Epidemien im subsaharischen Afrika begünstigen. Wie auf der folgenden Abbildung dargestellt zählen hierzu Armut, kulturelle Aspekte, Familie, Anomie, politisches System, Rechtssystem und Gesundheitssystem, sowie die dazugehörigen Komponenten dieser Umweltsysteme, wie beispielsweise medizinische Gesundheitsversorgung, Bildung oder Migration.

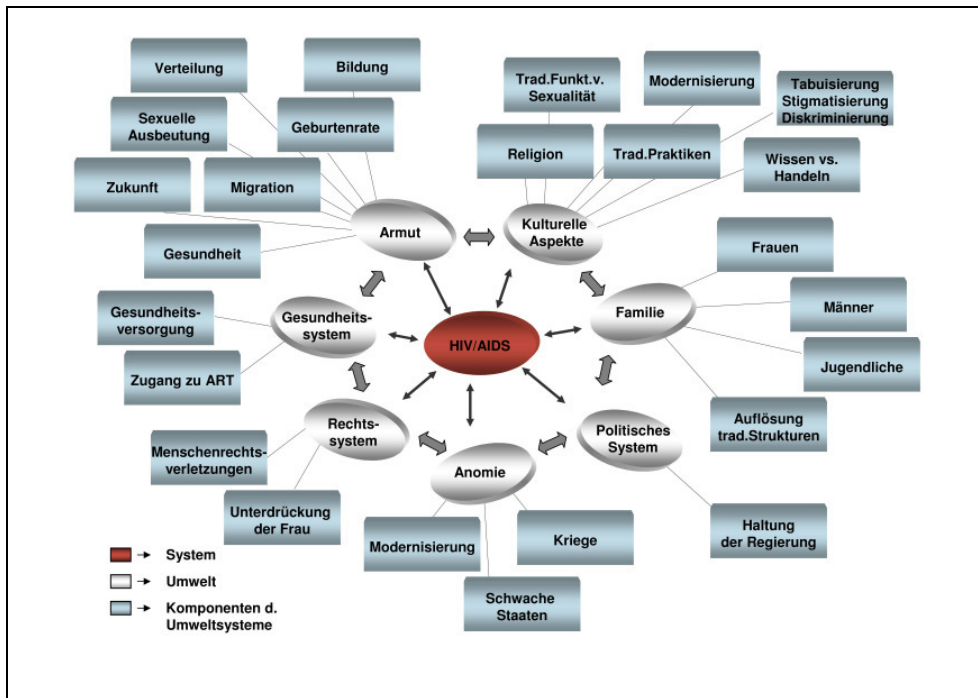


Abbildung 3 System "HIV/AIDS-Epidemie" und seine Umweltsysteme

Die graphische Darstellung des Systems „HIV/AIDS-Epidemie“ und seiner Umweltsysteme ist bereits äußerst komplex (vgl. Abbildung 3). Dennoch handelt es sich hierbei um eine vereinfachte Darstellung der systemischen Konstellation. Um die gegebene Interdependenz der Umweltsysteme in der Grafik adäquat zu berücksichtigen, müssten im Grunde zusätzlich zu den bereits dargestellten wechselseitigen Verbindungen zwischen dem System „HIV/AIDS-Epidemie“ und den Systemen in seiner Umwelt ebenso wechselseitige Verbindungen zwischen sämtlichen Umweltsystemen untereinander dargestellt werden. Dies würde die Überschaubarkeit der ohnehin bereits komplexen Grafik jedoch deutlich beeinträchtigen, daher wurde darauf verzichtet.

Die Systeme, die sich in der Umwelt des Systems „HIV/AIDS-Epidemie“ befinden sowie deren Komponenten werden in Kapitel 5 ausführlich beschrieben und daher an dieser Stelle nicht weiter erörtert. In diesem Kapitel wird zunächst die systemische Betrachtung dieser Faktoren, welche die Ausbreitung des HI-Virus begünstigen fokussiert.

Die Teilsysteme der Gesellschaft bewegen sich jeweils in einer Beziehung zur Umwelt, die aus den restlichen Teilsystemen der Gesellschaft besteht. Das Gesamtsystem Gesellschaft beinhaltet demnach eine Vielzahl an *System-Umwelt-Beziehungen** der Teilsysteme. Je nachdem welches Teilsystem man als Ausgangspunkt der Betrachtungen wählt, werden die restlichen Teilsysteme des Gesamtsystems „Gesellschaft“ zur Umwelt des jeweiligen Teilsystems. Alles ist zugleich zugehörig zu einem System, als auch zu der Umwelt anderer Systeme. Die folgende

Abbildung verdeutlicht dies am Beispiel der beiden Teilsysteme „HIV/AIDS-Epidemie“ und „Gesundheitssystem“.

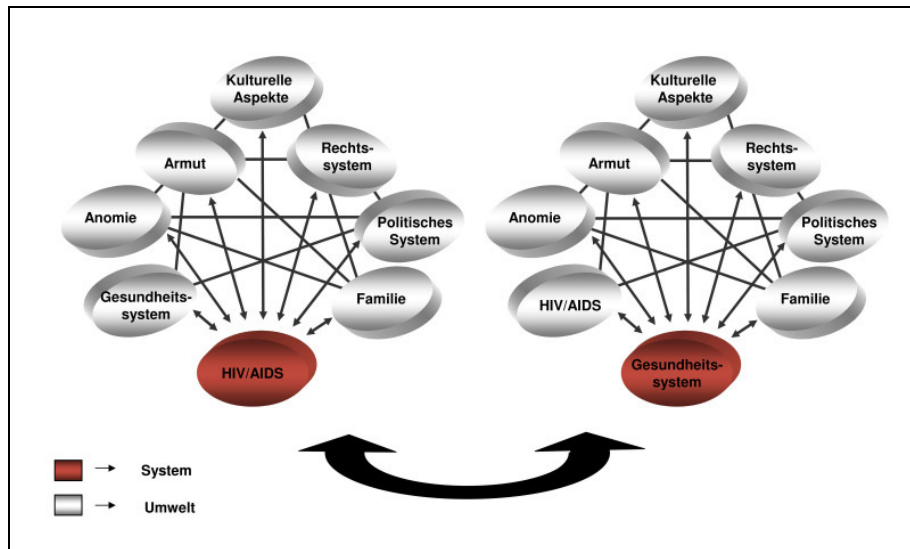


Abbildung 4 Systeme-Umwelten

Bei der ersten System-Umwelt-Konstellation steht das System „HIV/AIDS-Epidemie“ im Zentrum der Betrachtungen. Aus der Perspektive des Systems „HIV/AIDS-Epidemie“ befinden sich die Systeme Armut, kulturelle Aspekte, Rechtssystem, Familie, politisches System, Gesundheitssystem und Anomie in der Umwelt. Betrachtet man diese Konstellation jedoch aus der Perspektive des Gesundheitssystems, wird dies zum Zentrum der Betrachtung und die „HIV/AIDS-Epidemie“ wird zu einem System, das sich in der Umwelt des Gesundheitssystems befindet.

Jede Änderung eines Systems bedeutet zugleich die Änderung der Umwelt anderer Systeme. Beides, System und Umwelt, ist das was es ist, nur in Bezug auf das jeweils andere. Daraus resultiert eine gegenseitige Abhängigkeit der Teilsysteme. Das Gesamtsystem Gesellschaft konstituiert sich aus diesen interdependenten Teilsystemen. Diese differenzierte Betrachtungsweise verdeutlicht, dass das System „HIV/AIDS-Epidemie“ nicht, wie anfangs vereinfacht dargestellt, lediglich ein Teilssystem des Gesundheitssystems darstellt. Vielmehr stellt das Gesundheitssystem ein System unter vielen anderen dar, welches sich in der Umwelt des Systems „HIV/AIDS-Epidemie“ bewegt. Zudem wird ersichtlich, dass die Beziehungen zwischen dem System „HIV/AIDS-Epidemie“ und seinen Umweltsystemen, sowie auch zwischen diesen Systemen in der Umwelt von enormer Interdependenz gekennzeichnet sind.

Um dies weiterführend zu verdeutlichen, werden im Folgenden die Beziehungen zwischen einem System und den Systemen in seiner Umwelt betrachtet (vgl. Luhmann 1988, 36ff; 243f; 249).

4.3 Beziehung zwischen System und Umwelt

Nachdem bereits festgestellt wurde, dass Systeme operativ geschlossen sind, also lediglich systemintern operieren können, stellt sich die Frage, wie Beziehungen zwischen dem System und seiner Umwelt möglich sind.

Systeme haben Grenzen. Jenseits dieser *Systemgrenze** befindet sich die Umwelt. Systemgrenzen haben zu Einem die Funktion, das System von der Umwelt abzugrenzen. Gleichzeitig sollen sie das System mit der Umwelt verbinden. Die Systemgrenze trennt systeminterne Operationen von der Umwelt, lässt jedoch kausale Wirkungen passieren. Folglich sind Systeme operativ geschlossen, gleichzeitig jedoch kognitiv umweltoffen.

Systeme sind strukturell an ihrer Umwelt orientiert und können ohne diese Umwelt nicht bestehen. Sie entstehen und erhalten sich durch die Erzeugung und Erhaltung einer Differenz zur Umwelt. Die operative Geschlossenheit von Systemen bedeutet für die Beziehung zwischen System und Umwelt, dass Operationen bzw. Ereignisse stets nur systemintern stattfinden können. Einen Austausch von Operationen mit der Umwelt gibt es nicht. Die Umwelt an sich ist keine operationsfähige Einheit. Sie konstituiert sich aus einer hohen Komplexität von Teilsystemen, die erst in einem System durch dessen operativen Modus reduziert werden kann.

Die Umwelt des Systems „HIV/AIDS-Epidemie“ enthält eine Vielzahl an Teilsystemen. Zwischen diesen Systemen in der Umwelt des Systems „HIV/AIDS-Epidemie“ und dem System selbst kann eine Verbindung stattfinden. Laut Luhmann handelt es sich bei Beziehungen zwischen einem System und den Systemen, die sich in seiner Umwelt befinden, weniger um eine Beziehung zwischen System und Umwelt, sondern vielmehr um Intersystembeziehungen. Dies setzt voraus, dass die Systeme füreinander wechselseitig die Umwelt darstellen (vgl. Luhmann 2004, 93; 118; Luhmann 1988, 35; 52; 249) (vgl. Abbildung 4).

Kopplung

Systeme können auf unterschiedliche Weise mit ihrer Umwelt, bzw. mit den Systemen in ihrer Umwelt verbunden sein. Luhmann unterscheidet zwischen struktureller, fester/loser, temporärer und dauerhafter *Kopplung**. Der Begriff der Kopplung des Systems „HIV/AIDS-Epidemie“ mit seiner Umwelt, bzw. mit den Systemen in seiner Umwelt, kann gleichgesetzt werden mit dem Begriff „Beziehung“ zu den Systemen in seiner Umwelt.

Durch Kopplungen regeln die Systeme ihre Beziehung zu ihren Systemumwelten. Zwischen Systemen kann in Form von *struktureller Kopplung** eine Verbindung bestehen. Durch strukturelle Kopplung können zwei autopoietische Systeme

wechselseitig Informationen oder Ereignisse des jeweils anderen Systems für den Aufbau eigener operativer Einheiten nutzen und somit auf die Strukturbildung des jeweils anderen Systems Einfluss nehmen. Hierbei findet jedoch kein Austausch von Informationen oder Ereignissen statt; die Systeme bleiben trotz dieser gegenseitigen Einflussnahme füreinander Umwelt. Die Strukturentwicklung kann bei autopoietischen Systemen, wie anfangs erwähnt, lediglich systemintern stattfinden. Dennoch ist die Strukturentwicklung eines Systems davon abhängig, welchen strukturellen Kopplungen mit der Umwelt es ausgesetzt ist (vgl. Luhmann 2004, 116; Krause 2001, 161ff; 175). Die Selbstorganisation des Systems, also die Strukturbildung durch selektive Relationierung von systemeigenen Operationen (Ereignissen), ist bei der Einwirkung von Umwelteinflüssen auf systeminterne Strukturen von zentraler Bedeutung. Denn das System kann durch Aktualisierung und Anpassung der selektiven Relationen der systeminternen Ereignisse die Systemstrukturen den Ereignissen in seiner Umwelt anpassen. Jedoch sollte an dieser Stelle betont werden, dass es keine direkten Struktur determinierungen aus der Umwelt in das System gibt.

Dies bedeutet, dass die strukturellen Kopplungen nicht den Zustand des Systems determinieren. Sie wirken lediglich durch „Reizung“ darauf ein, so dass das System seine Strukturen dementsprechend aus sich heraus transformiert. Ein Ereignis in der Umwelt, die „Reizung“, setzt einen Informationsverarbeitungsprozess im System in Gang. Dies versucht die „Reizung“ operativ zu handhaben (vgl. Krause 2001, 197; Luhmann 2004, 121-127).

Wenn beispielsweise das Gesundheitssystem als unzureichend einzustufen ist, leistet es dem Fortbestand des Systems „HIV/AIDS-Epidemie“, also der Virusverbreitung, keinen Widerstand. Diese Information stellt eine „Reizung“ dar, die von dem Umweltsystem „Gesundheitssystem“ ausgeht und dem System „HIV/AIDS-Epidemie“ angeboten wird. Das System „HIV/AIDS-Epidemie“ kann dieses Informationsangebot annehmen, verarbeiten und für seine Systemerhaltung nutzbar machen.

Gemeinhin beziehen sich strukturelle Kopplungen auf dauerhaft angelegte System-Umwelt-Beziehungen. So sind beispielsweise das Leben und die organische Umwelt strukturell aneinander gekoppelt; d.h. ohne Nahrung gibt es kein Leben. Wenn strukturelle Kopplungen vorliegen, wirken demnach die Umwelten oder auch die Systeme in der Umwelt fortwährend auf das System „HIV/AIDS-Epidemie“ ein. So wirkt beispielsweise das Rechtssystem durch die UN-Menschenrechtskonvention sowohl bei Einhaltung als auch bei Nichteinhaltung kontinuierlich auf das System „HIV/AIDS-Epidemie“ ein (vgl. 5.4.1).

Bedenkt man die anfangs beschriebene operative Geschlossenheit von Systemen, wird deutlich, dass die Kausalität zwischen System und Umwelt ausschließlich im Bereich der strukturellen Kopplung liegen kann (vgl. Krause 2001, 162f; Luhmann 2004, 120).

Diese beschriebenen Kopplungen sind ein hochselektiver Prozess. Denn nicht alles, was sich in der Umwelt eines Systems befindet, ist mit dem System strukturell gekoppelt. Strukturelle Kopplung bewirkt demnach eine Reduktion von Beziehungen zwischen System und Umwelt. Gleichzeitig ermöglicht sie diese Beziehungen erst durch diese Reduktion. Die Umwelt ist deutlich komplexer als das System. Daher wäre es dem System ohne diese selektive strukturelle Kopplung nicht möglich, mit dieser Umwelt in Beziehung zu treten und adäquat auf diese sie umgebende Komplexität zu reagieren. Lediglich durch die Reduktion der Umweltkomplexität kann das System die Ereignisse aus der Umwelt als Informationen verstehen und seine Operationen einsetzen, um seine Strukturen dementsprechend zu transformieren. Das Gehirn ist beispielsweise durch die Sinnesorgane Auge und Ohr strukturell an die Umwelt gekoppelt. Die Komplexität der Umwelt wird durch die selektive Wahrnehmung der Sinnesorgane reduziert, damit das Gehirn die Informationen verarbeiten kann.

Wie bereits beschrieben, handelt es sich bei der strukturellen Kopplung um dauerhaft angelegte System-Umwelt-Beziehungen. Daher ist die strukturelle Kopplung in dieser Arbeit von besonderer Bedeutung. Es wird davon ausgegangen, dass die Systeme in der Umwelt des Systems „HIV/AIDS-Epidemie“ nicht nur sporadisch, sondern fortwährend auf dieses einwirken. Das bedeutet nicht, dass von einer permanent festen Kopplung ausgegangen wird. Einige der Teilsysteme sind fester an das System „HIV/AIDS-Epidemie“ gekoppelt als andere. Dies ist zudem nicht als statischer Zustand zu betrachten. Es wird davon ausgegangen, dass lose gekoppelte Systeme gleichermaßen temporär fest an das System „HIV/AIDS-Epidemie“ gekoppelt sein können (vgl. Luhmann 2004, 121-124; Krause 2001, S.161ff).

4.4 Schlussfolgerungen

Zunächst wurde also festgestellt, dass eine systemische Betrachtungsweise der komplexen Problemkonstellation von HIV/AIDS-Epidemien von großer Bedeutung ist, da herkömmliche Strategien, die von einem monokausalen Ursache-Wirkungszusammenhang ausgehen, bei einer Intervention in komplexe Systemkonstellationen vielfach zu nicht intendierten Folgeproblemen führen.

Zudem ist festzuhalten, dass die Beziehungen zwischen dem System „HIV/AIDS-Epidemie“ und seinen Umweltsystemen sowie auch zwischen diesen Systemen in der Umwelt sich durch enorme Interdependenz auszeichnen. Die Konstellation aus dem System „HIV/AIDS-Epidemie“ und seinen interdependenten Umweltsystemen ist von beträchtlicher Komplexität gekennzeichnet. Die Systeme in der Umwelt des Systems „HIV/AIDS-Epidemie“ können neben den bereits dargestellten Systemen weitere Systeme aufweisen, die in dieser Arbeit jedoch keine Beachtung finden. Die Systeme lassen sich überdies in weitere Komponenten ausdifferenzieren. Die dargestellten Interdependenzen sind ebenfalls, als eine exemplarische, für die Arbeit als wichtig erachtete Auswahl an möglichen Interdependenzen zu betrachten. Daraus ergibt sich eine Gesamtkomplexität, die sich im Rahmen dieser Arbeit nicht erfassen lässt. Daher ist hier nur eine vereinfachte Betrachtungsweise der Gesamtkomplexität möglich.

Es wurde festgestellt, dass das System „HIV/AIDS-Epidemie“ zwar ausschließlich systemintern operieren kann, aber dennoch mit den Systemen in seiner Umwelt verbunden ist. Autopoietische Systeme wie die „HIV/AIDS-Epidemie“ sind demzufolge operativ geschlossen, aber kausal von ihrer Umwelt, bzw. den Systemen in ihrer Umwelt abhängig. Folglich kann das System „HIV/AIDS-Epidemie“, ebenso wie die Systeme in seiner Umwelt, ausschließlich systemintern operieren, sich jedoch gegenseitig durch Reizung in Form von Informationsangeboten kausal beeinflussen. Daraus lässt sich schlussfolgern, dass Systeme für die eigene Systemerhaltung auf Systeme in ihrer Umwelt als Ressource zurückgreifen können. Um sich aus den Systemen, die sich in der Umwelt des Systems „HIV/AIDS-Epidemie“ befinden, Ressourcen für den Fortbestand zu sichern finden Kopplungen statt. Dies ist in Bezug auf das System „HIV/AIDS-Epidemie“ von besonderer Bedeutung, da davon ausgegangen werden kann, dass die jeweilige Epidemie die Systeme in ihrer Umwelt nutzt, um sich selbst zu erhalten.

Aufgrund der momentanen Systemkonstellation kann das System „HIV/AIDS-Epidemie“ seine Umweltsysteme als Ressourcen für den eigenen Fortbestand, für die Ausbreitung des HI-Virus, nutzen. Folglich können die Systeme in der Umwelt des „HIV/AIDS-Epidemie-Systems“ zur Erhaltung und auch zur Ausbreitung der Epidemien beitragen. So können beispielsweise Aspekte des Systems „Armut“, wie unzureichender Zugang zu Bildung oder Gesundheitseinrichtungen Ressourcen darstellen, die zur Systemerhaltung des Systems „HIV/AIDS-Epidemie“ genutzt werden können. Dies verdeutlicht, dass HIV/AIDS-Epidemien und ihre Dynamik nur im Zusammenhang mit ihren Umweltsystemen betrachtet und verstanden werden können.

Die inhaltliche Ausgestaltung der Systeme, die sich in der Umwelt des Systems „HIV/AIDS-Epidemie“ befinden und die der Systemerhaltung dienen, findet im anschließenden Kapitel statt.

5. Ursachenzusammenhänge der Ausbreitung von HIV/AIDS in Sub-Sahara Afrika – Umwelt des Systems „HIV/AIDS-Epidemie“

In den Anfangsjahren der HIV/AIDS-Pandemie wurde ein medizinisches Modell verfolgt. Menschen, die einem erhöhten Infektionsrisiko ausgesetzt sind, wurden als „Risikogruppe“ bezeichnet. Als erkannt wurde, dass nicht ausschließlich biologische Faktoren, sondern vielmehr das individuelle Verhalten von Menschen, für die Verbreitung maßgebend sind, entstand das Konzept des „Risikoverhaltens“. Aufgrund der Erkenntnis, dass menschliches Verhalten wiederum durch die Lebensverhältnisse geprägt ist, die nicht individuell kontrolliert werden können, wird heute von *Vulnerabilität** gesprochen (vgl. Fleischer / Ochel 2005, 27).

Eine hohe Vermehrungsrate und die Variabilität des Virus auf molekularer Ebene machen es den körpereigenen Abwehrkräften nicht möglich das Virus zu erkennen und zu deaktivieren. Neben diesen günstigen biologischen Bedingungen gibt es zahlreiche soziale, politische und ökonomische Bedingungen, welche die Ausbreitung begünstigen (vgl. ebd., 20).

In diesem Kapitel werden die Faktoren, welche die Vulnerabilität der Region Sub-Sahara Afrika ausmachen, auf der Basis des systemtheoretischen Ansatzes betrachtet. Dadurch soll einer eindimensionalen Herangehensweise entgegengewirkt und die Komplexität der Wirkzusammenhänge dargestellt werden.

Die Umweltsysteme des Systems „HIV/AIDS-Epidemie“ „Armut“, „Gesundheitssystem“, „politisches System“, „Rechtssystem“, „Familie“, „Alltagskultur“ und „Anomie“ werden im Folgenden inhaltlich dargestellt. Zudem wird verdeutlicht, inwiefern das System „HIV/AIDS-Epidemie“ diese Teilsysteme als Ressourcen nutzen kann, um sich zu erhalten.¹²

5.1 System „Armut“

Armut ist eines der Systeme, die sich in der Umwelt des Systems „HIV/AIDS-Epidemie“ befinden und an dieses gekoppelt sind.

Armut wird in der neueren Armutsforschung und so auch in dieser Arbeit nicht lediglich als ein Zustand materiellen Mangels begriffen. Sie stellt vielmehr ein mehrdimensionales, kontextabhängiges und komplexes Phänomen dar, das als *„Unfähigkeit, ein Leben zu führen, das den wirtschaftlichen, sozialen und sonstigen*

¹² In dieser Arbeit liegt der Fokus auf den Faktoren, welche die Ausbreitung der Epidemien im subsaharischen Afrika begünstigen. Daher kann in diesem Rahmen weder auf alle dazugehörigen Komponenten der Umweltsysteme, noch auf alle potentiellen Interpendenzen zwischen den dargestellten Umweltsystemen, sowie deren Komponenten, eingegangen werden.

Maßstäben für menschliches Wohlergehen entspricht“ beschrieben werden kann (Nuscheler 2005, 149f).

Zu den Dimensionen von Armut werden unter anderem wirtschaftliche, politische und soziokulturelle Fähigkeiten sowie Chancengleichheit der Geschlechter gezählt. Demnach ist das Einkommen zwar ebenfalls, aber nicht ausschließlich ausschlaggebend, um einen Menschen als arm zu definieren. Faktoren wie eingeschränkter Zugang zu Rechten, soziale Isolation, eingeschränkter Zugang zu Gesundheit, Ernährung und Bildung sind bei der Armutsdefinition unabdingbar. Diese wirtschaftlichen, politischen und soziokulturellen Handlungsmöglichkeiten stehen in gegenseitiger Wechselbeziehung zueinander (vgl. Anhang B 1).

Im Rahmen dieser Arbeit wird jedoch nicht auf alle von der OECD definierten Dimensionen von Armut eingegangen, sondern lediglich auf diejenigen, die in direkter Verbindung zu HIV/AIDS stehen (vgl. Nuscheler 2005, 143-151).

Mittlerweile ist es unbestritten, dass Armut als eine Ursache für die Ausbreitung von HIV/AIDS zu nennen ist. Im Rahmen der Weltsozialgipfel in den späten neunziger Jahren haben die Regierungen der Industrienationen sowie die UN-Organisationen zudem erkannt, dass HIV/AIDS ebenso zu Verarmung führt. Demnach kann es keine Armutsbekämpfung in der Entwicklungszusammenarbeit ohne erfolgreiche Bewältigungsansätze im HIV/AIDS Bereich geben (vgl. Fleischer / Ochel 2005, 12; 35).

Armut und die Ausbreitung von HIV/AIDS bedingen sich gegenseitig. Durch den krankheitsbedingten Verlust von Arbeitskräften wird beispielsweise einer der wichtigsten Erwerbszweige in Afrika, die Landwirtschaft, beeinträchtigt. Dies kann die Ernährungslage der Menschen beeinflussen, da viele Familien in Afrika südlich der Sahara sich durch Subsistenzwirtschaft ihr Überleben sichern. Durch das fehlende Arbeitspotential kann die Selbstversorgung der Haushalte gefährdet und dadurch die Ernährungslage der Familienmitglieder maßgeblich beeinträchtigt werden (vgl. Tietze 2006, 33f).

Zudem werden viele Aidsweisen von anderen Familienmitgliedern, wie Großeltern oder Tanten, aufgenommen. Die dadurch oftmals überlasteten Haushalte können jedoch keine staatliche Unterstützung erwarten, weil es Ländern in Sub-Sahara Afrika gemeinhin keine staatliche Sozialhilfe gibt. Diese belastende Situation ist auf die HIV/AIDS-Epidemien zurückzuführen und fördert die weitere Verarmung der Familien (vgl. Gronemeyer 2002, 104f). Dies wirkt sich wiederum verstärkend auf die Faktoren aus, welche die HIV Ausbreitung begünstigen. An dieser Stelle wird die Spiralwirkung von Armut und der HIV/AIDS-Epidemien deutlich. Armut ist demnach einerseits als Ursache sowie ebenso als Folge von HIV/AIDS zu nennen.

Wie bereits erwähnt, stellt das System „Armut“ ein bedeutendes Teilsystem der Gesellschaft dar, das sich in der Umwelt des Systems „HIV/AIDS-Epidemie“ befindet. Ebenso wurde erläutert, dass eine HIV/AIDS-Epidemie seine Umweltsysteme als Ressourcen nutzen kann, um seinen Fortbestand sicherzustellen (vgl. Abbildung 3). Diese Ressourcen, also die speziellen Faktoren des Systems „Armut“, welche die Ausbreitung des HI-Virus unterstützen, werden im Folgenden dargestellt.

5.1.1 Verteilungsungerechtigkeit

Die sozioökonomischen Polarisierungs- und Marginalisierungstendenzen werden durch das momentan vorherrschende Globalisierungsmodell und dem damit einhergehenden ungezügelten Konkurrieren wirtschaftlicher Akteure mit äußerst ungleichen Machtpotentialen zusätzlich verschärft. Die Konzentration von Produktionsressourcen und Geldeinkommen ist enorm (vgl. Rüppel 2001, 46; 48).

Die Marginalisierung in der Weltwirtschaft schafft neue Armut und lässt die Verbreitung von HIV ansteigen. Die Folgeerscheinungen von HIV/AIDS führen wiederum zu verschärfter Verarmung. Die hohe Verschuldung vieler Länder in Afrika südlich der Sahara führen zudem zu einer massiven Reduzierung der staatlichen Ausgaben im sozialen Bereich. In den neunziger Jahren lagen die Schuldentrückzahlungen 23 afrikanischer Länder deutlich über dem Budget des staatlichen Gesundheitssektors (vgl. Kohlmorgen 2004, 146; Rüppel 2001, 49; UNDP 1999, 106).

Neben diesen Auswirkungen auf staatlicher Ebene beeinträchtigen die sozioökonomische Benachteiligung und Abhängigkeit die Menschen zugleich auf individueller Ebene, da sie die Möglichkeit einer autonomen Lebensgestaltung einschränken.

„Armut bedeutet nicht nur niedriges Einkommen oder Mangel an materiellen Gütern. Es heißt auch, wenig Einfluss auf die Bedingungen ausüben zu können, unter denen man seine Existenz bestreiten und sein Leben aufbauen muss“ (Rüppel 2001, 49f).

Durch die ungleiche Verteilung von Ressourcen, Machtpositionen und Entwicklungschancen wird die Wahlmöglichkeit von risikovermindernden Handlungsalternativen massiv eingeschränkt (vgl. ebd., 48). Dies bezieht sich sowohl auf das Machtgefälle zwischen Entwicklungsländern und den Industrienationen als auch auf die Marginalisierung von Bevölkerungsgruppen innerhalb einer Gesellschaft. Demzufolge wird die Ausbreitung des HI-Virus durch die ungleiche Verteilung von Macht und Ressourcen gefördert.

5.1.2 Eingeschränkter Zugang zu Bildung

Bei begrenzten finanziellen Ressourcen können das Schulgeld sowie Ausgaben für Schulmaterial eine große finanzielle Belastung für Familien darstellen. Menschen, die in Armut leben, haben häufig Probleme, die nötigen finanziellen Mittel aufzubringen.

Bei Mädchen wird zudem im Durchschnitt weniger in Bildung investiert als bei Jungen. Bei ihnen wird davon ausgegangen, dass der spätere Ehemann die materiellen Bedürfnisse der Frau abdecken werde und folglich eine Investition in eine gute Ausbildung für Mädchen weniger notwendig ist (vgl. Weinreich / Benn 2005, 42; Hirschmann 2003, 54f).

Dieser eingeschränkte Zugang zu Bildung bezieht sich somit auf Menschen, die in Armut leben im Allgemeinen und auf Frauen und Mädchen im Besonderen. Armut ist, zunächst in Bezug auf Bildungsarmut, aber ebenso in all ihren Facetten, nicht geschlechtsneutral. Frauen sind häufig die Hauptleidtragenden (vgl. Nuscheler 2005, 165-173).

Laut MacLachlans Untersuchungen in Malawi, stellt Bildung jedoch die Grundvoraussetzung dafür dar, ebenso informell vermittelte HIV/AIDS spezifische Informationen aufnehmen und verarbeiten zu können (vgl. Unterabschnitt 5.5.2). Rüppel berichtet ebenfalls, dass in Ländern, die Präventionserfolge vorzuweisen haben (wie beispielsweise Uganda), der Rückgang der HIV-Prävalenz eindeutig mit dem Zugang zu Bildung korrelierte (vgl. MacLachlan et al 1997; In: Hirschmann 2003, 45; Rüppel 2001, 49). Mangelnder Zugang zu Bildung begünstigt somit die Ausbreitung des HI-Virus, da HIV/AIDS spezifische Informationen nicht hinreichend vermittelt und verarbeitet werden können.

Die HIV/AIDS-Pandemie kann zudem die Bildungsarmut verschärfen, wenn beispielsweise einkommenserwirtschaftende Familienmitglieder sterben und kein Schulgeld mehr aufgebracht werden kann, die Schullaufbahn zu Gunsten der Pflege kranker Familienmitglieder abgebrochen werden muss oder Kinder zunehmend in die Haus- und Feldarbeit mit eingebunden werden müssen (vgl. Chauke 2005, 91; Pillay 2005, 205; Weinreich / Benn 2005, 69).

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass Bildung im Allgemeinen und gesundheitliche Bildung im Besonderen maßgeblich dazu beitragen kann, ein HIV-Infektionsrisiko einzuschränken (OECD 2001, 38).

5.1.3 Sexuelle Ausbeutung

Die Formen sexueller Ausbeutung sind in Afrika vielfältig und in den meisten Fällen sind Frauen die Betroffenen. Im subsaharischen Afrika gibt es zwei Formen, die von

besonderer Bedeutung zu sein scheinen: die sexuelle Ausbeutung von jungen Mädchen und Prostitution von Frauen (vgl. Hirschmann 2003, 58).

Durch das Phänomen der „Sugar Daddies“ sind Mädchen bereits in frühester Jugend einem HIV-Infektionsrisiko ausgesetzt. Bei dieser Form von Kinderprostitution erkaufen sich ältere, vielfach verheiratete, Männer durch finanzielle Unterstützung sexuelle Leistungen von minderjährigen Mädchen. Diese Unterstützung kann beispielsweise Schulgebühren, Kleidung oder Geschenke beinhalten. Das Phänomen ist zwar nicht neu, erhält aber im Zeitalter von HIV/AIDS eine ganz neue Dimension. Aufgrund der hohen Infektionsgefahr meiden Männer zunehmend erwachsene Prostituierte. Viele Männer ziehen junge Mädchen als Sexualpartnerinnen vor, da bei ihnen eine Infektion wegen des geringeren Lebensalters weniger wahrscheinlich ist. Die Beziehung zwischen dem Mädchen und dem „Sugar Daddy“ basiert in der Regel auf einem exklusiven, dauerhaft angelegten und auf freiwilliger Basis beruhenden Abhängigkeitsverhältnis. Ein solches Verhältnis wird von den Eltern aus ihrer materiellen Not heraus oft geduldet oder sogar gefördert. Insofern scheint die Freiwilligkeit des Verhältnisses eher fraglich zu sein. Wenn auch zukünftig viele Menschen in Afrika südlich der Sahara in Armut leben, werden junge Mädchen weiterhin darauf angewiesen sein, sich von „Sugar Daddies“ gegen sexuelle Gegenleistung Schulgebühren oder ihren gesamten Lebensunterhalt finanzieren zu lassen (vgl. Hirschmann 2003, 43; 71).

Einem erhöhten Infektionsrisiko sind ebenso Commercial Sex Worker (CSW) ausgesetzt. Aufgrund wiederkehrender Dürreperioden und abnehmender Anbaumöglichkeiten aufgrund des Bevölkerungswachstums, wird es in den ländlichen Gebieten zunehmend schwieriger seinen Lebensunterhalt im Agrarsektor zu bestreiten. Zudem sind die medizinische Versorgung sowie die Ausbildungsmöglichkeiten im ländlichen Raum schlechter als im urbanen.

Die daraus resultierenden schwierigen Lebensbedingungen bewirken vielerorts eine Landflucht. Dabei verlassen auch zunehmend Frauen die ländlichen Gebiete, um in der Stadt Arbeit zu suchen. Viele Frauen aus ruralem Kontext, die keine höhere Schulbildung aufweisen können, haben kaum Verdienstmöglichkeiten in den Städten. Ihnen bleibt oftmals nur der Weg in die Prostitution. Bei einer Studie in Malawi gaben beispielsweise 93% der befragten Barmädchen, die fast ausschließlich aus ländlichen Gebieten kamen, finanzielle Notlagen als Motiv für ihren Einstieg in die Prostitution an.¹³ Die Frauen setzen sich einem hohen

¹³ Da in vielen afrikanischen Ländern südlich der Sahara, beispielsweise in Malawi, Prostitution gesetzlich verboten ist, werden die Frauen offiziell als „Barmädchen“ angestellt. Inoffiziell arbeiten sie jedoch als Prostituierte (Vgl. Hirschmann 2003, 58).

Infektionsrisiko aus, um ihre Familien ernähren oder das Schulgeld jüngerer Geschwister bezahlen zu können (vgl. Nohlen 2002, 506; Hirschmann 2003, 59).

Aufgrund der hohen Anzahl und häufig wechselnder Sexualpartner sind Prostituierte zweifelsohne einem erhöhten Infektionsrisiko ausgesetzt. Oftmals wird auf den Gebrauch von Kondomen verzichtet, weil Kunden demgegenüber eine ablehnende Haltung einnehmen. Wegen des finanziellen Abhängigkeitsverhältnisses ist es für Prostituierte schwer, die Verwendung von infektionsprophylaktischen Maßnahmen einzufordern. Vielfach wird lediglich aufgrund des äußeren Erscheinungsbildes des Kunden geschlussfolgert, ob eine Erkrankung vorliegen könnte. Demzufolge wird dann entschieden, ob eine Prophylaxe in Form von Kondomen notwendig ist.

Zudem findet man im Kontext der Prostitution in erhöhtem Maße sexuelle Gewalt, die das Risiko einer HIV-Infektion zusätzlich erhöht (vgl. Weinreich / Benn 2005, 50f; Hirschmann 2003, 36; 60).

Prostituierte, die permanent einem hochgradigen Infektionsrisiko ausgesetzt sind, werden selbst zum Bezugsort neuer Übertragungen. Die möglicherweise von ihnen neu infizierten Männer infizieren wiederum ihre Ehefrauen und andere mögliche SexualpartnerInnen. Somit kann sich das Virus fortwährend weiter verbreiten kann.

Das Gewerbe der Prostitution ist überdies von hoher Mobilität gekennzeichnet. Daher kann das Virus ebenfalls an Mobilität gewinnen. Deutlich wird dies an der Gruppe der Lastwagenfahrer. Diese gehen verhältnismäßig häufig sexuelle Kontakte mit Prostituierten ein. Laut Hirschmann wird gemeinhin weder während des außerehelichen Sexualkontaktes, noch im Anschluss daran innerhalb der Ehe eine Infektionsprophylaxe verwendet. Es wird befürchtet, dass man sich ansonsten mit Anschuldigen der ehelichen Untreue auseinandersetzen müsste. Laut Garrett bestand bereits in den Anfangsjahren der Epidemie eine eindeutige Verbindung zwischen der Prostitution entlang der Lastwagenrouten und der Ausbreitung von HIV (vgl. Hirschmann 2003, 37; 60f; Garrett 1996, 534).

Solange Frauen, aufgrund von Mittellosigkeit und mangelnder Bildung, diese Form der Unterhaltssicherung als Ausweg in Betracht ziehen müssen und der ungeschützte Geschlechtsverkehr die einzig akzeptierte Form der Sexualität bleibt, wird die Prostitution weiterhin seinen Beitrag zur Ausbreitung der HIV/AIDS-Epidemien leisten (vgl. Hirschmann 2003, 90).

Frauen sind aufgrund ihres vielfach niedrigen sozialen Status´ auch im alltäglichen Leben häufig der männlichen Willkür ausgesetzt. Polizisten, Vorarbeiter oder Marktaufseher können sexuelle Gefälligkeiten einfordern und den Frauen im Gegenzug Vorteile gewähren. Dies kann beispielsweise das Betreiben eines informellen Gewerbes sein (Schulz / Köbrich 2002, 325).

Durch diese beschriebenen Formen der sexuellen Ausbeutung werden die Betroffenen einem erhöhten HIV-Infektionsrisiko ausgesetzt, so dass dadurch die Ausbreitung des HI-Virus gefördert wird.

5.1.4 Hohe Geburtenrate

In Ländern in Sub-Sahara Afrika definieren sich viele Menschen stärker durch ihre Nachkommen, als in anderen Regionen auf der Welt. Diesem Selbstverständnis zufolge haben Menschen gewissermaßen nicht gelebt, wenn sie keine Nachkommen gezeugt haben, die sie erinnern (Ahnenkult). Daher sind viele Menschen, auch bei herannahendem Tod noch von dem Willen erfüllt, Nachkommen zu zeugen. Überdies stellen Nachkommen in vielen Teilen Afrikas südlich der Sahara, aufgrund fehlender staatlicher Absicherung, die Grundlage der Altersversorgung dar. Das Zeugen von vielen Nachkommen potenziert jedoch die Gefahr, dass sich das HI-Virus Generationen übergreifend ausbreiten kann (vgl. Sartorius 2001(b), 3).

Bei etwa 10% der Neuinfektionen in Afrika südlich der Sahara findet die Übertragung des Virus durch die Mutter-Kind-Übertragung statt. Hierbei wird das Virus im Mutterleib (transplazentar), während der Geburt (perinatal) und/oder über die Muttermilch von der Mutter auf das Kind übertragen. Laut Fleischer und Ochel wird weltweit ein Großteil der Kinder nicht durch selbst zu verantwortendes Verhalten, sondern durch Mutter-Kind-Übertragung infiziert.¹⁴ Wenn die Mutter HIV-infiziert ist, wird das Virus bei fehlender medizinischer Intervention in bis zu 30% der Fälle von der Mutter auf den Embryo, bzw. auf den Säugling übertragen. Für viele Frauen in Afrika südlich der Sahara erweist sich das Abstillen und das Aufziehen der Kinder mit künstlicher Babynahrung aus traditionellen, ökonomischen und hygienischen Gründen als schwierig. Wenn der Säugling gestillt wird, erhöht sich das Mutter-Kind Übertragungsrisiko auf bis zu 40%.

Die durch die Mutter infizierten Kinder sterben in den meisten Fällen innerhalb der ersten zwei Jahre. Die Überlebensdauer kann bisweilen, je nach Ernährungslage und medizinischer Versorgung, auch fünf oder mehr Jahre betragen (Nohlen 2002, 29; Fleischer / Ochel 2005, 21; 27; Weinreich / Benn 2005, 55).

Das Infektionsrisiko kann durch die Einnahme des antiretroviralen Medikaments Nevirapin um die Hälfte reduziert werden. Dieses Medikament müssten die Mutter während und das Kind kurz nach der Geburt einmalig einnehmen (vgl. OP 2005, 44; Beresford 2002, 30ff).

¹⁴ Der Begriff „Mutter-Kind-Übertragung“ soll verdeutlichen, dass das Virus auf dem biologischen Weg durch die Mutter auf das Kind übertragen wird. Die Verwendung des Begriffs soll jedoch nicht implizieren, dass ausschließlich die Frauen verantwortlich gemacht und die Männer von ihrer potentiellen Verantwortlichkeit entlassen werden (vgl. Weinreich / Benn 2005, 102).

In vielen Ländern in Sub-Sahara Afrika kann keine flächendeckende, adäquate medizinische Versorgung der gesamten Bevölkerung gewährleistet werden. Laut Weinreich und Benn haben in Afrika südlich der Sahara weniger als 10% der schwangeren Frauen Zugang zu freiwilligen HIV-Tests und Beratung. Kaiserschnitte würden ein Infektionsrisiko signifikant reduzieren. Den Gesundheitseinrichtungen fehlt es jedoch vielfach an den entsprechenden Kapazitäten (vgl. Gronemeyer 2002, 128; Weinreich / Benn 2005, 103).

Die OECD verweist in ihren Studien auf eine Korrelation zwischen dem Bildungsstand und den Geburtenraten, so dass diese beiden beschriebenen Bereiche miteinander verknüpft zu sein scheinen. Bildungsarmut kann demnach eine erhöhte Geburtenrate nach sich ziehen (OECD 2001, 38).

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass eine hohe Geburtenrate in Verbindung mit unzureichender medizinischer Versorgung zur Ausbreitung des HI-Virus beiträgt.

5.1.5 Veränderte Risikowahrnehmung

In Armutssituationen, in denen die Menschen sich über das Überleben des nächsten Monats oder gar der nächsten Woche sorgen müssen, wird die abstrakte Bedrohung durch eine Virusinfektion, die erst Jahre später ausbricht, zu einem zweitrangigen Problem (vgl. Hirschmann 2003, 91).

„Wenn die persönlichen Konsequenzen der HIV-Infektion außerhalb des subjektiven Zeithorizonts liegen, ist der Anreiz gering, zu ihrer Vermeidung auf die Befriedigung von unmittelbaren emotionalen Bedürfnissen zu verzichten“ (Rüppel 2001, 50).

Armutbedingte Probleme sind in dem Maße lebensbedrohend und realitätsnah, dass die Gefahr langfristiger Gesundheitsrisiken, in den Hintergrund treten kann, obwohl sie in diesem Fall ebenso lebensbedrohend ist (vgl. Pillay 2005, 205). Dies bestätigen ebenfalls Interviews, die mit Minenarbeitern in Südafrika geführt wurden.

„We tell the mineworkers if they don't use a condom they'll get AIDS and die in ten years. They say, quite rightly, "Well, the dust and the rocks will kill us beforehand" (Marais 2000, 51).

Menschen die in Armut leben verspüren zudem oftmals ein Gefühl der Hoffnungslosigkeit, verbunden mit der Annahme, die Situation nicht aus eigener Kraft verbessern zu können. Es ist zu vermuten, dass dies nicht zu einem zukunftsorientierten gesundheitsbewussten Verhalten führt (vgl. Pieterse / van Wyk 2005, 70). Ein Leben in Armut wirkt sich demnach massiv auf die Risikowahr-

nehmung der Menschen aus. Das bedeutet, dass Menschen, die in Armut leben, eine HIV-Infizierung nicht als unmittelbar lebensbedrohend einstufen, da die Symptome einer AIDS-Erkrankung erst nach Jahren sichtbar werden.

5.1.6 Migration und Mobilität

Laut Tietze ist die Mobilität der Bevölkerung ein bedeutender Faktor bei der Ausbreitung von HIV/AIDS. Einige Bevölkerungsgruppen sind davon in besonderem Maße betroffen wie beispielsweise Fernfahrer, Saisonarbeiter, Händler, Militärangehörige und Prostituierte. Fernfahrer waren beispielsweise eine der ersten Bevölkerungsgruppen in Afrika südlich der Sahara, die von HIV betroffen waren (vgl. Tietze 2006, 35; Weinreich / Benn 2005, 48).

Wie bereits erwähnt, lässt sich zudem, aufgrund der vielfach schwierigen Lebensbedingungen in ländlichen Gebieten im subsaharischen Afrika, eine starke Landflucht verzeichnen. Die ländliche Bevölkerung ist gegenüber der städtischen hinsichtlich des Einkommens, der medizinischen Versorgung und der Ausbildungsmöglichkeiten fortwährend benachteiligt. Diese vermeintlich schlechten Lebensverhältnisse bewegen viele Menschen dazu in die Städte zu gehen. Viele der zugezogenen Menschen leben in den Elendsvierteln der Städte. Die schlechten Lebensbedingungen in diesen Vierteln begünstigen unter anderem die Anonymität. Sie stellen wesentliche Ursachen urbaner Prostitution und Promiskuität dar und begünstigen somit für die Ausbreitung von Epidemien. Demzufolge sind laut UNAIDS die HIV-Prävalenzraten in den Städten höher als in ländlichen Gebieten (vgl. Nohlen 2002, 506; Tietze 2006, 35; UNAIDS/WHO 2005, 27ff).

Das Leben in Armut führt oftmals dazu, dass insbesondere Männer weit entfernt von ihren Familien Arbeit suchen müssen und dort häufig außereheliche Sexualpartnerinnen haben. Durch die zunehmende Anzahl wechselnder Sexualpartnerinnen erhöht sich das HIV-Infektionsrisiko des Mannes. Zugleich steigt das der Frau, da bei der Rückkehr des Mannes ebenso für sie eine Ansteckungsgefahr besteht. Die Arbeitsmigration, im Rahmen dessen insbesondere Männer migrieren, um in Bergbauzentren oder Großplantagen zu arbeiten, trägt demnach maßgeblich zur Verbreitung des HI-Virus bei (vgl. Copson 2006, 5f; Schulz / Köbrich 2002, 325f).

5.1.7 Mangelnde Gesundheitsversorgung

In Ländern südlich der Sahara ist die staatliche medizinische Versorgung vielfach mangelhaft und für große Teile der Bevölkerung privat nicht finanzierbar. Menschen, die in Armut leben, haben gemeinhin einen schlechteren Zugang zu medizinischer Versorgung. Wie bereits dargestellt kann eine HIV-Infektion die Armutssituation von

Familien zunehmend verschärfen. Diese zusätzliche Verarmung erschwert es den Familien finanzielle Mittel für Behandlung und Pflege aufzubringen (vgl. Gronemeyer 2002, 128; Weinreich / Benn 2005, 64).

Gemeinhin ist der Zugang zu den lebensverlängernden antiretroviralen Medikamenten abhängig von den finanziellen Mitteln, die den Betroffenen zur Verfügung stehen. Allen Betroffenen sollte unabhängig von ihren finanziellen Ressourcen der Zugang zu medizinischer Versorgung gewährt werden. Daher sollte der Auf- oder Ausbau öffentlicher Gesundheitssysteme, die flächendeckend eine adäquate Versorgung der gesamten Bevölkerung gewährleisten, gefördert werden (vgl. Sartorius 2001(a), 3/Blatt 2).

In den neunziger Jahren wurden die Gesundheitsausgaben in den ärmsten Ländern Afrikas drastisch gekürzt. Dieser Rückzug des Staates aus seiner sozialpolitischen Verantwortung begründet sich unter anderem in der hohen Auslandsverschuldung. Mitte der neunziger Jahre lagen die Schuldentrückzahlungen 23 afrikanischer Länder deutlich über dem Budget des staatlichen Gesundheitssektors. Das Resultat ist ein vielfach unzureichendes Gesundheitssystem (vgl. Silva Saavedra 1996, 150; UNDP 1999, 106).

Pieterse und van Wyk betonen überdies den Einfluss von unzureichender Nahrungszufuhr auf das Immunsystem und demzufolge ebenso auf die HIV-Vulnerabilität. *“Poor nutrition leads to a compromised immune system, making individuals more susceptible to [HIV]infection in general”* (vgl. Pieterse / van Wyk 2005, 16). Im Zeitraum von 1990 bis 2005 ist die Anzahl der Menschen, die an Mangelernährung leiden um ca. 20% gestiegen. In Afrika südlich der Sahara stagniert die tägliche Pro- Kopf-Einnahme von Kalorien seit den siebziger Jahren und beträgt lediglich 70% der durchschnittlichen Pro-Kopf-Einnahme der Industrieländer. Die körperlichen Auswirkungen von Mangel- und Unterernährung beeinträchtigen maßgebend den Abwehrmechanismus des Immunsystems. Daher sind mangel- und unterernährte Menschen deutlich anfälliger für Infektionskrankheiten, wie beispielsweise für Geschlechtskrankheiten und HIV. Zudem ist zu vermuten, dass hungerleidende Menschen eher bereit sind, ein Infektionsrisiko einzugehen. Aus ihrer Not heraus, sind sie beispielsweise eher bereit sexuelle Kontakte einzugehen, um dadurch ihre Grundbedürfnisse nach Nahrung oder Kleidung, befriedigen zu können (vgl. Pieterse / van Wyk 2005, 53ff; UNAIDS 2005, Annex 1, 15).

Durch eine HIV-Infizierung ist die Sicherung des Haushaltseinkommens zusätzlich erschwert. Aufgrund des Arbeitsausfalls HIV-infizierter Familienmitglieder, der Pflege der Betroffenen sowie der zusätzlichen Ausgaben für medizinische Ver-

sorgung kann sich die Armutssituation der Familie zusätzlich verschärfen und die Ernährungssicherung gefährdet werden (Pieterse / van Wyk 2005, 57f). Dies verdeutlicht erneut die wechselseitige Beziehung zwischen Armut und einer HIV-Infektion.

Erschwerend zu der vielfach schlechten medizinischen Versorgung und mangelhaften Ernährungslage kommen überdies unzureichende hygienische Bedingungen hinzu, in denen Familien in Armutssituationen oftmals leben (vgl. Wittek 2003, 156).

5.1.8 Schlussfolgerungen

Die vorigen Beschreibungen verdeutlichen, dass Armut und HIV/AIDS in einem bidirektionalen Verhältnis zueinander stehen. Armutsbedingungen begünstigen einerseits die Ausbreitung von HIV/AIDS und andererseits kann das Vorhandensein von HIV/AIDS und seine Folgen die Armutssituation verschärfen (vgl. Schulz / Köbrich 2002, 324).

Durch die Kopplung zwischen dem System „HIV/AIDS-Epidemie“ und dem sich in seiner Umwelt befindenden System „Armut“ können die beschriebenen Aspekte von Armut als Ressourcen für die Systemerhaltung der „HIV/AIDS-Epidemie“ dienen und somit zum Fortbestand des Systems „HIV/AIDS-Epidemie“ beitragen. Wird das System „Armut“ ins Zentrum der Betrachtung gerückt, kann andererseits ebenso das sich in seiner Umwelt befindende System „HIV/AIDS-Epidemie“ als Ressource für die eigene Systemerhaltung nutzbar gemacht werden. Dies soll an dieser Stelle jedoch lediglich ein Gedankenspiel bleiben, um die Interdependenz zu verdeutlichen. Da in dieser Arbeit das System „HIV/AIDS-Epidemie“ stets das Zentrum der Betrachtung ist, stehen die Ressourcen im Mittelpunkt, auf die eine HIV/AIDS-Epidemie im subsaharischen Afrika für die Systemerhaltung zurückgreifen kann.

So verfestigen beispielsweise die vorherrschenden sozioökonomischen Polarisierungs- und Marginalisierungstendenzen bestehende Armutsverhältnisse und schaffen gleichzeitig neue. Die sozioökonomischen Folgen auf staatlicher und individueller Ebene fördern die Ausbreitung des HI-Virus und tragen zum Fortbestand des Systems „HIV/AIDS-Epidemie“ bei.

Durch den mangelnden Zugang zu Bildung von Menschen, die in Armut leben, werden diese Menschen in ihren Möglichkeiten, auch informell vermittelte HIV-spezifische Informationen aufzunehmen und zu verarbeiten, eingeschränkt. Dies macht sie in erhöhtem Maße vulnerabel für eine HIV-Infektion. Dieser unzureichende Widerstand des Bildungssystems in Armutssituationen stellt ein Informationsangebot seitens des Systems „Armut“ an das System „HIV/AIDS-Epidemie“ dar. Das System „HIV/AIDS-Epidemie“ kann diese „Reizung“, diese

Information, des Systems „Armut“ annehmen, verarbeiten und für seine Systemerhaltung nutzbar machen.

Die sexuelle Ausbeutung von Mädchen und Frauen, die hohe Geburtenrate, die armutsbedingte veränderte Risikowahrnehmung von HIV/AIDS, die Landflucht und Arbeitsmigration sowie mangelnde Gesundheitsversorgung und unzureichende Nahrungszufuhr sind ebenso als Ressourcen zu betrachten, auf die zurückgegriffen werden kann, um den Fortbestand des Systems „HIV/AIDS-Epidemie“ sicherzustellen. Armutsbekämpfung ist demnach unabdingbar, um die momentane Systemkonstellation, durch die das System „HIV/AIDS-Epidemie“ seine Umweltsysteme als Ressourcen für die Systemerhaltung nutzen kann, aufzubrechen.

5.2 Gesundheitssystem

Gemäß der erläuterten systemischen Herangehensweise stellt das Gesundheitssystem ein weiteres bedeutendes Teilsystem der Gesellschaft dar, das sich in der Umwelt des Systems „HIV/AIDS Epidemie“ befindet (vgl. Abbildung 3). Im Folgenden werden spezielle Aspekte oder Informationen des Gesundheitssystems dargestellt, die der Systemerhaltung des Systems „HIV/AIDS-Epidemie“ dienen.

5.2.1 Unzureichende Gesundheitsversorgung

Ein wesentlicher Faktor, der zur Erhaltung des Systems „HIV/AIDS-Epidemie“ beiträgt, ist eine unzureichende medizinische Gesundheitsversorgung in vielen Ländern im subsaharischen Afrika. Laut US-amerikanischen WissenschaftlerInnen war bereits Mitte der achtziger Jahre das größte Hindernis bei der Kontrolle der HIV/AIDS-Epidemie in Afrika südlich der Sahara *„der Mangel an Ausbildung [vor Ort] und an Kommunikations- und Analysemitteln“*. Auch heute noch führt der Mangel an qualifiziertem medizinischem Personal, u.a. aufgrund des *„brain drain“* Effekts, zu Engpässen in der medizinischen Versorgung (Garrett 1996, 496; vgl. Copson 2006; 15).

Die meisten Länder, die im subsaharischen Afrika von der Pandemie stark betroffen sind, sind Less Developed Countries (LDCs*); einige der Länder zählen zu den Least Developed Countries (LLDCs). In diesen Ländern ist der Zugang zu öffentlicher Gesundheitsversorgung als gering einzuschätzen. Die medizinische Versorgung ist daher vielfach mangelhaft und, wie bereits erwähnt, für große Teile der Bevölkerung nicht in dem erforderlichen Maße finanzierbar (vgl. Gronemeyer 2002, 128; Schulz / Köbrich 2002, 326f).

Aufgrund des vielfach vorherrschenden Mangels an personellen und finanziellen Ressourcen der Gesundheitssysteme kann eine adäquate medizinische Versorgung der Bevölkerung nicht gewährleistet werden. Dadurch bleiben häufig gut

behandelbare Krankheiten unbehandelt. Dies führt wiederum zu einer deutlichen Verschlechterung des allgemeinen Gesundheitszustandes (vgl. Weinreich / Benn 2005, 69; Schulz / Köbrich 2002, 327; WHO 2004, 57-69).

Aufgrund mangelnder medizinischer Versorgung werden in Afrika südlich der Sahara beispielsweise Geschlechtskrankheiten unzureichend diagnostiziert und behandelt. Durch Geschlechtskrankheiten ist das Risiko einer HIV-Übertragung jedoch signifikant erhöht. Somit sind sie Kofaktoren, welche die Verbreitung des HI-Virus begünstigen.

Studien in Uganda haben gezeigt, dass eine wirksame Behandlung von Geschlechtskrankheiten das Risiko einer Übertragung des HI-Virus´ deutlich reduziert. Die vielfach unzureichenden Gesundheitssysteme führen dazu, dass es der Mehrzahl der HIV-infizierten Menschen in Afrika südlich der Sahara zudem oftmals an adäquater medizinischer Versorgung *opportunistischer Infektionen** fehlt (vgl. Copson 2006, 5; Weinreich / Benn 2005, 27; 97; Grosskurth et al. 2000, In: OP2005, 48).

Die oftmals begrenzten Möglichkeiten der Gesundheitsversorgung führen dazu, dass Bluttransfusionen eher eine seltene Maßnahme darstellen. Aus diesem Grund ist der prozentuale Anteil der Übertragung durch Transfusionen relativ gering (z.B. Malawi:1,7%). Es ist dennoch besorgniserregend, dass aus finanziellen Gründen weniger als die Hälfte der Blutkonserven auf HIV untersucht werden (vgl. Hirschmann 2003, 29; Fleischer / Ochel 2005, 21).

Die durch die HIV/AIDS-Epidemien entstehende große Anzahl chronisch kranker Patienten belastet wiederum zusätzlich die vielfach bereits fragilen Gesundheitssysteme. In Ländern, die eine hohe Prävalenzrate zu verzeichnen haben, werden bereits 20-30% des Gesundheitsbudgets für die Behandlung von Aidsfolgekrankheiten verwendet. Während in den Industrieländern im Jahr durchschnittlich 24.000 bis 136.000 US\$ für die Behandlung eines HIV-Patienten ausgegeben werden können, werden die Ausgaben in Simbabwe mit 64 bis 2.574\$ angegeben (vgl. Fleischer / Ochel 2005, 28; Gronemeyer 2002, 129; Werner / Tschsch 2000, In: Gronemeyer 2002, 129).

Der 2005 vorgelegte Zwischenbericht über die Fortschritte hinsichtlich des Erreichens der Millenium Development Goals (*MDGs**) stellt fest, dass die bestehenden Bekämpfungsstrategien durch die Mängel im Gesundheitswesen vieler Länder beeinträchtigt werden (vgl. Ruxin J et al 2005, In: Weinreich / Benn 2005, 70).

5.2.2 Eingeschränkter Zugang zu antiretroviralen Medikamenten (ARV)

Die mangelnden finanziellen und personellen Ressourcen der Gesundheitssysteme haben starke Beeinträchtigungen in der Versorgung zur Folge. Somit können oftmals weder ausreichend Medikamente für eine Therapie von Infektionen noch zur Verringerung des Mutter-Kind-Übertragungsrisikos bereitgestellt werden. Die Länder Afrikas südlich der Sahara sind nicht nur in besonders schwerem Maße von der HIV/AIDS Pandemie betroffen, darüber hinaus verfügen die Betroffenen im weltweiten Vergleich über die geringsten Chancen, mit antiretroviralen Medikamenten versorgt zu werden (vgl. Nuscheler 2005, 161; Tietze 2006, 36). Für eine flächendeckende Bereitstellung von antiretroviralen Medikamenten stellen funktionierende Strukturen eines öffentlichen Gesundheitswesens zweifelsohne eine Grundvoraussetzung dar (vgl. Marais 2000, 40).

Das Übereinkommen über handelsbezogene Aspekte der Rechte des geistigen Eigentums (Trade Related Aspects of Intellectual Property Rights, *TRIPS**) der *WTO** gewährt neu entwickelten Medikamenten für 20 Jahre Patentschutz. Das bedeutet, dass keine anderen Firmen berechtigt sind die jeweiligen Medikamente kostengünstiger zu reproduzieren. Im Jahr 2001 gab es eine Auseinandersetzung zwischen einem globalen Netzwerk, bestehend aus *NGOs** und Regierungen von Entwicklungsländern sowie der internationalen Pharmaindustrie im Rahmen der *WTO* um die Patentrechte von antiretroviralen Medikamenten. Daraufhin wurde eine Erklärung verabschiedet in der festgelegt wurde, dass *Generika** hergestellt werden dürfen sobald ein Notstand der öffentlichen Gesundheitsversorgung vorliegt. Diese „Doha-Erklärung“ wurde 2003 erweitert, indem die Importmöglichkeiten von Generika für LDCs, die einen solchen Notstand zu verzeichnen haben, geregelt werden (vgl. Weinreich / Benn 2005, 114; Tietze 2006, 36f; Madakufamba 2002, 26; E+Z 2001, 179; *WTO* 2001, *WTO* 2003).

Dennoch sind selbst die günstiger produzierten Generika für einen Großteil der Bevölkerung unerschwinglich. Weniger als 5% der Betroffenen in Afrika südlich der Sahara haben Zugang zu antiretroviralen Medikamenten. Die südafrikanische Gesundheitsministerin Manto Tshabala-Msimang erklärte, dass vom Staat bereitgestellte antiretrovirale Therapien selbst bei einer Preissenkung von 80% unbezahlbar blieben (vgl. Sartorius 2001(a), 3/Blatt 2; Gronemeyer 2002, 129; Weinreich / Benn 2005, 27).

5.2.3 Schlussfolgerungen

Die beschriebenen Aspekte des Gesundheitssystems tragen maßgeblich zur Ausbreitung des HI-Virus bei und erschweren eine Eindämmung der Epidemien in

erheblichem Maße. Durch eine Kopplung des Systems „HIV/AIDS-Epidemie“ an das sich in seiner Umwelt befindende Gesundheitssystem können die Ressourcen, also die vorgestellten Aspekte des Gesundheitssystems, für die Systemerhaltung der „HIV/AIDS-Epidemie“ genutzt werden.

Durch die vielfach unzureichende medizinische Versorgung der Bevölkerung ist von einer Verschlechterung des allgemeinen Gesundheitszustandes auszugehen. Dies kann die Menschen in erhöhtem Maße vulnerabel für eine HIV-Infektion machen. So sind, wie bereits erwähnt, Geschlechtskrankheiten, die aufgrund des mangelnden Zugangs zu Gesundheitsversorgung nicht behandelt werden, förderlich für die Ausbreitung des HI-Virus und somit für den Fortbestand des Systems „HIV/AIDS-Epidemie“.

Ein unzureichendes Gesundheitssystem leistet dem Fortbestand des Systems „HIV/AIDS-Epidemie“, also der Virusverbreitung, keinen Widerstand. Diese Information stellt eine „Reizung“ dar, die von dem „Gesundheitssystem“ ausgeht und dem System „HIV/AIDS-Epidemie“ angeboten wird. Das System „HIV/AIDS-Epidemie“ kann dieses Informationsangebot annehmen, verarbeiten und für seine Systemerhaltung nutzbar machen. Die Nutzbarmachung dieser Ressourcen unterstützt die Ausbreitung des HI-Virus, so dass sich die Anzahl der infizierten und chronisch kranken Menschen zunehmend erhöht. Eine große Anzahl chronisch kranker Menschen belasten die bereits vielfach fragilen Gesundheitssysteme zusätzlich. Dies ist wiederum für eine weitere Ausbreitung förderlich, da die Gesundheitssysteme zunehmend in ihrer Handlungsfähigkeit eingeschränkt sind und adäquate Reaktionen auf die Epidemien erschwert werden.

Ein flächendeckender Zugang zu antiretroviralen Medikamenten könnte beispielsweise das Risiko der Virusübertragung von der Mutter auf das neugeborene Kind in erheblichem Maße vermindern. Dadurch kann eine Ausbreitung des Virus und somit der Fortbestand der HIV/AIDS-Epidemien eingeschränkt werden. Im Umkehrschluss kann der mangelnde Zugang zu antiretroviralen Medikamenten (ARV*) für den Fortbestand des Systems „HIV/AIDS-Epidemie“ nutzbar gemacht werden.

Interdependenzen

Zwischen dem „Gesundheitssystem“ und anderen Umweltsystemen des Systems „HIV/AIDS-Epidemie“ bestehen Interdependenzen. Das „Gesundheitssystem“ ist eng an das bereits vorgestellte System „Armut“ gekoppelt. Aus der Armutssituation auf staatlicher und individueller Ebene ergeben sich u.a. die unzureichende Gesundheitsversorgung sowie der eingeschränkte Zugang zu ARV, welche die Systemerhaltung der „HIV/AIDS-Epidemie“ unterstützen. Daher ist davon

auszugehen, dass Veränderungen des Systems „Armut“ ebenso Veränderungen im „Gesundheitssystem“ mit sich bringen würden.

Zwischen dem Gesundheitssystem und dem politischen System bestehen ebenfalls Interdependenzen. Die jeweilige Haltung der Regierung gegenüber einer HIV/AIDS-Epidemie hat beispielsweise maßgeblichen Einfluss auf die Ausstattung und Ausrichtung des Gesundheitssystems.

5.3 Politisches System

Das politische System ist als ein weiteres Teilsystem der Gesellschaft zu nennen, das sich in der Umwelt des Systems „HIV/AIDS-Epidemie befindet“ (vgl. Abbildung 3). In diesem Abschnitt werden die speziellen Faktoren des politischen Systems vorgestellt auf die das System „HIV/AIDS Epidemie“ zurückgreifen kann, um die Ausbreitung des HI-Virus zu fördern.

5.3.1 Haltung der Regierung

Die Existenz einer HIV/AIDS-Epidemie im Land wird von vielen Entscheidungsträgern auf staatlicher Ebene geleugnet. Dies ist ein wesentlicher Faktor, der bereits in den Anfangsjahren der Pandemie zu der Erhaltung des Systems „HIV/AIDS Epidemie“ beigetragen hat. Das Leugnen von HIV/AIDS-Epidemien auf Regierungsebene ereignet sich zweifelsohne nicht ausschließlich in Sub-Sahara Afrika. Es ist vielmehr ein globales Phänomen, das sich seit dem Beginn der Pandemie in den achtziger Jahren durch die Geschichte der Pandemie zieht. Bereits die Anklagen und Schuldzuweisungen hinsichtlich des afrikanischen Ursprungs des HI-Virus´ im Laufe der achtziger Jahre behinderten die Bemühungen zur Eindämmung der Epidemien (vgl. Heywood 2004, 6; Garrett 1996, 501).

Betrachtet man die Schuldzuweisungen sowie die durch die Medien verbreiteten angsteinflößenden Statistiken wird es verständlich, dass HIV/AIDS von einigen afrikanischen Regierungen und Teilen der Bevölkerung als eine weitere Form von Rassenvorurteil empfunden wurde. Zudem wurde befürchtet, dass ein Eingeständnis der Epidemien negative Auswirkungen für die Wirtschaft, insbesondere für den Tourismus, zur Folge haben könnte.

Bereits auf der ersten internationalen AIDS-Konferenz in Bungi (1985) wurde unter anderem das Ziel verfolgt, dass Vertreter der afrikanischen Regierungen sich der Realität von AIDS in ihren Ländern stellen, da einige dessen Existenz in ihren Ländern leugneten. Diese Zeit des Leugnens hat folgenschwere Konsequenzen, da viele Regierungen erst äußerst spät Bekämpfungsmaßnahmen ergriffen (vgl. Garrett 1996, 497; Heald 2004, 115).

Die Existenz von HIV/AIDS wurde beispielsweise in Malawi auf politischer Ebene geleugnet. Hier war das Thema AIDS bis 1988 ein politisch verordnetes Tabu. Durch diese Leugnung von aidskranken Menschen und aidsbedingten Todesfällen wurde wertvolle Zeit vergeudet, die für Interventionsmaßnahmen hätte genutzt werden können (vgl. Hirschmann 2003, 27f).

Südafrika

In Südafrika behinderte die umstrittene Haltung der Regierung ebenfalls die Bewältigung der Epidemie. So vertrat der südafrikanische Präsident Thabo Mbeki die Meinung, dass AIDS nicht durch ein Virus, sondern durch Armut verursacht werde. Mbeki betont den Zusammenhang zwischen AIDS und Armut und sucht somit die Ursachen der Epidemie in den wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Verhältnissen seines Landes. Dadurch erkennt er, dass ökonomische und soziale Faktoren zu der Verbreitung des Virus beitragen und vertritt daher eine im Grunde nicht abwegige These. Seine Äußerungen gingen jedoch so weit, dass er öffentlich den Zusammenhang zwischen HIV und AIDS anzweifelte und der HIV/AIDS-Epidemie nicht die gebührende Priorität im Staat einräumte. Infolgedessen wurden bis 2001 keine wirkungsvollen gesundheitspolitischen Maßnahmen umgesetzt, welche die Epidemie hätten eindämmen können (vgl. Grohs / Tietze 2005, 42f; Ayissi 2000; Rossouw 2006).

Der bereits 1994 verabschiedete „Aids National Plan“ sollte die Epidemie eindämmen. Aufgrund von mangelndem Engagement der Regierung führte er jedoch nicht zu den gewünschten Ergebnissen. Daher ist es Südafrika trotz seines relativ hohen Entwicklungsstandes bisher nicht gelungen, die HIV/AIDS-Epidemie einzudämmen.

Mittlerweile zeichnet sich eine Meinungsänderung hinsichtlich der Aidsproblematik auf staatlicher Ebene ab. Dennoch spricht die südafrikanische Gesundheitsministerin Manto Tshabala Msimang fortwährend fragwürdige Empfehlungen aus. So vertritt sie beispielsweise die Meinung, dass alternativ zu einer Therapie mit antiretroviralen Medikamenten eine ausgewogene Ernährung als Aidstherapie dienen kann. Eine ausgewogene Ernährung unterstützt sicherlich den Erfolg einer ART*, ersetzen kann sie sie jedoch nicht. Im Jahr 2003 und 2004 erklärte die südafrikanische Regierung, dass sie anstrebt antiretrovirale Medikamente durch das öffentliche Gesundheitssystem bedürftigen Menschen zur Verfügung zu stellen. Die Umsetzung der entsprechenden Programme vollzieht sich jedoch eher zögernd (vgl. Tietze 2006, 37; Marais 2000, 27f; Rossouw 2006; Copson 2006, 7; van Dijk 2005, 192).

In der freien Wirtschaft gibt es mittlerweile Ansätze, die versuchen dieses Defizit auszugleichen. Um ihre Arbeitskräfte zu schützen verabschieden Unternehmen AIDS-Aktionspläne und stellen ihren Mitarbeitern Beratung, Tests und Behandlung kostenfrei zur Verfügung. Diese Maßnahmen beziehen sich jedoch lediglich auf die Mitarbeiter der Unternehmen. Daher können derartige Programme eine staatliche Versorgung durch öffentliche Gesundheitsdienste gewiss nicht ersetzen. (vgl. Wittek 2003, 157f). Wenn die HIV/AIDS-Epidemien auf politischer Ebene nicht in dem erforderlichen Maße anerkannt werden, besteht die Gefahr, dass ein notwendiger Ausbau eines adäquaten Gesundheitssystems als weniger dringlich empfunden wird. Das Unterbleiben von Schutzmaßnahmen, wie beispielsweise der Verabreichung von antiretroviralen Medikamenten, die das Risiko der Mutter-Kind-Übertragung vermindern, ist demnach maßgeblich auf die Apathie der Regierungen gegenüber den HIV/AIDS-Epidemien zurückzuführen (vgl. Bate OMI 2005, 83; Sartorius 2001(a), 3).

Uganda

Länder, wie Uganda, in denen die HIV/AIDS-Ausbreitung eingedämmt werden konnte, verdeutlichen, wie wichtig es für eine wirksame Bewältigungsstrategie ist, dass sie auf höchster politischer Ebene und von der gesamten Bevölkerung mitgetragen wird.

Der ugandische Präsident Yoweri Museveni hatte das Thema AIDS bei seiner Machtübernahme im Jahr 1986 zur „Chefsache“ erklärt. Im Jahr 1988 wurde ein nationales AIDS-Kontrollprogramm im Gesundheitsministerium eingerichtet. Dieses Programm beinhaltet die Durchführung von epidemiologischen Studien und Informationskampagnen, eine Kontrolle der Sicherheit von Bluttransfusionen, die Versorgung der Betroffenen und die Eindämmung sexuell übertragbarer Krankheiten. Die 1992 geschaffene nationale „Uganda Aids Commission“ (UAC) besteht aus Vertretern der Ministerien, des Parlaments, religiöser Gruppen und Einzelpersonen, die sich im Rahmen des „Gemeinsamen Nationalen Planungsteams“ für die Koordinierung aller HIV/AIDS-spezifischen Maßnahmen der Regierungs-, Nichtregierungsorganisationen und religiöser Gruppierungen in Uganda sorgt.

Uganda hatte einst die höchste Aidsrate in Afrika zu verzeichnen. Durch jahrelange offensive Aufklärungsarbeit und die multisektorielle Beteiligung aller gesellschaftlichen Gruppen konnte diese jedoch massiv gesenkt werden. Die Senkung der Prävalenzrate ist das Ergebnis von einem Bündel aus Maßnahmen, die auf den Grundsätzen der politischen Unterstützung, der offenen Informations-

politik und des multisektoriellen Ansatzes basieren. Die Maßnahmen haben dazu geführt, dass die Zahl der Gelegenheitspartner abgenommen, der Gebrauch von Kondomen zugenommen und das Alter der ersten sexuellen Aktivität gestiegen ist (vgl. Fleischer / Ochel 2005, 34; Lokol 2001, 10f; Vanselow 2001, 8).

Neuere Studien deuten jedoch darauf hin, dass dieser drastische Rückgang nicht nur als Folge von gelungenen Präventionskampagnen gewertet werden kann, sondern ebenso auf die aidsbedingte hohe Mortalitätsrate im Land zurückzuführen ist. Dennoch ist Yoweri Museveni als einer der wenigen Politiker im subsaharischen Afrika zu nennen, der die HIV/AIDS-Epidemie von Anfang an entschieden bekämpfte (vgl. Tietze 2006, 38).

Am Beispiel Ugandas wird deutlich, dass eine HIV/AIDS-Epidemie eingedämmt werden kann, wenn dies als gesamtgesellschaftliche Aufgabe empfunden wird. Eine engagierte Regierung ist kein Garant für eine effektive HIV/AIDS-Bekämpfung. Dennoch ist politischer, gepaart mit zivilgesellschaftlichem Einsatz, zweifelsohne ein essentieller Faktor, ohne den eine Bewältigung der Epidemie nicht möglich ist (vgl. Marais 2000, 27f).

5.3.2 Schlussfolgerungen

Zwischen dem System „HIV/AIDS-Epidemie“ und dem „politischen System“ bestehen Kopplungen, die es einer Epidemie ermöglichen, einige Aspekte des politischen Systems für die eigene Systemerhaltung nutzbar zu machen.

Wenn die Existenz einer HIV/AIDS-Epidemie von der Regierung oder von bedeutenden Entscheidungsträgern auf staatlicher Ebene geleugnet wird, besteht die Gefahr, dass keine oder keine umfassenden Interventionsmaßnahmen eingeleitet werden. Diese fehlenden oder unzureichenden Maßnahmen führen dazu, dass sich das HI-Virus weiterhin ausbreiten kann und unterstützen somit den Fortbestand des Systems „HIV/AIDS-Epidemie“. Dieser fehlende Widerstand stellt ein Informationsangebot des politischen Systems an das System „HIV/AIDS-Epidemie“ dar, das von dem System „HIV/AIDS-Epidemie“ angenommen, verarbeitet und für die Systemerhaltung nutzbar gemacht werden kann.

Interdependenzen

Diese Ausführungen verdeutlichen zudem die bereits im vorherigen Abschnitt angedeutete Interdependenz zwischen dem „Gesundheitssystem“ und dem „politischen System“. Die Haltung der Regierungen wirkt dem sich maßgebend auf die Ausrichtung staatlicher Institutionen aus. Bei einer Leugnung der Epidemie auf staatlicher Ebene werden sicherlich keine Maßnahmen ergriffen werden, die das Gesundheitssystem derart stärken, dass eine adäquate Reaktion auf die Epidemie

ermöglicht werden könnte. Demzufolge hätten Modifikationen im „politischen System“ Veränderungen im „Gesundheitssystem“ zur Folge.

Zudem steht das politische System in interdependenter Beziehung zu dem System „Armut“. Wie bereits dargestellt, wurden in den ärmsten Ländern Afrikas die Gesundheitsausgaben in den neunziger Jahren drastisch gekürzt. Der Rückzug des Staates aus der sozialpolitischen Verantwortung begründet sich unter anderem in der hohen Auslandsverschuldung und hat ein vielfach unzureichendes Gesundheitssystem zur Folge. Von staatlicher Seite kann aufgrund von fehlenden finanziellen Mitteln kein öffentliches Gesundheitssystem gewährleistet werden, das flächendeckend eine adäquate Versorgung der gesamten Bevölkerung sicherstellt. Daher sind Menschen, die in Armut leben in ihren Möglichkeiten zur gesundheitlichen Versorgung deutlich eingeschränkt sind. Eine umfassende Armutsbekämpfung der Regierung kann sich positiv auf die Eindämmung der Epidemien auswirken. Dies setzt allerdings eine entsprechende anerkennende Haltung der Regierung gegenüber den Problemen im Land voraus. Demnach hat eine Veränderung des „Politischen Systems ebenso eine Veränderung des Systems „Armut“ zur Folge.

Überdies scheint es Interdependenzen zwischen dem politischen System und dem Rechtssystem zu geben. So hat die Haltung der Regierung gegenüber HIV/AIDS maßgeblichen Einfluss auf die entsprechende Rechtslage im Land.

5.4 Rechtssystem

Neben den bereits beschriebenen Teilsystemen beeinflussen zudem die Einhaltung, bzw. Nichteinhaltung der Menschenrechte sowie insbesondere die Gewährung, bzw. Nichtgewährung der Frauenrechte die Ausbreitung des HI-Virus. Diese befinden sich als Informationen des Rechtssystems in der Umwelt des Systems „HIV/AIDS-Epidemie“. In diesem Abschnitt soll dargestellt werden welche Aspekte oder Informationsangebote des Rechtssystems von dem System „HIV/AIDS-Epidemie“ als Ressourcen genutzt werden können, um seinen Fortbestand sicherzustellen.

5.4.1 Menschenrechtsverletzungen

Die „Allgemeine Erklärung der Menschenrechte“ der UN von 1948 besagt, dass Menschenrechte universell für alle Menschen immer und überall gültig sind und man Niemandem das Recht auf deren Einhaltung entziehen kann. Dennoch finden Menschenrechtsverletzungen statt. Einige dieser Menschenrechtsverletzungen können die Vulnerabilität für eine HIV-Infektion erhöhen. Obwohl laut der Menschen-

rechte die Diskriminierung eines Menschen aufgrund seines Gesundheitszustandes nicht zulässig ist, sind HIV-infizierte Menschen, aufgrund ihres HIV-positiven Status, zudem häufiger Opfer von Menschenrechtsverletzungen. (vgl. Weinreich / Benn 2005, 78).

Recht auf Gesundheit

Die Verletzung der Menschenrechte „Recht auf Gesundheit“ und „Recht auf Leben“ können eine erhöhte Vulnerabilität für eine HIV-Infektion zur Folge haben. Durch den bereits erwähnten unzureichenden Zugang zu adäquater Gesundheitsversorgung werden diese fundamentalen Menschenrechte verletzt. Der Zugang zu menschenwürdiger und lebensbewahrender Gesundheitsversorgung sollte als ein grundsätzliches Recht angesehen werden. Dies sollte allen Menschen, unabhängig ihres Geschlechts, ihrer Religion, ihrer ethischen Zugehörigkeit, ihrem sozialen Status und ihrer wirtschaftlichen Lage zugestanden werden. Dennoch wird insbesondere Frauen aufgrund ihres vielfach niedrigeren sozialen Status´ der Zugang zu Gesundheitsversorgung oftmals verwehrt. Zudem mangelt es beispielsweise Prostituierten, Flüchtlingen und MigrantInnen Zugang an zu medizinischer Versorgung. Dies macht sie u.a. vulnerabel für eine HIV-Infektion (vgl. Weinreich / Benn 2005, 78f; 120f).

Dieser Umstand verletzt das in Artikel 25 beschriebene „Recht auf Gesundheit und ärztliche Versorgung“ und wirkt sich fördernd auf die Ausbreitung des HI-Virus aus.

„Artikel 25:

- 1. Jeder hat das Recht auf einen Lebensstandard, der seine und seiner Familie Gesundheit und Wohl gewährleistet, einschließlich Nahrung, Kleidung, Wohnung, ärztliche Versorgung und notwendige soziale Leistungen gewährleistet sowie das Recht auf Sicherheit im Falle von Arbeitslosigkeit, Krankheit, Invalidität oder Verwitwung, im Alter sowie bei anderweitigem Verlust seiner Unterhaltsmittel durch unverschuldete Umstände“ (UN 1948)*

Recht auf Bildung

Des Weiteren ist das Recht auf Bildung als Menschenrecht zu nennen, deren Verletzung die Ausbreitung des HI-Virus beeinflussen kann. Ein eingeschränkter Zugang zu Bildung hat maßgeblichen Einfluss auf die Ausbreitung des HI-Virus. Denn mangelnde Bildung beeinträchtigt die Vermittlung und Verarbeitung auch von informell vermittelten HIV-spezifischen Informationen (vgl. 5.1.2). Vielfach ist der unentgeltliche Zugang zu Bildung jedoch nicht gewährleistet. Selbst wenn für

Grundschulbildung keine Schulgebühren erhoben werden, ist es für Familien, die in Armut leben, bereits schwierig die notwendigen finanziellen Mittel für entsprechende Schulmaterialien wie Bücher oder Schuluniformen aufzubringen. Zudem müssten sie auf die Arbeitskraft der Kinder verzichten. Ein eingeschränkter Zugang zu Bildung verletzt Artikel 26 der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte.

„Artikel 26:

- 1. Jeder hat das Recht auf Bildung. Die Bildung ist unentgeltlich, zum mindesten der Grundschulunterricht und die grundlegende Bildung. Der Grundschulunterricht ist obligatorisch. Fach- und Berufsschulunterricht müssen allgemein verfügbar gemacht werden, und der Hochschulunterricht muß allen gleichermaßen entsprechend ihren Fähigkeiten offenstehen“ (UN 1948).*

Gleichberechtigung der Geschlechter innerhalb der Ehe

Ein weiteres Menschenrecht, dessen Verletzung eine HIV-Vulnerabilität erhöhen kann, ist das Recht auf Gleichberechtigung der Geschlechter innerhalb der Ehe. Viele Frauen im subsaharischen Afrika sind aufgrund ihres oftmals niedrigeren sozialen Status´ in ihren Möglichkeiten zu einem selbstbestimmten Sexualleben eingeschränkt. Dieser niedrigere soziale Status von Frauen lässt auf eine Ungleichbehandlung der Geschlechter schließen, die gegen Artikel 16 der Menschenrechtskonvention verstößt.

„Artikel 16:

- 1. Heiratsfähige Frauen und Männer haben ohne Beschränkung auf Grund der Rasse, der Staatsangehörigkeit oder der Religion das Recht zu heiraten und eine Familie zu gründen. Sie haben bei der Eheschließung, während der Ehe und bei deren Auflösung gleiche Rechte“ (ebd.).*

Verpflichtung zu internationaler Kooperation

In Bezug auf die Realisierung von Menschenrechten beinhalten die Menschenrechtsgesetze Verpflichtungen von Staaten zur internationalen Kooperation. Demnach haben Staaten die Pflicht die Einhaltung der Menschenrechte nicht nur im eigenen Land, sondern auch in anderen Ländern zu fördern. Im Kontext der HIV/AIDS-Epidemien bedeutet diese Verpflichtung, dass Industrieländer sich dafür einsetzen müssen, den Entwicklungsländern eine adäquate HIV/AIDS Bekämpfung zu ermöglichen. Dafür muss u.a. ein verbesserter Zugang zu Gesundheits- und Bildungseinrichtungen gewährleistet werden. Entwicklungsgelder, Schuldenerlasse oder eine Neugestaltung internationaler

Handelsabkommen können dazu beitragen, dass arme Länder HIV/AIDS effektiver bekämpfen können.

Patentregelungen, welche die Herstellung von Generika verbieten, scheinen in Anbetracht dieser Verpflichtung der Staaten nicht legitim zu sein (vgl. Weinreich / Benn 2005, 79).

5.4.2 Verletzung von Frauenrechten

Wie bereits erwähnt, sollen Menschenrechte universell für alle Menschen immer und überall gültig sein und es darf Niemandem das Recht auf deren Einhaltung entzogen werden. Dennoch finden Menschenrechtsverletzungen statt, von denen in vielen Fällen Frauen betroffen sind. Die Verletzung von Menschenrechten von Frauen hat für ihre Vulnerabilität und somit für die Ausbreitung des HI-Virus eine besondere Bedeutung. Daher verdienen sie eine ebenso gesonderte Betrachtung.

Laut „Human Rights Watch“ steht die hohe Anzahl der HIV-Infektionen unter Frauen und Mädchen in direktem Zusammenhang mit dem ungleichen sozialen, wirtschaftlichen und rechtlichen Status von Männern und Frauen. Demnach werden Frauen und Mädchen durch die Verletzung der Frauenrechte in erhöhtem Maße vulnerabel für eine HIV-Infektion (vgl. Human Rights Watch 2005, 1). Die bereits in der „Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte“ festgelegte Gleichberechtigung von Mann und Frau wurde aufgrund der fortdauernden Diskriminierung von Frauen in der UN-Frauenkonvention von 1979 nochmals ausführlich geregelt (UN 1979).

Zunächst wird darin festgehalten, dass jegliche Form von Diskriminierung von Frauen verurteilt und mit allen geeigneten Mitteln bekämpft werden soll. In dieser Konvention wird unter Diskriminierung von Frauen Folgendes verstanden:

„jede mit Geschlecht begründete Unterscheidung, Ausschließung oder Beschränkung, die zur Folge oder zum Ziel hat, dass die auf die Gleichberechtigung von Mann und Frau gegründete Anerkennung, Inanspruchnahme oder Ausübung der Menschenrechte und Grundfreiheiten durch die Frau – ungeachtet ihres Zivilstands – im politischen, wirtschaftlichen, sozialen, kulturellen, staatsbürgerlichen oder jedem sonstigen Bereich beeinträchtigt oder vereitelt wird“ (UN 1979, Art. 1).

Im Gegensatz zu vorherigen Konventionen erkennt diese Konvention Rechtsverletzungen an, die von nicht-staatlichen Akteuren ausgehen. Dies ist im Rahmen der Frauenrechte von besonderer Bedeutung, da Rechtsverletzungen gegen Frauen vielfach nicht von staatlicher sondern von privater Seite erfolgen (vgl. <http://www.dadalos-d.org>, Stand 12.02.2008). Im Folgenden wird exemplarische

dargestellt, wie sich eine Missachtung der Frauenrechte auf die Vulnerabilität von Frauen für eine HIV-Infizierung auswirkt.

Häusliche Gewalt

Laut Radhika Coomaraswamy, der Sonderberichterstatterin der Vereinten Nationen für Gewalt gegen Frauen, wird unter häuslicher Gewalt, Gewalt verstanden, *„die in der häuslichen Sphäre begangen wird und auf Frauen zielt, wegen ihrer Rolle in diesem Bereich, oder geeignet ist, Frauen in der häuslichen Sphäre negativ und direkt zu treffen“* (Bericht der Sonderberichterstatterin für Gewalt gegen Frauen 1993, zit. in: Gabriel 2001(c), 74).

Die Erklärung der Vereinten Nationen zur Beseitigung von Gewalt gegen Frauen aus dem Jahr 1993 erkennt Gewalt gegen Frauen international als Menschenrechtsverletzung an. Gewalt gegen Frauen wird darin als eine Manifestation der historisch bedingten, ungleichen Machtverteilung zwischen Männern und Frauen betrachtet. Häusliche Gewalt ist weltweit die zahlenmäßig verbreitetste Form der Gewalt gegen Frauen. Da Frauen vielfach nicht über ausreichend ökonomische und soziale Ressourcen verfügen, stellt eine Beendigung einer Gewaltbeziehung für die Frau eine existentielle Bedrohung dar (vgl. Gabriel 2001(c), 75ff).

Laut „Human Rights Watch“ ist häusliche Gewalt ein Hauptgrund für eine HIV-Infektion von Frauen und trägt maßgeblich zu den hohen Infektionsraten unter Frauen bei. Dennoch sind viele Regierungen nicht in der Lage, häusliche Gewalt zu unterbinden, strafrechtlich zu verfolgen oder den Überlebenden ärztliche und juristische Hilfestellung zu leisten. So werden beispielsweise Vergewaltigungen in der Ehe vielfach nicht als Straftat geahndet (vgl. „Human Rights Watch“ 2005, 2).

Verletzung des Eigentums- und Erbrechts

In einigen Regionen im subsaharischen Afrika verfügen Frauen nicht über die gleichen Eigentumsrechte wie Männer. So hängt das Eigentumsrecht von Frauen vielfach von einer Beziehung zu einem Mann ab. Im Falle einer Scheidung oder dem Tod des Mannes verlieren die Frauen häufig ihren Besitz, wie das Haus, den Grund oder das Vieh. Dies verstößt gegen Artikel 16 der UN Frauenkonvention. Dieser besagt, dass Frauen gleiche Rechte innerhalb der Ehe, als auch bei deren Auflösung haben, sowie die gleichen Rechte hinsichtlich des Eigentums an Vermögen, deren Verwaltung, Nutzung und Verfügung. Dieses Recht wird jedoch häufig missachtet.

In einigen Regionen im subsaharischen Afrika wird versucht diese Benachteiligung durch traditionelle Praktiken aufzufangen. Als eine dieser Praktiken ist die

Witwenvererbung zu nennen. Im Rahmen dessen übernimmt nach dem Tod des Mannes ein männlicher Verwandter des Verstorbenen die Ehefrau und sorgt dadurch für eine Absicherung der Frau. Vorher findet eine rituelle Reinigung statt. Die Frau wird durch Geschlechtsverkehr, der mit einem „Witwenreiniger“ stattfindet, von den bösen Geistern des verstorbenen Ehemannes gereinigt. Derartige traditionelle Praktiken verlieren im Zeitalter einer modernen Krankheit wie „HIV/AIDS“ jedoch an Funktionalität und fördern maßgeblich die Ausbreitung des HI-Virus (vgl. „Human Rights Watch“ 2005, 2ff; UN 1979, Artikel 16).

Reproduktive Rechte

Reproduktive Rechte beziehen sich zunächst auf das Recht, eine Familie zu gründen, das Recht, die Anzahl der Kinder zu bestimmen oder auf das Recht auf Informationen über Familienplanung. Das Recht der Frauen, ihre eigene Fertilität zu kontrollieren, also über ihren Körper und ihre Fortpflanzung selbst zu bestimmen, ist ebenfalls darunter zu verstehen (vgl. Gabriel 2001(b), 63).

Laut Artikel 16e der UN-Frauenkonvention haben Frauen

„das gleiche Recht auf freie und verantwortungsbewusste Entscheidung über Anzahl und Altersunterschied ihrer Kinder sowie auf Zugang zu den zur Ausübung dieser Rechte erforderlichen Informationen, Bildungseinrichtungen und Mitteln“ (UN 1979, Artikel 16e).

Frauen wird aufgrund ihres vielfach niedrigeren sozialen Status jedoch das Recht auf sexuelle Autonomie verwehrt und ein risikobewusstes Sexualverhalten dadurch nahezu unmöglich (vgl. 5.5.3).

Frauen sind von der Missachtung der anfangs in diesem Abschnitt vorgestellten Menschenrechte, wie dem Recht auf Gesundheitsversorgung und dem Recht auf Bildung in besonderem Maße betroffen. Denn Frauen wird aufgrund ihres vielfach niedrigeren sozialen Status´ häufiger der Zugang verwehrt (vgl. Gabriel 2001(a), 52).

5.4.3 Schlussfolgerungen

Zwischen dem System „HIV/AIDS-Epidemie“ und dem „Rechtssystem“ bestehen Kopplungen. Die beschriebenen Aspekte stellen Informationsangebote des Rechtssystems an das System „HIV/AIDS-Epidemie“ dar, welche die Epidemie annehmen, verarbeiten und für die Systemerhaltung nutzbar machen kann.

So stellt beispielsweise die Missachtung des Rechts auf „Gesundheit und ärztliche Versorgung“ eine Reizung oder eine Information dar, die von dem Rechtssystem

ausgeht und dem System „HIV/AIDS-Epidemie“ angeboten wird. Die Information, dass kein Recht auf adäquate Gesundheitsversorgung gewährleistet wird, kann von dem System „HIV/AIDS-Epidemie“ für den eigenen Fortbestand nutzbar gemacht werden. Die Information des Rechtssystems, dass das Menschenrecht auf Bildung missachtet wird, kann ebenso zur Virusausbreitung beitragen und somit der Systemerhaltung des Systems „HIV/AIDS-Epidemie“ dienen.

Zudem wird deutlich, dass der verhältnismäßig hohe Anteil an infizierten Frauen kein Zufall ist, sondern unter anderem eine direkte Folge der Missachtung der Menschenrechte von Frauen darstellt (vgl. „Human Rights Watch“ 2005, 9). Wie beschrieben, gilt die Anwendung von Gewalt gegen Frauen als Menschenrechtsverletzung. In vielen Ländern wird jedoch beispielsweise Vergewaltigung innerhalb der Ehe nicht als Straftat geahndet. Durch diese gewaltvollen Sexualverbrechen sind Frauen einem erhöhten Infektionsrisiko ausgesetzt. Diese Information des Rechtssystems kann, ebenso wie die beschriebene Benachteiligung in Erbschafts- und Scheidungsangelegenheiten sowie die Missachtung des „Rechts auf Reproduktive Gesundheit“, zum Fortbestand des Systems „HIV/AIDS-Epidemie“ beitragen.

Interdependenzen

Zwischen dem „Rechtssystem“ und anderen Umweltsystemen der HIV/AIDS-Epidemie bestehen Interdependenzen. Das „Rechtssystem“ ist beispielsweise an das „Politische System“ gekoppelt, da die Haltung der jeweiligen Regierung Einfluss auf die Rechtslage im Land hat. Wenn auf der Regierungsebene eine epidemische Ausbreitung des HI-Virus im Land geleugnet wird, wird keine Auseinandersetzung mit den möglichen Folgen für die HIV-Ausbreitung durch eine Missachtung von Menschenrechten stattfinden. Die verstärkte Notwendigkeit der Einhaltung dieser Menschenrechte wird nicht wahrgenommen werden. Eine Veränderung des „Politischen Systems“, also eine veränderte Haltung der Regierung, hätte demnach ebenso Veränderungen des „Rechtssystems“ zur Folge.

Zudem bestehen Interdependenzen und Kopplungen zwischen dem „Rechtssystem“ und dem „Gesundheitssystem“. Ein mangelhaftes Gesundheitssystem kann keine adäquate Gesundheitsversorgung der Bevölkerung gewährleisten. Dadurch wird das „Recht auf Gesundheit und ärztliche Versorgung“ verletzt. Dies sollte laut der „Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte“ jedoch allen Menschen zuteil werden. Ein funktionierendes „Rechtssystem“ müsste sich für die Einhaltung der Menschenrechte einsetzen. Dies hätte Auswirkungen auf das „Gesundheitssystem“, da die Gesundheitssysteme ausgebaut werden müssten, um der Bevölkerung das Recht auf adäquate Gesundheitsversorgung gewähren zu können.

Des Weiteren stellt das „Rechtssystem“ durch die Menschenrechte die Information bereit, dass Staaten sich zu einer internationalen Kooperation in Bezug auf die Realisierung von Menschenrechten verpflichten. Demnach können Patentregelungen, welche die Herstellung von Generika verbieten, nicht legitim sein. Dieses Informationsangebot des „Rechtssystems“ könnte von dem „Gesundheitssystem“ aufgenommen und verarbeitet werden und sich dadurch auf den Zugang zu ART auswirken. Dies würde nicht der Systemerhaltung des Systems „HIV/AIDS-Epidemie“, sondern der Eindämmung der Pandemie dienen.

Zwischen dem „Rechtssystem“ und dem System „Armut“ besteht ebenso eine Interdependenz. So wird Menschen, die in Armut leben, besonders häufig das Recht auf Gesundheit und ärztliche Versorgung verwehrt, da sie entweder nicht die nötigen finanziellen Mittel aufbringen können oder die staatliche Gesundheitsversorgung keine gute medizinische Behandlung gewährleistet.

Wie der Unterabschnitt 5.4.2 verdeutlicht hat, bestehen ebenso Interdependenzen zwischen dem „Rechtssystem“ und dem System „Familie“. So ist die Missachtung der Menschenrechte von Frauen, wie beispielsweise die Benachteiligung von Frauen bei Erb- und Scheidungsangelegenheiten, teilweise als eine Folge der Interaktion innerhalb der Familie zu betrachten.

5.5 System „Familie“

Das System „Familie“ ist als weiteres Teilsystem zu nennen, das sich in der Umwelt des Systems „HIV/AIDS-Epidemie“ befindet und das von dem Epidemiesystem als Ressource zur Systemerhaltung genutzt werden kann (vgl. Abbildung 3). Es wird angenommen, dass die Auflösung traditioneller Familienstrukturen sowie der Status von Frauen, Männern und Kindern Einfluss auf die Vulnerabilität für eine HIV-Infektion haben.

In Afrika südlich der Sahara ist das Zusammenleben von Frauen, Männern und Kindern von einer großen Variationsbreite gekennzeichnet, so dass die folgenden Beschreibungen nicht als universell gültig, sondern lediglich als exemplarische Darstellungen betrachtet werden können (vgl. Schäfer 2003, 66f).

Grau weist darauf hin, dass es im Kolonialismus zu einem erheblichen Wandel der Zuschreibung und Übernahme sozialer Rollen kam. Dieser Wandel der Geschlechterverhältnisse hatte gesamtgesellschaftlich, als auch im familiären Bereich, eine Umgestaltung der Machtverhältnisse zur Folge. Im Rahmen des Kolonialismus und der Mission entstanden neue Formen der Arbeitsteilung, so dass Männern die produktive Arbeit (Lohnarbeit) und Frauen die vermeintlich weniger produktive Arbeit (Arbeit in der häuslichen Umgebung) zugeschrieben wurde (Grau

2006, 84ff). In Gesellschaften im subsaharischen Afrika dominieren bis heute patriarchale Strukturen (vgl. Hofmeier / Mehler 2005, 117f).

Inwiefern diese patriarchalen Strukturen, die Auflösung traditioneller Strukturen einer Großfamilie oder auch die besondere Vulnerabilität von Jugendlichen der Systemerhaltung des Systems „HIV/AIDS-Epidemie“ dienen können, wird im Folgenden dargestellt.

5.5.1 Auflösung traditioneller Familienstrukturen

Die Formen des Zusammenlebens sind in Afrika südlich der Sahara von großer Vielfalt gekennzeichnet. Daher erweist es sich als unmöglich, ein einziges Familienmuster als die „traditionelle Familienstruktur“ im subsaharischen Afrika aufzuzeigen.

Eine traditionelle afrikanische Familienform ist beispielsweise die „Großfamilie“. Diese besteht aus drei oder vier Generationen. Solidarität und das Leben in der Gemeinschaft sind hierbei von besonderer Bedeutung. Diese traditionelle Familienstruktur der „Großfamilie“ war und ist zahlreichen Einflüssen ausgesetzt und befindet sich dadurch in einem Wandel. Gemeinschaftsstrukturen verlieren mit dem Einzug der Moderne an Bedeutung, die Strukturen der „Großfamilie“ befinden sich in einem Transformationsprozess (vgl. Herzberger-Fofana 2005; Hofmeier / Mehler 2005, 95).

Laut Gronemeyer ziehen Modernisierungsprozesse die Auflösung traditioneller Lebensverhältnisse nach sich, die zu einem Verlust von sozialer Kontrolle durch die Familie oder durch die Gemeinschaft führen. Die traditionellen Lebensverhältnisse im subsaharischen Afrika wurden durch die Kolonialisierung und die Entwicklungsdekaden derart verändert, dass ideale Voraussetzungen für die Ausbreitung des HI-Virus geschaffen wurden. Bereits die Zeit des Kolonialismus bewirkte die Destruktion von traditionellen Formen sozialer Kontrolle und gemeinschaftlicher Orientierung, ohne dass sich neue Formen des gesellschaftlichen Zusammenlebens adäquat entwickeln konnten. Die koloniale Herrschaft und die damit einhergehende Zwangsarbeit sowie die entlohnte Wanderarbeit in Minen und auf Farmen hatten die Entfernung der Männer aus ihren familiären und dörflichen Zusammenhängen zur Folge. Dieser Aufbruch lokaler Bindungen führte zur Destruktion traditioneller Lebensverhältnisse und Entmachtung sozialer Kontrollen durch die Familie (vgl. Gronemeyer 2002, 64; 75; 122).

In Südafrika hat das in einigen Regionen verankerte System der Wanderarbeit und die damit einhergehende räumliche Trennung zur Auflösung ehelicher Bindungen und traditioneller Familienstrukturen beigetragen. Aufgrund der räumlichen Trennung von der Ehefrau, gehen männliche Arbeiter häufiger sexuelle Kontakte mit

Prostituierten ein. Dadurch wird ihr eigenes Infektionsrisiko, als auch das Infektionsrisiko der Ehefrau deutlich erhöht. Eine andauernde Abwesenheit der Männer von ihren Familien kann dazu führen, dass die migrierten Männer neue Haushalte im urbanen Kontext gründen. Dies erhöht somit die Wahrscheinlichkeit eines weiteren Aufbruchs lokaler Bindungen (vgl. OP 2005, 46f; Tietze 2006, 35; Grau 2006, 90).

Bereits Mitte der achtziger Jahre kamen amerikanische WissenschaftlerInnen zu der Erkenntnis, dass in abgelegenen Gebieten in Zentralafrika die Ausbreitung des HI-Virus¹⁵ durch Formen des traditionellen Dorflebens begrenzt wurde. Außereheliche sexuelle Kontakte wurden verurteilt und konnten innerhalb der Gemeinschaft nicht verborgen werden. Sie gehen davon aus, dass die Auflösung dieser traditionellen Strukturen die Ausbreitung der Epidemie bereits damals begünstigt hat. Die Urbanisierung, welche die Auflösung traditioneller Strukturen fördert, stellt einen Schlüsselfaktor für das Auftauchen von AIDS in Afrika dar. Urbanisierung und Migration sowie die daraus resultierenden sozialen Veränderungen, wie die fehlende lokale Bindung und erhöhte Mobilität, sind Faktoren, die maßgebend zu der Ausbreitung der HIV-Epidemien beitragen (vgl. Garrett 1996, 512).

5.5.2 Vulnerabilität von Kindern und Jugendlichen

Ende 2005 lebten in Afrika südlich der Sahara zwei Millionen HIV-infizierte Kinder unter 15 Jahren (vgl. Anhang B 2). Hier leben nahezu 90% der infizierten Kinder weltweit (vgl. UNAIDS 2006, 15). Folglich sind Kinder und Jugendliche¹⁵ in Sub-Sahara Afrika überproportional von den Epidemien betroffen. Einige der Faktoren, die zu einer erhöhten HIV/AIDS Vulnerabilität von Kindern und Jugendlichen beitragen, werden im Folgenden beschrieben.

Jugendliche zwischen Tradition und Moderne

Jugendliche haben sich häufig dem Vorwurf der Promiskuität auszusetzen. Diese Unmoral wird dem Einfluss des westlichen Lebensstils auf die Lebenswelt der Jugendlichen angelastet. Die Phase der Jugend, die relativ neu in afrikanischen Ländern südlich der Sahara ist, schließt das Kennenlernen und Ausprobieren von Sexualität mit ein. Durch die Tabuisierung jugendlicher Sexualität wird dies jedoch zu einer Lebensphase mit besonderer Infektionsgefahr. Häufig wird in Form von moralisierenden Ermahnungen nicht der ungeschützte Geschlechtsverkehr an sich, sondern das unmoralische Verhalten von Jugendlichen, also der Geschlechts-

¹⁵ Traditionell wurden Kinder in Afrika bis zu ihrer Initiation als Kinder und im Anschluss daran als vollwertige, erwachsene, verantwortungstragende Mitglieder der Gesellschaft betrachtet. Daher scheint das Konzept „Jugend“ eine westliche Konstruktion zu sein. Dennoch wird aufgrund der besonderen Problemlage dieser speziellen Altersgruppe die Bezeichnung „Jugendliche“ in dieser Arbeit verwendet (Vgl. hierzu Hirschmann 2003, S.40f).

verkehr vor der Ehe, als Ursache für eine HIV-Infektion angesehen. Daher wird HIV/AIDS-Prävention im Jugendbereich vielfach mit moralischer Erziehung kombiniert. Diese beruht weniger auf Aufklärung als auf Hinwendung zu Religion und moralischen Werten. Erst durch die Ehe werden sexuelle Bedürfnisse gesellschaftlich legitimiert. Die von den älteren Generationen überlieferten Bräuche und Traditionen setzen viele Jugendliche in den Ländern Afrikas südlich der Sahara unter Druck, da sie teilweise in Kontrast zu ihrer von Modernisierung und Globalisierung geprägten Lebenswelt stehen (vgl. Hirschmann 2003, 38ff, 47f).

Sexualerziehung

Als traditionelle Erziehungsmethode gilt die Initiation. Hierbei werden kulturell akzeptierte Verhaltensweisen im Allgemeinen und insbesondere im Bereich der Sexualität, jedoch kein HIV/AIDS spezifisches Wissen vermittelt. Die Initiation ist eine weit verbreitete wichtige Institution. Diese kann jedoch Praktiken beinhalten, die das HIV-Infektionsrisiko erhöhen. Eine verbreitete Praktik ist beispielsweise die Defloration eines jungen Mädchens durch einen wesentlich älteren Mann, ohne die Verwendung einer Infektionsprophylaxe. Die ohnehin bestehende Infektionsgefahr bei ungeschütztem Geschlechtsverkehr wird zusätzlich dadurch erhöht, dass die Verletzungsgefahr bei den biologisch unreifen Körpern der jungen Mädchen steigt. Im Gegensatz zur freien, selbstständig gewählten, „unmoralischen“ vorehelichen Promiskuität ist der im Rahmen der Initiation praktizierte, voreheliche Geschlechtsverkehr gesellschaftlich legitimiert. In diesem Fall gilt er als traditionell eingebettet und gesellschaftlich kontrolliert. In vielen Gebieten Afrikas südlich der Sahara ist der gesellschaftliche Druck auf die Jugendlichen, sich einer Initiation zu unterziehen, sehr hoch. Philippe Denis OP gibt zu bedenken, dass eine frühe Initiation zunächst den Zeitraum sexueller Kontakte sowie ebenso die Anzahl potentieller Sexualpartner erhöht. Dadurch wird das HIV-Infektionsrisiko ebenfalls gesteigert (vgl. Hirschmann 2003, 41ff; 67; OP 2005, 44).

Im schulischen Bereich scheitert die Sexualerziehung und die HIV/AIDS-spezifische Aufklärung vielfach an einer restriktiven Schulpolitik. Zudem ist das Lehrpersonal oftmals nicht in der Lage unter den erschwerten Bedingungen von überfüllten und altersmäßig sehr heterogenen Klassen adäquate Aufklärungsarbeit zu leisten. Die familiäre Erziehung und die Lehrpläne der Schulen werden in hohem Maße von der ausgeprägten Sexualmoral der christlichen Kirchen beeinflusst. Von konservativen Kräften wird häufig die Meinung vertreten, dass ein offener Umgang mit und Informationen über Sexualität zu Promiskuität unter Jugendlichen führt und gegen traditionelle kulturelle Vorstellungen verstößt. So sind beispielsweise 40% der Eltern

in Lesotho gegen eine schulische Aufklärung ihrer Kinder über den Gebrauch von Kondomen (vgl. Hirschmann 2003, 38; 83; 89; UNAIDS/WHO 2006, 16).

Laut Hirschmann wird in der Familie Sexualität vielfach nicht artikuliert, sondern tabuisiert. Daraus resultiert eine weit verbreitete Unkenntnis des eigenen Körpers und mangelnde Kenntnisse über reproduktive Gesundheit. Vorhandene Informationsangebote werden aufgrund der Tabuisierung jugendlicher Sexualität und der daraus resultierenden Angst, dabei entdeckt zu werden, kaum in Anspruch genommen. Durch die Tabuisierung von Sexualität, wird in vielen Regionen Afrikas südlich der Sahara, eine ganze Generation einem erhöhten HIV-Infektionsrisiko ausgesetzt. Anstatt mit Aufklärung wird ihnen mit moralischen Maßregelungen begegnet. Durch eine Unkenntnis über physiologische und biologische Grundlagen der Sexualität, entsteht eine große Verunsicherung (vgl. Hirschmann 2003; 38; 47; 51; 88f). Laut Hirschmann ist das

„Wissen über HIV/AIDS [...] als theoretisches Wissen zwar katechismusgleich abrufbar, wo grundlegendes Wissen über Sexualität und Körper aber fehlen, kann nicht verinnerlicht werden, was nicht verstanden wird“ (vgl. Hirschmann 2003, 48).

MacLachlans Untersuchungen in Malawi zeigen, dass HIV/AIDS-relevantes Wissen mit den Jahren der durchlaufenen Schuljahre steigt. Dies trifft ebenfalls zu, wenn keine speziellen AIDS-Programme implementiert waren (vgl. MacLachlan et al 1997; In: Hirschmann 2003, 45). Folglich stellt Bildung eine Grundvoraussetzung dafür dar, auch informell vermittelte HIV/AIDS-spezifische Informationen aufzunehmen und zu verarbeiten. Dies kann beispielsweise durch Peers, Magazine oder durch Massenmedien geschehen.

„Sugar Daddies“

Bei dem Phänomen „Sugar Daddies“ handelt es sich um eine Form von Kinderprostitution. Hierbei erkaufen sich Männer durch finanzielle Unterstützung, wie beispielsweise Schulgebühren, Kleidung oder Geschenke, sexuelle Leistungen von minderjährigen Mädchen (vgl. 5.1.3).

Das ungleiche Machtverhältnis innerhalb dieser Beziehungen macht es für die Mädchen nahezu unmöglich, die Verwendung eines Kondoms zu verlangen. Bei dieser Form der ökonomischen Ausbeutung infizieren die erwachsenen Männer häufig die jungen Mädchen. In Malawi beispielsweise stieg die Infektionsrate bei Mädchen zwischen 15 und 19 Jahren auf das vier- bis sechsfache gegenüber gleichaltrigen Jungen an. Dadurch erklären sich die allgemein zwei bis acht mal

höheren Infektionsraten bei jungen Frauen zwischen 15 und 24 Jahren gegenüber gleichaltrigen Männern. Die durchschnittliche Anzahl ihrer Sexualpartner vor der Ehe ist, im Vergleich zu den Männern, jedoch geringer (vgl. Weinreich / Benn 2005, 42; Weinreich / Benn 2002, 35). Viele der Jungen machen ihre ersten sexuellen Erfahrungen nicht mehr mit den nun „vergebenen“ gleichaltrigen Mädchen, sondern mit reiferen Frauen. Dadurch erhöht sich ihr Infektionsrisiko ebenfalls.

Das von kulturellen und ökonomischen Faktoren bestimmte Phänomen der „Sugar Daddies“ begünstigt die Ausbreitung der HIV/AIDS-Epidemien insbesondere dadurch, dass das Virus infolge dessen die Generationsgrenzen überschreiten kann (Hirschmann 2003, 44; 88).

5.5.3 Vulnerabilität von Frauen

In Afrika südlich der Sahara leben 76,3% der weltweit infizierten Frauen. Global weisen Männer im Durchschnitt eine höhere Infektionsrate auf (52%), nur in den Ländern Afrikas südlich der Sahara ist der Anteil der infizierten Frauen größer (59%) (vgl. Anhang A 5). Mädchen und junge Frauen scheinen besonders vulnerabel zu sein. Die Infektionsrate ist bei jungen Frauen zwischen 15 und 24 Jahren bis zu drei bis sechs mal höher, als bei gleichaltrigen jungen Männern. Der Anteil der Frauen von allen HIV-Infizierten beträgt in dieser Altersspanne 75%.

Das HIV-Infektionsrisiko einer Frau ist aufgrund der anatomischen Gegebenheiten bis zu siebenmal höher als das eines Mannes (vgl. Weinreich / Benn 2005, 16; 26; 40). Neben den physiologischen Gründen lässt sich die höhere HIV/AIDS-Vulnerabilität von Frauen jedoch maßgebend durch soziale Faktoren erklären. Diese werden in diesem Abschnitt dargestellt.

Bei der Betrachtung der Vulnerabilität von Frauen in Afrika südlich der Sahara ist es wichtig, die Einflüsse der Mission und des Kolonialismus auf die Rolle der Frau zu bedenken. Grau weist darauf hin, dass es im Kolonialismus zu einem erheblichen Wandel der Zuschreibung und Übernahme sozialer Rollen kam. Frauen und Männer wurden in dieser Zeit in unterschiedlicher Weise in den Arbeitsmarkt integriert. So verfügten Männer über bevorzugten Zugang zu Lohnarbeit, wohingegen Frauen der Zugang zu entlohnter Arbeit lediglich unter erschwerten Bedingungen möglich war und sie daher weitestgehend im Bereich der Subsistenzwirtschaft tätig waren. Dieser Wandel geschlechtsspezifischer Arbeitsteilung hat durch die Neubewertung von Lohnarbeit als „produktiv“ und unbezahlter Arbeit als „unproduktiv“ zu einem Wandel der Geschlechterverhältnisse, also der Machtverhältnisse zwischen Männern und Frauen, beigetragen (vgl. Grau 2003, 131f; 145ff)..

Sozialisation in die Minderwertigkeit zwischen afrikanischen Traditionen und christlicher Bibel

In Zeiten der HIV/AIDS-Pandemie werden Frauen zusätzlich durch die Auswirkungen belastet, die sich für sie aus dem alltäglichen Zusammenleben ergeben. Die Lebenswelt der Frauen ist durch ein Patriarchat¹⁶ bestimmt, das heutzutage sowohl von afrikanischen Traditionen, als auch von der christlichen Bibel gestützt wird (vgl. Masenya 2005, 58ff).

Kirchen tragen vielfach zur Aufrechterhaltung der ungleichen Machtverhältnisse zwischen Männern und Frauen bei. Die weit verbreitete Minderwertigkeit der Frauen und die Vormachtstellung der Männer werden durch biblische Texte legitimiert und manifestiert. Viele christliche Menschen in Afrika südlich der Sahara haben die Bibel als Lebensnorm akzeptiert. Die in ihr enthaltenen Weisungen wurden zumeist von männlichen Predigern und Lehrern ausgelegt, so dass die Frauen entsprechend männlicher Auslegung der Bibel sozialisiert werden. Um die patriarchale Kontrolle aufrecht zu erhalten, werden biblische Textstellen zu Gunsten von Männern und auf Kosten der Frauen interpretiert. Die scheinbar legitimierte, von Gott gegebene Herrschaftsgewalt des Mannes schließt ebenso die Herrschaft über den Körper der Frau ein (vgl. Weinreich / Benn 2005, 38; Masenya 2005, 59-64).

Im subsaharischen Afrika ist eine patriarchale Lebensform vorherrschend. In patriarchalen Strukturen wird bereits in frühester Kindheit die Bevorzugung des männlichen Geschlechts deutlich. Jungen gelten als zukünftige Ernährer und Altersabsicherung der Eltern und haben eine Vormachtsstellung in der familialen Rangordnung inne. Sie garantieren durch die Fortführung der Abstammungslinie die Unsterblichkeit der Familie. Mädchen verlassen dagegen die Abstammungslinie bei der späteren Heirat. Sie müssen sich zudem vielfach gleichaltrigen Brüdern unterordnen und durch die Übernahme von Haushaltsaufgaben oder Tätigkeiten auf dem Feld ihre Daseinsberechtigung erarbeiten. Sie erhalten häufig erst durch die Heirat einen gesellschaftlich akzeptierten Status. Ledige Frauen verfügen über einen deutlich schlechteren sozialen Status und werden in traditionellen patriarchalen Gemeinschaften teilweise geächtet. Folglich sind viele junge Frauen in Afrika südlich der Sahara nicht nur dem familialen, sondern auch einem gesellschaftlichen Druck einer frühen Heirat ausgesetzt (vgl. Hirschmann 2003, 53ff, 65).

Bereits in frühester Jugend wird den Mädchen im Rahmen der traditionellen Initiation vermittelt, dass sie nicht selbst über ihre Sexualität bestimmen können,

¹⁶ Unter Patriarchat wird „sowohl eine durch die Vorherrschaft des Vaters oder des Ältesten in einer Verwandtengruppe bestimmte Sozialstruktur, als auch die Männerherrschaft bzw. Vorrangstellung des Mannes in Gesellschaft, Politik, Familie und Kultur“ verstanden. Heute bezeichnet es vorwiegend die prinzipielle Begünstigung und Dominanz des männlichen Geschlechts (vgl. Brockhaus 1998, Band 16, 637).

sondern sich Männern unterzuordnen haben. In einer Beziehung sind Frauen dazu angehalten, den sexuellen Wünschen der Männer nachzukommen und sie dadurch zufrieden zu stellen. Die sexuelle Verfügbarkeit der Frau wird insbesondere innerhalb der Ehe vorausgesetzt und durch die Vormachtstellung des Mannes sowie der inferioren Rolle der Frau sichergestellt. Aufgrund der geringen Verhandlungsmacht von Frauen innerhalb ehelicher Beziehungen werden außereheliche Beziehungen vielfach geduldet, ohne die Verwendung einer Infektionsprophylaxe einzufordern (vgl. Hirschmann 2003, 41; Sartorius 2001(b), 3; Schäfer 2003, 74). Zudem kann die Zahlung eines Brautpreises („Tabola“) zu dem Verständnis beitragen, dass der Mann dadurch die Verfügungsgewalt über den Körper seiner Frau erwirbt.¹⁷

Mittlerweile ist ein Prozess in Richtung Selbstbestimmung und gesellschaftlicher Partizipation von Frauen in den Ländern Afrikas südlich der Sahara deutlich zu spüren (vgl. Masenya 2005, 54). Masenya weist jedoch darauf hin, dass

„Eine afrikanische Christin, die sich dafür entscheidet, den kulturellen Erwartungen nach einer männlichen Verfügungsgewalt über ihre Sexualität genauso zu entsprechen wie einer männerfreundlichen Auslegung der Bibel, [...] keine andere Wahl haben [wird], als ungeschützten Geschlechtsverkehr mit ihrem Ehemann zu praktizieren“ (Masenya 2005, 67).

Es wird deutlich, dass Frauen und Mädchen in besonderem Maße vulnerabel für eine HIV-Infektion sind, da das Machtgefälle innerhalb (sexueller) Beziehungen eine autonome Verfügung über ihre Sexualität nicht ermöglicht. Folglich trägt der niedrige soziale Status von Frauen und Mädchen und das damit einhergehende Rollenverständnis, das Frauen in Afrika südlich der Sahara wenig Kontrolle über ihre Sexualität zubilligt, maßgebend zur Ausbreitung von HIV/AIDS in Sub-Sahara Afrika bei (vgl. Weinreich / Benn 2005, 39ff; Tietze 2006, 34).

Sexuelle Gewalt

Mädchen und Frauen sind bei häuslichen Tätigkeiten oftmals der Gefahr des sexuellen Missbrauchs ausgesetzt, wie beispielsweise beim Wasser oder Feuerholz holen, bei der Arbeit auf dem Feld oder auf dem Schulweg.

¹⁷ Der Brautpreis wurde traditionell nicht als Erwerb eines Menschen betrachtet. Diese vertragliche Bindung zwischen den beiden Familien wurde erst durch die in der Kolonialzeit eingeführte Geldwirtschaft monetarisiert. In vorkolonialen Zeiten dienten die Brautpreiszahlungen an die Familie als Anerkennung der mütterlichen Erziehungsleistungen. Dadurch wurden zwar ebenfalls Rechtsansprüche an die Ehefrauen geregelt, so dass der Ehemann beispielsweise die Kontrolle über die Arbeitskraft der Frau hatte. Dennoch wurde dies nicht, wie vielfach heutzutage, als eine uneingeschränkte Verfügungsgewalt über die Frauen verstanden (vgl. Schäfer 2005, 72f; Masenya 2005, 62ff; Grau 2003, 132).

Insbesondere Frauen, die nicht unter der Aufsicht eines Mannes (Ehemann oder Vater) stehen, werden leicht zur sexuellen Befriedigung anderer Männer herangezogen. Dies geschieht ungeachtet dessen, ob sie dem einwilligen oder nicht. Frauen haben in einer solchen Situation nahezu keine Chance die Verwendung von infektionsprophylaktischen Mitteln durchzusetzen. Aufgrund dessen hat eine hohe Vergewaltigungsrate eine erhöhte Inzidenzrate zur Folge (vgl. Daily Times 4.9.1998, In:Hirschmann 2003, 61f; Masenya 2005, 66; Smith 2005).

Mittlerweile werden besonders junge Mädchen zunehmend Opfer von Vergewaltigungen, da bei ihnen das Risiko einer HIV-Infektion im Gegensatz zu älteren Frauen als geringer eingeschätzt wird. Beispielsweise nutzen Lehrer oftmals ihre Machtposition aus und erzwingen sexuelle Kontakte mit ihren Schülerinnen. Sartorius weist auf einen besorgniserregenden Anstieg sexueller Übergriffe seitens männlicher Schüler oder Lehrer hin (vgl. Daily Times 26.8.1998, In: Hirschmann 2003, 62; Schäfer 2003, 75; Sartorius 2001(b), 3).

Laut einer Studie in Südafrika unter High School Studenten gaben 18% der sexuell aktiven Frauen an, dass ihre erste sexuelle Erfahrung erzwungen war. Der ungewollte, ungeschützte Geschlechtsverkehr setzt die Mädchen und Frauen im Falle von sexuellem Missbrauch und dem daraus resultierenden höherem Verletzungsrisiko einem erhöhten Infektionsrisiko aus (vgl. Buseh 2004, In: UNAIDS 2006, 18; Hirschmann 2003, 90). Erschreckend erscheinen zudem Studien, welche die ambivalente Einstellung Jugendlicher zum Thema Vergewaltigungen darstellen. Demnach gilt für viele Jugendliche eine Vergewaltigung einer vertrauten oder zumindest bekannten Person, ebenso wenig wie „unerwünschtes Anfassen“ als sexuelle Gewalt. Mehr als 25% der Jugendlichen waren der Meinung, dass *„die Mädchen es mögen, vergewaltigt zu werden“* (Smith 2005).

Laut Gronemeyer erklärt sich die steigende Anzahl von Vergewaltigungen möglicherweise dadurch, dass die patriarchale Verhaltenweise der Männer gegenüber Frauen durch die Auflösung traditioneller Lebensverhältnisse nicht mehr kulturell gezügelt ist, sich also durch den Mangel an sozialer Kontrolle begründet (vgl. Gronemeyer 2002, 123). Smith versucht ebenso die hohe Anzahl an Vergewaltigungen durch anomische Zustände, Armut, erfahrene Demütigung und zerbrochene Familienverhältnisse zu erklären. Als mögliche Gründe führt er an, dass Generationen von Kindern ohne leitende Hand, ohne Vorbilder und ohne Stolz auf sich selbst herangewachsen sind. Mangelndes Selbstwertgefühl und innere Wut bringen Menschen dazu, sich auf riskante Verhaltensweisen einzulassen. Die verlorene Achtung vor anderen sowie fehlende Empathie senkt die Schwelle andere, zu verletzen und zu demütigen (vgl. Smith 2005).

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass sexuelle Gewalt einen Faktor darstellt, der im subsaharischen Afrika maßgebend zur Verbreitung des HI-Virus beiträgt und u.a. den höheren Anteil weiblicher Infizierter erklärt.

Ökonomische Abhängigkeit

Frauen im subsaharischen Afrika haben - insbesondere in ländlichen Gebieten - durch den gemeinhin eingeschränkten Zugang zu Lohnarbeit oftmals wenige Möglichkeiten der selbstständigen Einkommensgenerierung. Daher sind sie häufig auf die materielle Unterstützung eines Mannes angewiesen. Ein oftmals schlechterer Zugang zu Bildung, zu dem formalen Arbeitsmarkt, zu Krediten oder zu Land führt zu einer ökonomischen Abhängigkeit, die gepaart mit Geschlechterstereotypen zu einer relativen Machtlosigkeit führen kann (vgl. Tietze 2006, 34; Schulz / Köbrich 2002, 324). Der Einfluss des Kolonialismus hatte beispielsweise eine verstärkte Individualisierung von Landbesitz und eine geschlechtsspezifische Arbeitsteilung zur Folge. Die Entscheidungsgewalt über die Ressource Land sowie entlohnte Arbeit wurde zunehmend den Männern zugeschrieben. Dies führte unter anderem zu einer zunehmenden Marginalisierung von Frauen (vgl. Grau 2006, 88; Grau 2003, 145f). Demzufolge werden eine Heirat und das Gebären von Kindern von Frauen oftmals als soziale und materielle Existenzgrundlage angestrebt. Die materielle Abhängigkeit innerhalb der Ehe wird zudem dadurch verstärkt, dass die materielle Absicherung von Frauen im Falle einer Trennung weitestgehend nicht gesetzlich verankert ist. In vielen Regionen Afrikas südlich der Sahara werden Frauen oftmals gegen die Zahlung eines Brautpreises geheiratet, der bei eventuellem Trennungsbegehren der Frau von den Eltern an den Ehemann zurückgezahlt werden muss. Demnach würden viele Frauen durch das Ende einer Beziehung in materielle Not, als auch möglicherweise in soziale Isolation geraten. Dieses starke Abhängigkeitsverhältnis macht es für Frauen nahezu unmöglich, Forderungen an den Mann zu stellen und diese durchzusetzen (vgl. Hirschmann 2003, 52; 57; 71).

Es wird deutlich, dass ökonomische Abhängigkeit Möglichkeiten der Selbstbestimmung von Frauen, wie beispielsweise der sexuellen Autonomie, einschränkt und die Vulnerabilität von Frauen für eine HIV-Infektion erhöhen kann.

Bildung

Mädchen haben im subsaharischen Afrika oftmals weniger Zugang zu Bildung als Jungen. Die beschriebene überwiegend inadäquate Sexualerziehung von Jugendlichen und eine weit verbreitete frühzeitige Heirat hat u.a. zur Folge, dass Mädchen

oftmals ihre Schullaufbahn aufgrund einer Schwangerschaft vorzeitig beenden müssen (vgl. 5.5.2).

Zudem können die Kosten, die für einen Schulbesuch entstehen, bei begrenzten finanziellen Ressourcen eine große finanzielle Belastung für die Familie darstellen. Gemeinhin wird davon ausgegangen, dass der spätere Ehemann die materiellen Bedürfnisse der Frau abdecken wird. Daher erscheint eine Investition in eine gute Ausbildung für Mädchen oftmals weniger erforderlich als für Jungen (vgl. 5.1.2). Laut Hirschmann befürchten einige Eltern zudem, dass ihre Töchter bei dem Besuch einer weiterführenden Schule unkontrollierbar werden. Die Mädchen könnten durch einen erweiterten Schulbesuch eine gewisse Autonomie erlangen, die sie dazu veranlassen könnte, gegen das traditionelle Sozialgefüge zu rebellieren.

Zudem übernehmen Mädchen häufiger als Jungen die Versorgung für kranke Familienmitglieder oder jüngere Geschwister. Dies hindert sie oftmals an einem Schulbesuch. Das herrschende Rollenverständnis von Frauen trägt demnach dazu bei, dass Mädchen und Frauen schlechteren Zugang zu Bildung haben als Männer (vgl. Weinreich / Benn 2005, 42; Hirschmann 2003, 54f; Tietze 2006, 35).

Infolgedessen ist die Analphabetenrate bei Frauen im Durchschnitt höher, als bei Männern. Aufgrund mangelnder Schulbildung sind zudem die Chancen für Mädchen auf ein späteres ökonomisch unabhängiges und selbstbestimmtes Leben sehr eingeschränkt. Wie bereits erläutert, stellt Bildung, laut MacLachlans Untersuchungen in Malawi, die Grundvoraussetzung dafür dar, auch informell vermittelte HIV/AIDS-spezifische Informationen aufnehmen und verarbeiten zu können (vgl. 5.5.2). Der unzureichende Zugang zu Bildung macht Frauen schwerer erreichbar für Präventionsmaßnahmen (vgl. Hirschmann 2003, 54; Weinreich / Benn 2005, 42; Tietze 2006, 35).

In Ruanda beispielsweise kannten junge Frauen mit Sekundar- oder Hochschulbildung die Hauptübertragungswege von HIV mit fünfmal höherer Wahrscheinlichkeit als junge Frauen ohne formelle Schulbildung. Männer verfügen in Afrika südlich der Sahara im Durchschnitt mit einer 20% höheren Wahrscheinlichkeit über HIV-spezifisches Wissen. (vgl. Anhang B 3). Laut UNAIDS haben mehr als zwei Drittel der Frauen in afrikanischen Staaten lediglich ungenaues Wissen über die Übertragungswege von HIV (vgl. UNAIDS/WHO 2005, 21; UNAIDS 2005, In: Tietze 2006, 35).

Dies verdeutlicht, dass unzureichende Bildung bei Frauen maßgeblich zu einer erhöhten Vulnerabilität für eine HIV-Infektion unter Frauen beiträgt.

5.5.4 Rolle der Männer

Im folgenden Abschnitt wird dargestellt, welche weiteren Aspekte des Patriarchats sich begünstigend auf die Ausbreitung von HIV/AIDS-Epidemien auswirken können. Hierbei wird fokussiert, welchen Beitrag Männer dazu leisten.

Männlichkeitsverständnis

Laut Gronemeyer setzt sich die Vorstellung der gesellschaftlichen Rolle eines Mannes in Afrika südlich der Sahara aus traditionellen und modernen Elementen zusammen (vgl. Gronemeyer 2002, 107).

Wie bereits dargestellt, haben Jungen traditionell in vielen Ländern Afrikas südlich der Sahara bereits im Kindesalter einen besseren Status in der Familie als ihre weiblichen Geschwister. Im Gegensatz zu den Frauen, wird den Männern in Sub-Sahara Afrika eine deutlich aktivere Rolle im Zusammenleben zugestanden. Männlichkeit muss vielfach durch möglichst zahlreiche sexuelle Aktivitäten unter Beweis gestellt werden (vgl. Hirschmann 2003, 53ff; 68; Tietze 2006, 34).

Der Einfluss der Moderne führt zu einem Bild von Männlichkeit, dass durch die Medien vermittelt wird und eine Erwartungshaltung von starken, risikofreudigen und sexuell aktiven Männern erzeugt (vgl. Gronemeyer 2002, 107).

Dieses Rollenverständnis kann Männer an einer adäquaten Informationsgewinnung behindern, da ein Eingeständnis mangelnder Information nicht mit der zugeschriebenen Rolle vereinbar scheint. Ein Rollenverständnis, dass mehrere Sexualpartnerinnen für Männer toleriert oder teilweise sogar erwartet, erhöht zugleich das Infektionsrisiko sowohl der Männer, als auch der Frauen (vgl. Weinreich / Benn 2005, 46).

Polygamie und Promiskuität

Polygamie ist im subsaharischen Afrika weit verbreitet und in vielen Ländern staatlich legitimiert. Hierbei handelt es sich vorwiegend um Polygynie, also um Ehen zwischen einem Mann und mehreren Frauen. Von Männern wird gemeinhin sexuelle Aktivität erwartet. Auch nach der Eheschließung wird von ihnen nicht zwingend Treue verlangt (vgl. Hirschmann 2003, 52, Tietze 2006, 34, Grau et al 1997, 142).

Laut Hirschmann trägt die weit verbreitete Polygamie bzw. Polygynie maßgebend zur Verbreitung von HIV/AIDS bei, da sie eine Atmosphäre des Schweigens, des Misstrauens und der Angst innerhalb von Beziehungen erzeugt. Philippe Denis OP weist darauf hin, dass Polygamie nicht zwangsläufig förderlich für die Ausbreitung des HI-Virus sein muss, wenn die stattfindenden Sexualkontakte sich auf das polygame Beziehungsgeflecht beschränken. Folglich ist das Infektionsrisiko

minimiert, solange die sexuellen Kontakte nur innerhalb dieser geschlossenen Gruppe bestehen. Häufig wechselnde Sexualpartner erhöhen dagegen das Infektionsrisiko (vgl. Hirschmann 2003, 91; OP 2005, 45).

Die sexuelle Freiheit des Mannes ist ein weit verbreitetes Vorrecht in Ländern Afrikas südlich der Sahara und Promiskuität gilt bei erwachsenen Männern weniger als unmoralisch, denn als Zeichen ihrer Virilität. Die gesellschaftlich akzeptierte Promiskuität der Männer setzt Frauen auch innerhalb der Ehe einem erhöhten HIV-Infektionsrisiko aus, dem sie kaum entgehen können. Innerhalb dieses Beziehungsgefüges wird die Forderung nach einer Infektionsprophylaxe häufig als Angriff auf die Autorität des Mannes verstanden. Aus diesem Grund wagen Ehefrauen oftmals nicht, die Benutzung von Kondomen einzufordern. Auch in außerehelichen Beziehungen sind Männer ebenso oftmals die Entscheidungsträger hinsichtlich der Familienplanung und Infektionsprophylaxe (vgl. Hirschmann 2003, 52; 90; Schäfer 2003, 74f).

Laut Gronemeyer ist die vom Westen kritisierte Promiskuität im Zusammenhang mit den durch Kolonialisierung und Modernisierung zerstörten traditionellen Lebensverhältnissen zu betrachten. Die Arbeitsplätze der Männer und die Wohnorte der Frauen und Kinder werden auseinander gerissen und Männer suchen sich daher Freundinnen oder Prostituierte an ihrem Arbeitsort (vgl. Gronemeyer 2002, 122).

Sexuelle Gewalt

Gemeinhin können Frauen sexuelle Avancen von Männern nur schwer ablehnen. Zudem ist es fraglich, ob eine potentielle Ablehnung von dem jeweiligen Mann wahrgenommen und akzeptiert wird. In den Ländern Afrikas südlich der Sahara gibt es oftmals keine rechtliche Absicherung gegen Gewalt in der Ehe (vgl. 5.4.2). Zudem wird Gewalt in der Ehe vielfach als Privatangelegenheit betrachtet, so dass weder von der Familie noch von der Polizei Interventionen zu erwarten sind (vgl. Hirschmann 2003, 57f).

In Sartorius' Artikel wird die von Männern ausgehende sexuelle Gewalt in einen sozialen Kontext gesetzt. Es wird herausgearbeitet, dass sie im Rahmen von Verelendung sowie destruierten Traditionen stattfindet. Für Männer stelle demnach der erzwungene Geschlechtsverkehr eine Möglichkeit dar, ihren Hunger nach Leben zu stillen (vgl. Sartorius 2001(b), 3).

Zusätzlich zu der Demütigung und den psychischen Verletzungen der Frauen erhöht gewaltsamer Geschlechtsverkehr signifikant die Wahrscheinlichkeit von Verletzungen im Genitalbereich und somit auch das Risiko einer Virusübertragung. Aus

diesem Grund ist sexuelle Gewalt als weiterer wichtiger Kofaktor zu nennen, der die Verbreitung des HIV-Virus´ begünstigt (vgl. OP 2005, 48).

5.5.5 Schlussfolgerungen

Die jeweiligen Rollenzuschreibungen sowie das daraus resultierende Machtgefälle zwischen Männern und Frauen sind in Bezug auf die Ausbreitung von HIV/AIDS von zentraler Bedeutung. Das System „HIV/AIDS-Epidemie“ kann durch Kopplungen mit dem System „Familie“ dies als Ressource für den eigenen Fortbestand nutzbar machen.

So stellt beispielsweise die Information des Systems „Familie“, dass Frauen nicht autonom über ihre Sexualität entscheiden können, eine Reizung dar, die das System „HIV/AIDS-Epidemie“ als Informationsangebot annehmen, verarbeiten und für die eigene Systemerhaltung nutzbar machen kann. Das System „Familie“ kann ebenso durch Reizung, in Form des Informationsangebotes der weit verbreiteten Promiskuität unter Männern, auf das System „HIV/AIDS-Epidemie“ einwirken. So kann das Epidemiesystem diese Informationen ebenfalls nutzen, um seinen Fortbestand sicherzustellen.

Die Information, dass Kinder und Jugendliche keine Sexualerziehung erhalten, die sie vor einer HIV-Infektion schützt, kann die Virusverbreitung fördern und somit ebenfalls dazu beitragen, den Fortbestand des Systems „HIV/AIDS-Epidemie“ sicherzustellen. Die Auflösung traditioneller Strukturen einer „Großfamilie“ haben einen Verlust von sozialer Kontrolle und lokaler Bindung zur Folge. Diese stellen ebenso Ressourcen des Systems „Familie“ dar, die für die Systemerhaltung des Systems „HIV/AIDS-Epidemie“ nutzbar gemacht werden können.

Es wird deutlich, dass das System „HIV/AIDS-Epidemie“ maßgeblich durch die Informationen des Systems „Familie“ beeinflusst wird. Dadurch, dass besonders viele Menschen im produktiven Alter an der Virusinfektion sterben werden Familienstrukturen durch die HIV/AIDS-Epidemien verändert (vgl. Pillay 2005, 207). Daher ist gleichzeitig eine Beeinflussung des Systems „Familie“ durch das System „HIV/AIDS-Epidemie“ festzustellen.

Interdependenzen

Wie bei den bereits vorgestellten Umweltsystemen des Systems „HIV/AIDS-Epidemie“ festgestellt, bestehen ebenso zwischen dem System „Familie“ und anderen Systemen, die sich in der Umwelt des Systems „HIV/AIDS-Epidemie“ befinden, Interdependenzen.

Das System „Familie“ ist beispielsweise mit dem „Rechtssystem“ verknüpft. Der verhältnismäßig hohe Anteil infizierter Frauen ist kein Zufall, sondern eine direkte Folge der Missachtung der Menschenrechte von Frauen (vgl. „Human Rights

Watch“ 2005, 9). Diese Missachtung ist wiederum vielfach auf den beschriebenen niedrigen sozialen Status von Frauen zurückzuführen. So wird Frauen beispielsweise aufgrund ihres vielfach niedrigeren sozialen Status´ das Recht auf reproduktive Gesundheit, das die sexuelle Autonomie beinhaltet, oder auf die Gleichbehandlung innerhalb der Ehe verwehrt. Veränderungen im „Familiensystem“ (sozialer Status von Frauen) hätten daher ebenso Veränderungen des „Rechtssystems“ (Einhaltung der Menschenrechte von Frauen) zur Folge.

Des Weiteren bestehen Interdependenzen zwischen dem System „Familie“ und dem System „Armut“. So verfügen Frauen oftmals über einen schlechteren Zugang zu Bildung als Männer. Dies ist einerseits auf das beschriebene vorherrschende Rollenverständnis von Frauen zurückzuführen. Zudem kann ein Leben in Armut die Benachteiligung von Mädchen verschärfen, da insbesondere bei begrenzten finanziellen Ressourcen weniger in die Bildung für Mädchen investiert wird. Viele Frauen migrieren in die Städte, um der Armut auf dem Land zu entfliehen. Dabei machen sich die schlechteren Bedingungen für eine formale Ausbildung von Frauen bemerkbar. Ihre oftmals schlechtere Ausbildung erschwert den Zugang zu dem formalen Arbeitsmarkt und damit die Möglichkeiten zur Einkommensgenerierung deutlich ein. Prostitution stellt für Frauen daher oftmals eine unter wenigen Möglichkeiten dar, um ein Einkommen sicherzustellen (vgl. 5.1.3). Folglich können Veränderungen innerhalb des Systems „Armut“ ebenso Veränderungen des Systems „Familie“ zur Folge haben. So könnte eine bessere Ausbildung von Frauen und Mädchen zu einer Veränderung ihres sozialen Status´ führen. Zudem erhöht sich die Vulnerabilität von Kindern und Jugendlichen für eine HIV-Infektion in Armutssituationen signifikant, dadurch dass insbesondere junge Mädchen die Not verspüren, durch sexuelle Leistungen beispielsweise ihren Schulbesuch finanzieren zu müssen.

Überdies scheinen Interdependenzen zwischen dem System „Familie“ und dem System „Kultur“ zu bestehen. So ist beispielsweise die beschriebene Auflösung traditioneller Familienstrukturen im Rahmen von Modernisierungsprozessen zu verstehen, durch die kulturelle Traditionen destruiert werden.

5.6 Kulturelle Aspekte der Vulnerabilität für HIV/AIDS

Im folgenden Abschnitt werden die kulturellen Aspekte betrachtet, welche die Ausbreitung der HIV/AIDS-Epidemien im subsaharischen Afrika begünstigen. Olaf Hirschmann hat sich intensiv mit einer kulturell sensiblen Herangehensweise an die HIV/AIDS Problematik im subsaharischen Afrika beschäftigt und liefert einen bedeutenden Beitrag zu diesem Thema. Er beschreibt Kultur als

„ein System von erlernten und gültigen Codes und Standards der Wahrnehmung, der Interpretation des Wahrgenommenen und der Kommunikation mit Anderen und der Umwelt“ (Hirschmann 2003, 12).

Zudem betont er, dass Kultur nicht statisch sei, sondern sich fortwährend verändert. *„Als offenes System ist sie grundsätzlich und stetig neuen Einflüssen ausgesetzt, die sie in sich aufnimmt, transformiert und durch die auch sie sich verändert“ (Hirschmann 2003, 12).*

Dieser Abschnitt bezieht sich jedoch nicht auf die Kultur als Gesamtkonstrukt, sondern lediglich auf Aspekte der Alltagskultur. Es werden Aspekte des alltäglichen Handelns der Menschen im subsaharischen Afrika betrachtet, welche die Verbreitung des HI-Virus begünstigen.

Dieses System „Alltagskultur“ befindet sich ebenso wie die bereits vorgestellten Teilsysteme in der Umwelt des Systems „HIV/AIDS-Epidemie“ (vgl. Abbildung 3). Im Folgenden wird dargestellt, welche Ressourcen des Systems „Alltagskultur“ von dem System „HIV/AIDS-Epidemie“ für seine Systemerhaltung genutzt werden können.

5.6.1 Traditionelle Funktion von Sexualität

Vor der christlichen und muslimischen Einflussnahme war der Umgang mit Sexualität in Ländern Afrikas südlich der Sahara vielfach eher unbefangen und bezog sich traditionell innerhalb der Ehe auf die Fortpflanzung. Vorehelicher Geschlechtsverkehr wurde nicht verurteilt, solange eine Heirat im Falle einer Schwangerschaft sichergestellt war. Heutzutage nimmt die Funktion der Fortpflanzung innerhalb geschlechtlicher Beziehungen fortwährend einen großen Stellenwert ein. Nach der Heirat gilt es gemeinhin, möglichst schnell Nachkommen zu zeugen (vgl. Hirschmann 2003, 64ff).

In Afrika südlich der Sahara definieren sich viele Menschen stärker durch ihre Nachkommen, als in anderen Regionen der Erde. Demzufolge hat ein Mensch im Grunde nicht gelebt, wenn er keine Nachkommen gezeugt hat, die sich seiner erinnern (vgl. 5.1.4). Eine Trennung von Geschlechtsverkehr und Fortpflanzung verschiebt *„die Sexualität aus dem Reich der Subsistenz in die Region des konsumistischen Freizeitvergnügens“ (Gronemeyer 2002, 108)* und entspricht nicht den beschriebenen traditionellen Vorstellungen von Sexualität. Aus diesem Grund erweist sich die Trennung von Sexualität und Fruchtbarkeit, wie sie in vielen Präventionskampagnen propagiert wird, als schwierig (vgl. Sartorius 2001(b), 3; Gronemeyer 2002, 15).

In Ländern des subsaharischen Afrikas gibt es hinsichtlich sexueller Verhaltensweisen vielfach traditionelle Regelwerke, welche die Gesundheit und Existenz der Abstammungslinie gewährleisten sollen. Die Art und Weise, wie sexuelle Beziehungen zwischen Menschen gelebt werden, wird von den jeweiligen gesellschaftlichen Wert- und Normvorstellungen beeinflusst. Im Rahmen der raschen gesellschaftlichen Entwicklung verlieren heutzutage einst teilweise sinnvolle Regelungen sexueller Beziehungen oftmals ihre Funktionalität. Im Kontext der HIV/AIDS Epidemie werden sie zu Faktoren, welche die Ausbreitung der Epidemie maßgebend begünstigen (Hirschmann 2003, 64; 67).

5.6.2 Traditionelle Praktiken

Im folgenden Abschnitt werden exemplarisch traditionelle Regelungen sexueller Beziehungen beschrieben. Diese werden im Kontext von HIV/AIDS-Epidemien zu Faktoren, welche die Ausbreitung der Epidemien maßgebend beeinflussen. In diesem Zusammenhang wird weniger von HIV-Vulnerabilität gesprochen, sondern vielmehr von einem HIV-Risiko. HIV-Vulnerabilität bezieht sich auf das individuelle Unvermögen ein HIV-Infektionsrisiko zu kontrollieren, da externe, nicht individuell beeinflussbare Faktoren die Vulnerabilität für eine HIV-Infektion ausmachen. Als HIV-Risiko wird die Wahrscheinlichkeit einer Infektion aufgrund des individuellen Verhaltens bezeichnet. Ob dies wissentlich oder unwissentlich geschieht ist in diesem Zusammenhang zunächst irrelevant (vgl. UNAIDS 2006, 105).

Polygamie

Polygamie ist im subsaharischen Afrika weit verbreitet und in vielen Ländern zudem staatlich legitimiert. In Ländern, in denen Polygamie staatlich legitimiert ist, kann der Mann offiziell mit einer oder mehreren Nebenfrauen verheiratet sein. Die Anzahl der Frauen richtet sich nach den finanziellen Möglichkeiten des Mannes und erhöht seinen sozialen Status (vgl. Hirschmann 2003, 52, 65f). Frauen, die durch die arbeitsbedingte Abwesenheit der Männer auf sich allein gestellt sind, suchen sich ebenfalls häufig Männer, welche die Versorgung der verschiedenen alltäglichen Bereiche, wie Nahrung und Kleidung, übernehmen (vgl. Gronemeyer 2002, 122).

Wie bereits dargestellt, kann Polygamie einerseits zur Verbreitung von HIV/AIDS beitragen. Wenn die stattfindenden Sexualkontakte sich auf das polygame Beziehungsgeflecht beschränken, muss sie allerdings nicht zwangsläufig förderlich für die Ausbreitung des HI-Virus sein. Demnach ist eheliche Treue, auch wenn sie polygam gelebt wird, als hemmender Faktor der HIV/AIDS-Epidemie zu betrachten (vgl. Hirschmann 2003, 91; OP 2005, 45; 50). Polygame Beziehungen zeichnen sich

häufig durch ihre Langfristigkeit aus, so dass sie nicht mit Promiskuität gleichgesetzt werden können (vgl. 5.5.4).

Initiation

Die Initiation gilt als traditionelle Erziehungsmethode, bei der die wichtigsten Grundlagen des gesellschaftlichen und kulturellen Lebens vermitteln werden. Sie ist eine weit verbreitete, wichtige Institution, die aus der Zeit vor der Christianisierung bzw. Islamisierung stammt.

Im Rahmen der Initiation werden teilweise Methoden praktiziert, bei denen ein erhöhtes Risiko einer HIV-Infektion besteht (vgl. 5.5.2). Die Initiation beinhaltet beispielsweise vielerorts eine Beschneidung. Diese wird häufig mit einem medizinisch unprofessionellen Instrument durchgeführt, das für alle Initianten verwendet wird. Dies birgt erhebliche gesundheitliche Gefahren, insbesondere auch ein erhöhtes HIV-Infektionsrisiko. Im Anschluss an die Initiation werden die Jugendlichen dazu ermuntert, weitere sexuelle Kontakte aufzunehmen. Dies wird angesichts des hohen Infektionsrisikos mittlerweile allerdings seltener praktiziert wird.

Gronemeyer führt hingegen aus, dass der traditionelle Brauch der Initiation ebenfalls HIV/AIDS-eindämmende Faktoren aufweisen kann, wie soziale Kontrolle der Sexualität. Mit der Auflösung solch traditioneller Bräuche wächst durch die Entbindung von kollektiven Bindungen die individuelle Entscheidungsfreiheit. Sie ist jedoch oft auch von Unsicherheit und Orientierungslosigkeit begleitet. Die moderne Lebensweise und das Auflösen von Traditionen kann daher das HIV-Infektionsrisiko erhöhen (vgl. Hirschmann 2003, 41f; 67f; Gronemeyer 2002, 83).

Witwenvererbung

Wie bereits in dem Unterabschnitt 5.4.2 erwähnt, ist in einigen Gebieten im subsaharischen Afrika eine Tradition der Witwenvererbung verbreitet.

Im Falle einer verstorbenen Ehefrau, die einen Ehemann und eventuell zu versorgende Kinder hinterlässt, ist es vielerorts üblich, dass der Witwer eine jüngere Schwester der Verstorbenen heiratet und dadurch die Versorgung der hinterbliebenen Kinder sicherstellt (Sororat). Falls der Ehemann frühzeitig verstirbt, wird die verwitwete Frau an den nächsten männlichen Verwandten weitergegeben. Dadurch wird die materielle Absicherung der Frau gewährleistet (Levirat) (vgl. Kachapila 1998, In: Hirschmann 2003, 69).

Bei der rituellen Witwenvererbung, beispielsweise im Westen Kenias, wird eine Witwe durch einen Witwenreiner mittels ungeschützten Geschlechtsverkehrs

gereinigt. Die Reingungszeremonie beinhaltet den Austausch von Körperflüssigkeiten, der durch den Gebrauch von Kondomen verhindert werden würde (vgl. Barra / Bantel 2001, 16).

Folglich kann durch das Ritual der Witwenreinigung eine Kettenreaktion von Neuinfektionen ausgelöst werden. Falls der verstorbene Ehemann bereits an AIDS gestorben sein sollte, besteht eine hohe Wahrscheinlichkeit, dass seine Frau ebenfalls HIV-infiziert ist. Demzufolge kann die möglicherweise bereits infizierte Witwe das Virus bei der Reingungszeremonie auf den eventuell noch nicht infizierten Witwenreiniger übertragen. Der Witwenreiniger ist durch seine Profession generell einem hohen Infektionsrisiko ausgesetzt. Falls die Witwe noch nicht infiziert gewesen sein sollte, ist die Wahrscheinlichkeit hoch, dass der Witwenreiniger den Virus bei dem rituellen ungeschützten Geschlechtsverkehr auf sie überträgt. Nimmt der männliche Verwandte im Anschluss daran die Witwe in seine Obhut, ist es wahrscheinlich, dass das Virus sich auch in dieser Familie weiter verbreitet (vgl. Hirschmann 2003, 69f; Sartorius 2001(b), 3).

Einst sinnvolle kulturelle Bräuche werden im Kontext von HIV/AIDS zu gesundheitsgefährdenden Praktiken, welche die Ausbreitung der Epidemie begünstigen (vgl. Kachapila 1998, In: Hirschmann 2003, 69). Gleichzeitig stellt sich die Frage, wie eine verwitwete Frau mit ihren Kindern in einem Staat ohne staatliche soziale Absicherung, ohne diese traditionell geregelte Absicherung ihr Leben organisieren kann (vgl. Gronemeyer 2002, 138).

5.6.3 HIV/AIDS in der Deutung von traditioneller Kosmologie und eingeführten Hochreligionen

Laut Hirschmann setzt sich der Glaube der Bevölkerung in Afrika südlich der Sahara aus traditionellen Kosmologien und den eingeführten Hochreligionen Christentum und Islam zusammen. Den Glauben an ein höheres Wesen findet man sowohl in traditionellen Kosmologien als auch in den beiden eingeführten Hochreligionen. Die Sexualmoral ist in traditionellen Kosmologien allerdings oftmals wesentlich freizügiger ausgerichtet, als im Christentum. Aufgrund des großen Einflusses der eingeführten Hochreligionen Christentum und Islam wird ein rein traditioneller Glaube nur noch selten praktiziert. Dennoch ist bei afrikanischen Muslimen und Christen gleichermaßen eine „afrikanische Kosmologie“ zu spüren (vgl. Hirschmann 2003, 83; 79).

Laut Gronemeyer findet man in Afrika südlich der Sahara Deutungsmuster von HIV/AIDS, die sich in drei Richtungen einteilen lassen.

„Den traditionellen Sektor, in dem AIDS als das Wirken fremder Mächte verstanden wird [...]; den missionierten Sektor, in dem die Krankheit als Strafe Gottes für menschliche Sünden begriffen wird; [und] den modernisierten Sektor, in dem HIV/AIDS nach westlichem Muster als Virusinfektion gefasst wird“ (Gronemeyer 2002, 140).

Der Hintergrund vor dem HIV/AIDS gedeutet wird ist demnach durch Tradition und Mission, als auch durch Modernisierung (vgl. 5.6.6) beeinflusst.

Traditionelle Vorstellungen von Krankheit und deren Ursachen

Besonders in ländlichen Gebieten in Afrika südlich der Sahara findet man Konzepte über die Funktionsweise des Körpers sowie über das Erwerben und Behandeln von Krankheiten, die im Gegensatz zu westlichen, wissenschaftlich-rationalen Gesundheitskonzepten stehen. Vielfach wird die biomedizinische Sichtweise als universell gültig betrachtet. Dabei wird ignoriert, dass medizinisches Wissen als Teil der jeweiligen Kultur zu werten ist (vgl. Hirschmann 2003, 77f; Gronemeyer 2002, 61).

Krankheit und Tod werden im traditionellen Verständnis von außermenschlichen Kräften geleitet und können nicht von menschlichen Individuen beeinflusst werden. Traditionell wird Krankheit vielfach als eine Wirkung der Ahnengeister betrachtet. Die Vorstellung, dass Krankheit von übernatürlichen Kräften geleitet wird, führt zu der Annahme, dass sich der Gesundheitszustand dem individuellen Einflussbereich entzieht. Ein traditionelles Verständnis von Krankheit kann demnach den Eindruck erwecken, dass individuelles Verhalten das HIV-Infektionsrisiko weder erhöhen noch senken kann.

Im Verständnis der traditionellen Medizin geht es weniger um die Frage, was, sondern vielmehr wer die Krankheit verursacht hat. Daher ist ein westlich-biomedizinischer Erklärungsansatz von einer Virusinfektion eher befremdend. Hier wird HIV/AIDS nicht als Folge von ungeschütztem Geschlechtsverkehr und einer daraus resultierenden Virusinfektion betrachtet, sondern als etwas wahrgenommen, das außerhalb der Verantwortung der Individuen liegt (vgl. Boesche / Feuerriegel 2001, 35; Gronemeyer 2002, 139; Hirschmann 2003, 78).

Gesundheit wird als etwas betrachtet, das von externen Autoritäten gesteuert wird. Sie wird nicht als individuell steuerbar (internal kontrolliert), sondern als external kontrolliert wahrgenommen. Externale kontrollierte Menschen reagieren weniger sensibel auf Gesundheitsempfehlungen als internal kontrollierte Menschen. Bedenkt man diese Art der Krankheits- und Heilungswahrnehmung, erweist sich die westlich geprägte Präventionsarbeit, die an Eigenverantwortung und Verhaltensänderung

appelliert, als problematisch (vgl. Janßen 2001, 184f; Boesche / Feuerriegel 2001, 35).

In Sub-Sahara Afrika ist es weit verbreitet, dass Krankheiten von „Traditional Healers“ durch den Gebrauch von Kräutern oder durch spirituelle Praktiken und Interpretationen behandelt werden. Krankheiten, wie HIV/AIDS, sind im Verständnis der traditionellen Medizin das Resultat übermenschlicher Kräfte, zu denen ausschließlich der „Traditional Healer“ Zugang hat. Die Heilmethoden von „Traditional Healers“ haben vielfach einen höheren Stellenwert als Mittel gegen AIDS oder die Verwendung von Kondomen (vgl. Hirschmann 2003, 80f).

Laut Gronemeyer ist in Afrika südlich der Sahara derzeit ein „Kulturkampf“ zwischen westlich-biomedizinischen Betrachtungsweisen und traditionellen Konzepten von Gesundheit und Heilung zu beobachten. Die weit verbreitete Vorstellung, dass Krankheit und Tod von übersinnlichen Kräften geleitet werden, wird mit dem westlich-biomedizinischen Konzept konfrontiert (vgl. Gronemeyer 2002, 138f).

Diese Vorstellung, dass das Risiko einer HIV-Infektion nicht durch individuelles Handeln beeinflusst werden kann, behindert ein verantwortungsbewusstes Verhalten und kann somit zu einer Ausbreitung der HIV/AIDS-Epidemie beitragen.

Eingeführte Hochreligionen

Ähnlich wie die traditionellen Kosmologien fördern die eingeführten Religionen die Vorstellung, dass Krankheit von höheren Mächten beeinflusst werden kann. In diesem Fall von dem Willen Gottes (vgl. Hirschmann 2003, 83).

Im Christentum hielt sich lange die Vorstellung, dass HIV/AIDS eine Strafe Gottes für sündiges Verhalten sei. Die HIV/AIDS-Pandemie wird im Rahmen einer christlich-fundamentalistischen Argumentationsweise als eine individuelle und kollektive Strafe Gottes für die sexuelle Unmoral betrachtet. Es gibt im Christentum jedoch ebenso Bewegungen, die sich gegen diese Auffassung aussprechen. Dennoch wird weiterhin darauf hingewiesen, dass bestimmte sündige Verhaltensweisen zu AIDS führen können (vgl. Chauke 2005, 98f; Forster 1998, In: Hirschmann 2003, 84; Heidemanns / Moerschbacher 2005, 7).

Seitens der christlichen Kirchen wird vielfach die Meinung vertreten, dass die Selbstverständlichkeit, mit der jederzeit sofortige sexuelle Befriedigung eingefordert wird, ein Übel unserer Gesellschaft darstellt. Dieses muss bekämpft werden, um die HIV/AIDS-Epidemien in den Griff zu bekommen. Insbesondere die katholische Kirche sieht Kondome nicht als adäquates infektionsprophylaktisches Mittel, sondern als Promiskuität förderndes Instrument. Der Gebrauch von Kondomen ist

im Islam hingegen erlaubt (vgl. Heidemanns / Moerschbacher 2005, 9; Forster 1998, In: Hirschmann 2003, 81; Hirschmann 2003, 83f).

Die katholische als auch die evangelische Kirche appellieren an die persönliche Verantwortung sexuell aktiver Menschen zur Eindämmung der Epidemien. Sie fordern Verhaltensweisen wie Enthaltensamkeit vor der Ehe und eheliche Treue. Kondome würden laut der katholischen Kirche den Liebesakt in eine egoistische Suche nach sexueller Lust verwandeln und die eigene Verantwortlichkeit entwerfen. Laut Philippe Denis OP ist der Appell an die Enthaltensamkeit und an die eheliche Treue einerseits sinnvoll, da sie die Häufigkeit von riskanten Sexualkontakten einschränkt. Andererseits sieht er eine solch einseitige Argumentation als ungerecht und gefährlich an. Denn hier wird vorausgesetzt, dass Männer und Frauen mit häufig wechselnden Sexualpartnern ihr Sexualverhalten frei wählen können. Die kulturellen, sozialen und ökonomischen Faktoren, die Menschen möglicherweise zu diesen Verhaltensmustern veranlassen, werden ignoriert. Gleichzeitig trägt diese Art von Argumentation durch ihre moralistische Konnotation zur Tabuisierung von Sexualität bei und fördert das Schweigen von HIV/AIDS-Betroffenen. Demnach sind Belehrungen zur sexuellen Enthaltensamkeit, verbunden mit der sittlichen Verdammung von Kondomen, wirkungs- und verantwortungslos (vgl. OP 2005, 51ff, Nuscheler 2005, 160).

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass

„AIDS [...], im Rahmen eines traditionellen Glaubens, entweder das Resultat höherer Mächte, über die Menschen keine Kontrolle haben, oder der ebenfalls nur schwer beeinflussbaren magischen Kräfte, oder aber in christlicher Interpretation ein Akt Gottes, eine individuelle und/oder kollektive Bestrafung für sündiges Verhalten“ ist (Hirschmann 2003, 92).

Folglich sind die eingeführten Hochreligionen, insbesondere die christlich-fundamentalistische Religion, als auch die traditionelle Kosmologie Faktoren, die eine fatalistische Weltsicht und eine Kultur der Apathie fördern und dadurch die Ausbreitung der Epidemien begünstigen können (vgl. Hirschmann 2003, 92).

Exkurs: Kondome

Es ist wissenschaftlich belegt, dass bei konsequenter und korrekter Anwendung von Kondomen eine HIV-Infektion mit nahezu hundertprozentiger Sicherheit ausgeschlossen werden kann. Wie bereits dargestellt, wird HIV/AIDS in Afrika südlich der Sahara nicht nur von wissenschaftlichen Deutungsmustern, sondern auch maßgeblich von traditionellen und religiösen Deutungsmustern beeinflusst. Trotz der

offensichtlichen Bedrohung durch die HIV/AIDS-Epidemien wird die Benutzung von Kondomen vielfach von der Zielbevölkerung abgelehnt. In diesem Exkurs wird zusammengetragen, welche kulturellen, sozialen und moralischen Erwägungen zu dieser Ablehnung beitragen (vgl. Weinreich / Benn 2005, 91; 135ff; Fleischer / Ochel 2005, 29).

Traditionelle Deutungsmuster

Wie bereits dargestellt, kann eine HIV-Infizierung laut traditionellen Vorstellungen nicht individuell beeinflusst werden. Sie wird von übernatürlichen Kräften geleitet und liegt somit außerhalb der Verantwortung der Individuen. Im Rahmen der traditionellen Kosmologie ist AIDS als ein Resultat außermenschlicher Kräfte zu sehen und nicht als biologische Virusinfektion (vgl. Hirschmann 2003, 78; Boesche / Feuerriegel 2001, 35). Die Art und der Zeitpunkt des Todes sind vorherbestimmt, ob durch Ahnen wie im traditionellen Glauben oder durch Gott wie in den eingeführten Hochreligionen. In Aus diesem Grund ist es verständlich, wenn laut Hirschmann *„Kondome als westliche, kulturfremde medizinische Interventionen betrachtet“* (Hirschmann 2003, 81) werden, die in Anbetracht dieser Weltanschauung keinen Einfluss auf eine Infektion nehmen können (vgl. Forster 1998, In: Hirschmann 2003, 84).

Geschlechtsverkehr ist traditionell mit Fruchtbarkeit verbunden. Eine „Vermischung der Säfte“ wird für einen reinigenden und fruchtbaren Sexualverkehr vorausgesetzt und durch die Verwendung eines Kondoms verhindert. In Ländern in Sub-Sahara Afrika ist die Sexualität eng mit der Funktion der Fortpflanzung verbunden. Vielfach besteht eine Erwartungshaltung gegenüber verheirateten Frauen, Kinder zu gebären. Bei einem Ausbleiben von Nachwuchs ist in traditionellen Gemeinschaften teilweise mit Ächtung oder mit einer Scheidung zu rechnen (vgl. Gronemeyer 2002, 107; Sartorius 2001(b), 3; Weinreich / Benn 2005, 39; Silva Saavedra 1996, 153).

Im Rahmen polygamer Beziehungen und der weit verbreiteten Promiskuität unter Männern, kann der Besitz von Kondomen innerhalb einer Beziehung als Vorbereitung auf außerehelichen Geschlechtsverkehr gewertet werden. Überdies kann er als Vorwurf oder Bekenntnis eines HIV-positiven Status´ gewertet werden. So gilt ein Kondom oftmals als Symbol des Misstrauens (vgl. Hirschmann 2003, 91; Gronemeyer 2002, 123).

Religiöse Deutungsmuster

Insbesondere die katholische Kirche assoziiert Kondome mit Promiskuität, also mit sündhaftem Verhalten und lehnt diese aus moralischen Gründen ab. Die Ver-

wendung von Kondomen ist mit dem Ideal der Treue in der Partnerschaft schwer zu vereinbaren ist.

Die *ABC-Strategien** (Abstinence, Be faithful, Condomise), die mittlerweile vielfach in Ländern Afrikas südlich der Sahara vertreten werden, sollen eigentlich den Gebrauch von Kondomen fördern. Sie können jedoch ebenso dazu beitragen, dass der Gebrauch von Kondomen als Versagen empfunden wird, weil man nicht in der Lage war, abstinente oder zumindest treu zu leben (vgl. Hirschmann 2003, 82f; Weinreich / Benn 2005, 137; Pillay 2005, 204).

Sozioökonomische Zwänge

Das Patriarchat ist als ein weiterer erschwerender Faktor zu nennen. Viele Frauen im subsaharischen Afrika, haben aufgrund ihres sozialen Status´ in der Gesellschaft und innerhalb einer Partnerschaft, keine Entscheidungsgewalt über Treue in sexuellen Beziehungen oder den Gebrauch von Kondomen (vgl. 5.5.3).

Aufgrund des materiellen Abhängigkeitsverhältnisses ist es für Prostituierte sowie für die von einem „Sugar Daddy“ abhängigen Mädchen überaus schwer die Verwendung von infektionsprophylaktischen Maßnahmen einzufordern (vgl. 5.1.3) (vgl. Hirschmann 2003, 60; Weinreich / Benn 2005, 42).

Privatsphäre ist ein eher seltenes Gut. Daher muss Sexualität vielfach möglichst still und getarnt gelebt werden. Der Gebrauch von Kondomen verkompliziert den Geschlechtsakt und ein Kondom ist anschließend schwer unentdeckt zu entsorgen (vgl. Hirschmann 2003, 82).

Ferner sind Kondome nur begrenzt subsidiert über das Social Marketing erhältlich. Für Menschen, die in Armut leben, sind Ausgaben für nicht subventionierte und teilweise auch für subventionierte Kondome problematisch, da das zur Verfügung stehende Geld in erster Linie für das alltägliche Überleben gebraucht wird (vgl. Weinreich / Benn 2005, 94).

Es zeigt sich, dass die Individuen in ein soziokulturelles System eingebunden sind, das die Verwendung eines Kondoms wider „besserem Wissen“ erschweren kann. In Anbetracht der allgegenwärtigen Infektionsgefahr scheint es unverantwortlich, beispielsweise mit religiösen Begründungen gegen den Gebrauch von Kondomen zu argumentieren. Bei Präventionskampagnen sollten soziokulturelle Aspekte, welche die Bereitwilligkeit ein Kondom zu benutzen beeinflussen, berücksichtigt werden (vgl. Gronemeyer 2002, 132).

5.6.4 Tabuisierung, Stigmatisierung und Diskriminierung

Tabuisierung, Stigmatisierung und Diskriminierung sind sicherlich universelle Ursachen für die Ausbreitung von HIV/AIDS und können daher nicht generell als kulturspezifisch betrachtet werden. Da sie dennoch jeweils kulturell determiniert werden, werden sie in diesem Abschnitt der kulturellen Aspekte der Vulnerabilität für HIV/AIDS dargestellt (vgl. Fleischer / Ochel 2005, 26).

Tabuisierung

Die Auseinandersetzung mit dem Thema HIV/AIDS ist oftmals problematisch, da HIV/AIDS stets mit sensiblen Themen, wie Sexualität und Tod verbunden sind. Diese Themen werden in nahezu jeder Gesellschaft in gewisser Weise tabuisiert. Beachtlich ist, dass das Thema HIV/AIDS trotzdem in den Medien (Radio, Plakate) präsent ist. Demnach ist AIDS eine Krankheit, die öffentlich diskutiert, privat jedoch oftmals tabuisiert wird (vgl. Weinreich / Benn 2005, 54; Gronemeyer 2002, 57).

Themen wie individuelles Empfinden oder Sexualität werden innerhalb einer Partnerschaft oftmals tabuisiert. Obwohl die Partner gegenseitig ihre Gesundheit gefährden, wird der Status, falls er bekannt sein sollte, aus Angst vor Stigmatisierung und Verstoßung, häufig vor dem Partner verheimlicht. Die Forderung nach der Verwendung einer Infektionsprophylaxe ist mit der Gefahr verbunden, dem Partner einen positiven Status zu unterstellen oder selber einer HIV-Infektion verdächtigt zu werden (vgl. Waldorf 1997 und Seidel / Coleman 1999, In: Hirschmann 2003, 76).

Stigmatisierung und Diskriminierung

Bei einer HIV-Infektion wird Menschen in weitaus größerem Maße Schuld an der Erkrankung zugewiesen, als bei anderen Krankheiten, wie beispielsweise Malaria (vgl. Weinreich / Benn 2005, 76). Stigmatisierung ist hier möglicherweise damit zu erklären, dass HIV/AIDS als Folge von unmoralischen Sexualverhalten betrachtet wird. Daher neigen Menschen dazu, die Verantwortlichkeit von sich abzuweisen und ziehen es vor andere Menschen zu beschuldigen.

Laut Pillay begünstigen Stigmatisierung und Diskriminierung die Ausbreitung des HI-Virus, da Menschen aufgrund dessen zögern, sich Klarheit über ihren HIV-Status zu verschaffen. Die negativen Zuschreibungen, mit denen Betroffene leben müssen, tragen maßgebend dazu bei, dass sich Menschen fürchten, einen HIV-Test zu machen. Falls Menschen es dennoch wagen, sich über ihren Status Gewissheit zu verschaffen, versuchen viele Betroffene anschließend ihren Status aus Angst vor Verachtung und Verstoßung vor ihrem sozialen Umfeld zu verbergen. Manche

Familien, die ein HIV-infiziertes Familienmitglied pflegen, versuchen aus Furcht vor Marginalisierung von der Gemeinschaft die AIDS Erkrankung zu verheimlichen (vgl. Pillay 2005, 207; OMI 2005, 80; Gronemeyer 2002, 100f).

Neben dieser Verdrängung auf der individuellen Ebene führt eine Verdrängung auf der Gemeindeebene dazu, dass bedeutende Themen der HIV-Bekämpfung, wie kulturelle Normen der Sexualität und Machtgefälle in zweigeschlechtlichen Beziehungen, nicht thematisiert werden. Dieses Schweigen stellt ein wesentliches Hindernis in der Eindämmung der HIV/AIDS-Epidemien dar (vgl. Weinreich / Benn 2005, 75). Stigmatisierung von HIV-positiven Menschen kann beispielsweise dazu führen, dass Mütter ihre Kinder stillen, obwohl sie sich ihres HIV-positiven Status bewusst sind. Diese Mütter haben Angst, dass sie in der Gemeinschaft den Verdacht erwecken, HIV-positiv zu sein, wenn sie ihre Kinder nicht, wie ansonsten allgemein üblich, stillen (vgl. Heinrichs 2001, 21).

In Ländern, welche die Ausbreitung von HIV/AIDS eindämmen konnten, wie beispielsweise Uganda, war die Erfolgsgrundlage eine große politische und gesellschaftliche Offenheit im Umgang mit diesem Problem im Land. So wurde von dem ugandischen Präsident Yoweri Museveni festgelegt, dass von hohen Regierungsbeamten und Ministern, die an AIDS gestorben waren, die Todesursache bekannt gegeben wird. Dadurch sollte der Stigmatisierung von HIV-infizierten Menschen entgegengewirkt und ein Bewusstsein geschaffen werden, dass HIV/AIDS jeden treffen kann (vgl. Fleischer / Ochel 2005, 31; Grohs / Tietze 2005, 39).

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass Tabuisierung, Stigmatisierung und Diskriminierung dazu führen, dass Betroffene eine HIV-Infizierung als Schande empfinden und versuchen ihren Status möglichst lange zu verheimlichen. Auf der individuellen Ebene kann dies zur Folge haben, dass Menschen sich selbst oder andere zu infizieren, um nicht den Verdacht einer HIV-Infektion auf sich oder auf andere zu lenken. Auf lokaler und nationaler Ebene führen Tabuisierung, Stigmatisierung und Diskriminierung zu einer deutlichen Behinderung der Eindämmungsmaßnahmen und begünstigt dadurch die Ausbreitung der HIV/AIDS-Epidemien.

5.6.5 Diskrepanz zwischen Wissen und tatsächlichem Verhalten

Die Diskrepanz zwischen vorhandenem Wissen und tatsächlichem Verhalten ist ebenso ein universelles Phänomen menschlichen Verhaltens und kann daher nicht generell als kulturspezifisch betrachtet werden. Da das individuelle Verhalten dennoch jeweils kulturell determiniert wird, wird im Rahmen dieses Abschnitts auf diese Diskrepanz eingegangen.

Trotz vorhandenem HIV/AIDS-spezifischen Wissen und Omnipräsenz der möglichen Folgen kann nicht notwendigerweise auch eine Verhaltensänderung erwartet werden.

Untersuchungen aus Malawi zeigen, dass zwar nahezu flächendeckend ein generelles Wissen über HIV/AIDS und deren Übertragungswege vorhanden, jedoch keine Verhaltensänderung zu verzeichnen ist. Das Bewusstsein über die Gefahr einer Infektion bei bestimmten Verhaltensweisen führt folglich nicht notwendigerweise eine Änderung dessen herbei (vgl. OP 2005, 41; Hirschmann 2003, 32ff).

Laut Collins und Rau begründet sich diese Diskrepanz zwischen vorhandenem Wissen und tatsächlichem Verhalten in den jeweiligen sozialen und ökonomischen Zwängen, die das Handeln der Menschen determinieren (Collins / Rau 2000, In: Schulz / Köbrich 2002, 323). Als diese sozialen und ökonomischen Determinanten können die in dieser Arbeit beschriebenen Variablen der Pandemie, wie beispielsweise Armut, Ungleichheit der Geschlechter oder Kriegs- und Krisensituationen genannt werden. So kann beispielsweise in Armutssituationen die Bedrohung einer Virusinfektion, die erst Jahre später ausbricht in Anbetracht der alltäglichen Probleme, wie Nahrungsmangel, in den Hintergrund geraten (vgl. 5.1.5). Das Eingehen eines Infektionsrisikos wider besseren Wissens trägt demnach zweifelsohne zu der Verbreitung des HI-Virus bei.

5.6.6 Folgen der Modernisierung

Gronemeyer betont den Einfluss von Modernisierungsprozessen auf traditionelle Lebenszusammenhänge, mit anderen Worten auf die Alltagskultur im subsaharischen Afrika. Durch die vom Westen eingeleiteten Modernisierungsprozesse befindet sich Afrika in einem Zustand der Destruktion von kulturellen Traditionen, wie z.B. traditionellen Lebens- und Familienzusammenhängen. Aus diesem Grund findet das HI-Virus ideale Verbreitungsvoraussetzungen. Die Modernisierung brachte entlokalisierte und enttraditionierte Verhältnisse mit sich und bietet dem Virus dadurch einen effektiven Nährboden. Die Zerstörung traditioneller Familien- und Gemeinschaftsstrukturen nimmt den Menschen die Fähigkeit der Selbstheilung und lässt Desorientierung, Anomie und Vereinzelung entstehen. Gronemeyer geht davon aus, dass Modernisierungsprozesse kulturelle Reaktionsweisen auf die Epidemien zerstört haben und die Epidemien in traditionellen Kontexten weniger Ausbreitungsmöglichkeiten gehabt hätten. Demnach sei die HIV/AIDS-Pandemie eine soziale Folge der Modernisierung und somit keine medizinische, sondern eine menschengemachte Tragödie.

Akzeptierte gesellschaftliche Normen werden permanent neu manifestiert. Durch die Übergangsstadien zwischen Tradition und Moderne, zwischen traditionellen Partnerschaften und moderner, freier, emanzipierter und auf Liebe basierenden Geschlechterbeziehungen werden Menschen und besonders Jugendliche oftmals verunsichert. Die rasante Ausbreitung des HI-Virus´ im subsaharischen Afrika ist somit aus der vorangegangenen Destruktion traditioneller Lebensverhältnisse zu verstehen (Gronemeyer 2002, 9; 16ff; 167; 170; Hirschmann 2003, 73f).

Demzufolge tragen die Folgen der Modernisierung maßgeblich zur Ausbreitung der HIV/AIDS-Epidemien bei, da durch westliche Interventionen traditionelle Strukturen zerstört wurden und traditionelle Bewältigungsstrategien nicht mehr zum Tragen kommen können.

5.6.7 Schlussfolgerungen

Das System „HIV/AIDS-Epidemie“ kann einige Aspekte der Alltagskultur im subsaharischen Afrika als Ressourcen zur eigenen Systemerhaltung nutzen. Modernisierungsprozesse zerstören kulturellen Traditionen, wie beispielsweise traditionelle Familien- und Gemeinschaftsstrukturen. Dies führt dazu, dass das System „Alltagskultur“ dem System „HIV/AIDS-Epidemie“ keinen adäquaten Widerstand leisten kann. Diese Information des Systems „Alltagskultur“ kann von dem System „HIV/AIDS-Epidemie“ als Angebot wahrgenommen und nutzbar gemacht werden, um seinen Fortbestand sicherzustellen. Wie beschrieben wird eine HIV-Infektion oftmals tabuisiert. Aus Angst vor Stigmatisierung und Diskriminierung infizieren Menschen eher sich und andere, als sich über den eigenen Status oder über den Status des Partners Gewissheit zu verschaffen und sich dazu zu bekennen. Dies stellt ebenfalls eine Ressource des Systems „Alltagskultur“ dar, die von dem System „HIV/AIDS-Epidemie“ für die eigene Systemerhaltung nutzbar gemacht werden kann.

Dass Gesundheit im Rahmen von traditionellem oder christlichem Glauben nicht als individuell steuerbar, sondern als durch Ahnen oder Gott external kontrolliert wahrgenommen wird, kann, wie bereits beschrieben, zu risikohaftem Verhalten führen. Die Wahrnehmung, dass eine HIV-Infektion außerhalb der persönlichen Verantwortlichkeit und Kontrolle liegt kann dazu beitragen, dass infektionsprohylaktische Maßnahmen, wie die Benutzung von Kondomen, nicht als Möglichkeit einer Infektionsvorbeugung in Betracht gezogen werden. Diese Information des Systems „Alltagskultur“ kann die Ausbreitung des Virus fördern und somit zum Fortbestand des Systems „HIV/AIDS-Epidemie“ beitragen.

Die in diesem Abschnitt exemplarisch beschriebenen traditionellen Praktiken verdeutlichen, dass im Zeitalter von HIV/AIDS eine erhöhte Infektionsgefahr durch

derartige Traditionen vorhanden ist. Die Informationen, dass Initiationsrituale praktiziert werden, die das Infektionsrisiko erhöhen oder dass Witwen teilweise von einem „Witwenreiniger“ durch ungeschützten Geschlechtsverkehr gereinigt werden, können zur Virusausbreitung beitragen. Daher dienen sie ebenfalls als Ressourcen für die Systemerhaltung des Systems „HIV/AIDS-Epidemie“.

Die Bewahrung von Traditionen hat für die Identität einer Gemeinde große Bedeutung und wird durch die Menschenrechte geschützt. Gronemeyer weist in diesem Zusammenhang auf die Gefahr hin, dass die HIV/AIDS-Pandemie als Instrument zur Destruktion von Traditionen und zur Vollendung der Modernisierung missbraucht werden kann. Dennoch dürfen Bräuche nicht die Rechte von Frauen verletzen und ihre Gesundheit gefährden (vgl. Gronemeyer 2002, 137, Human Rights Watch 2005, 4). Wenn soziale Realitäten durch die Einflüsse der HIV/AIDS-Epidemie verändert werden, muss sich ebenfalls der kulturelle Kontext in Form von Norm- und Wertvorstellungen adäquat zu den aktuellen sozialen Realitäten wandeln, um nicht seine ursprüngliche Funktionalität zu verlieren. Betrachtet man den kulturellen Kontext als „kulturelles System“, wird deutlich, dass dieses von einer hohen Komplexität ausgezeichnet ist und deren Bestandteile von großer Interdependenz zeugen. Folglich haben Veränderungen einzelner Bestandteile Konsequenzen für das gesamte kulturelle System (Hirschmann 2003, 64).

Interdependenzen

Wie bei der Beschreibung der vorherigen Teilsysteme bestehen zwischen dem System „Alltagskultur“ und den anderen Umweltsystemen des Systems „HIV/AIDS-Epidemie“ Interdependenzen.

Es bestehen beispielsweise gegenseitige Abhängigkeiten zwischen dem System „Alltagskultur“ und dem System „Familie“. Wie bereits beschrieben, können Modernisierungsprozesse zu Destruktion von Traditionen führen. Zu diesen Traditionen zählen unter anderem traditionelle Familienstrukturen, die sich durch diese externen Einflüsse auf die Alltagskultur in einem Wandel befinden. Des Weiteren werden traditionelle Praktiken oftmals im familialen Rahmen ausgelebt. Daher kann davon ausgegangen werden, dass Veränderungen im System „Alltagskultur“, beispielsweise von Traditionen und Bräuchen, ebenso Veränderungen im System „Familie“ zur Folge haben.

Zwischen dem System „Alltagskultur“ und dem „Rechtssystem“ bestehen ebenfalls Interdependenzen. Das System „Alltagskultur“ beinhaltet Bräuche, wie die Witwenreinigung, welche die Infektionsgefahr deutlich erhöhen. In den Menschenrechten ist verankert, dass Frauen innerhalb der Ehe, ebenso wie bei deren Auflösung, gleiche Rechte haben. Dennoch werden Frauen in Scheidungs- und

Erbschaftsfragen vielfach benachteiligt. Wenn jedoch durch das Rechtssystem eine Absicherung der Frau nach dem Tod ihres Ehemannes gewährleistet wäre, würden derartige Praktiken möglicherweise an Bedeutung verlieren. Demzufolge könnten Veränderungen des „Rechtssystems“ möglicherweise Veränderungen im System „Alltagskultur“ herbeiführen.

Überdies ist das System „Alltagskultur“ mit dem „Gesundheitssystem“ verknüpft. Die beschriebenen Vorstellungen zu Krankheiten und deren Ursachen beeinflussen maßgeblich die Entscheidungen, ob und inwiefern Dienstleistungen im Gesundheitsbereich in Anspruch genommen werden.

Des Weiteren bestehen Interdependenzen zwischen dem System „Alltagskultur“ und dem System „Armut“. Die im Unterabschnitt 5.1.4 beschriebene hohe Geburtenrate in Ländern im subsaharischen Afrika ist nicht nur darauf zurückzuführen, dass die Nachkommen, aufgrund fehlender finanzieller Absicherung durch den Staat, die Grundlage der Altersversorgung darstellen. Hierzu trägt ebenfalls das traditionelle Verständnis von Sexualität bei, in dem Geschlechtsverkehr der Fortpflanzung und nicht dem persönlichen Vergnügen dient.

Zudem gibt es Verknüpfungen mit dem System „Anomie“. Der beschriebene Einfluss von Modernisierungsprozessen auf die Alltagskultur im subsaharischen Afrika führt zu einer Situation, in der vormoderne kulturelle Verhaltensmuster zerstört werden und oftmals noch keine neuen gesellschaftlichen Regeln etabliert sind. Dieser anomische Zustand scheint Gesellschaften in Afrika südlich der Sahara besonders vulnerabel für die Ausbreitung des HI-Virus zu machen.

5.7 System „Anomie“

Das System „Anomie“ stellt ein weiteres Teilsystem dar, das sich in der Umwelt des Systems „HIV/AIDS-Epidemie“ bewegt und somit Ressourcen bereitstellen kann, die für die Systemerhaltung des Systems „HIV/AIDS-Epidemie“ nutzbar gemacht werden können (vgl. Abbildung 3).

Laut Emile Durkheim entsteht Anomie durch Krisen, welche die kollektive Ordnung stören. Anomie bezeichnet eine gestörte oder fehlende soziale Ordnung, die durch tief greifende Umstellungen oder Erschütterungen des sozialen Umfeldes entstehen kann. Er verwendet den Begriff der Anomie vorwiegend in Bezug auf fehlende moralische, bzw. soziale Reglementierung der individuellen Bedürfnisse. Auf die gesellschaftliche Ebene übertragen bedeutet dies, dass sich Menschen in einer Umgebung bewegen, der es an normativen Regeln fehlt. Religion, Moral oder auch Regierungen können Regelinstanzen darstellen (vgl. Durkheim 1973, 278-296).

In einem Zustand fehlender sozialer Ordnung findet die HIV/AIDS-Pandemie gute Verbreitungsmöglichkeiten. HIV/AIDS ist eine Krankheit, die insbesondere in Gesellschaften, in denen Strukturen und Institutionen sozialen Zusammenhalts geschwächt sind gute Verbreitungsmöglichkeiten findet (vgl. Bate OMI 2005, 82). Modernisierungsprozesse können beispielsweise tief greifende Umstellungen des sozialen Umfeldes zur Folge haben. Im Rahmen von kriegerischen Konflikten oder schwachen staatlichen Strukturen fehlt es oftmals an o.g. Regelinstanzen. Inwiefern diese Umstände als Ressourcen für die Ausbreitung des HI-Virus dienen können, wird im Folgenden dargestellt.

5.7.1 Kolonialismus – Entwicklung – Globalisierung

Um sich von jeglicher Schuld frei zu sprechen, verweisen westliche Akteure bei der Ursachensuche der Problemlagen in Afrika oftmals auf die „Mentalität der Afrikaner“. In Zeiten des Kolonialismus fehlte es ihnen an Arbeitsmoral, im Anschluss daran gelten AfrikanerInnen als unterentwickelt und bedürftig und im Zeitalter von HIV/AIDS fehlt es ihnen an sexueller und präventiver Disziplin. Demnach infiziert sich derjenige, der sich der anstehenden Disziplinierung, also kontrollierter Sexualität, widersetzt (vgl. Gronemeyer 2002, 42ff). Laut Gronemeyer lenkt diese Betrachtungsweise jedoch von den eigentlichen Ursachenzusammenhängen der HIV/AIDS-Pandemie ab. Denn

„HIV/AIDS ist eine Epidemie, die sich aus den Verheerungen eines ganzen Jahrhunderts nährt, weil sie sich die Verwüstungen zunutze machen kann, die stattgefunden haben. Ein Kontinent ist systematisch krank gemacht worden und nun ist er krank. [...] Sie ist der letzte Akt in einer Tragödie, die durch die vorangegangenen Akte der Kolonialisierung (erster Akt), Entwicklung (zweiter Akt) und durch den gegenwärtigen dritten Akt, der unter dem Titel Globalisierung läuft, gekennzeichnet ist. Wer HIV/AIDS verstehen will, muss die Geschichte der Entwicklung und die Gegenwart der Globalisierung in Augenschein nehmen“ (Gronemeyer 2002, 45).

Die Veränderung traditioneller Lebensverhältnisse durch die Kolonialisierung und die Entwicklungsdekaden haben in Afrika ideale Voraussetzungen für die Ausbreitung des HI-Virus geschaffen (vgl. 5.5.1 und 5.6.6). Der Kolonialismus bewirkte die Destruktion von traditionellen Formen sozialer Kontrolle und gemeinschaftlicher Orientierung, ohne, dass sich neue Formen des gesellschaftlichen Zusammenlebens entwickeln konnten. Die Zerstörung traditioneller Familien- und Gemeinschaftsstrukturen nimmt den Menschen die Fähigkeit der Selbstheilung und lässt Desorientierung, Anomie und Vereinzelung entstehen. Das

HI-Virus trifft in Afrika auf eine postkoloniale Situation, in der vormoderne kulturelle Verhaltensmuster an Funktionalität verlieren und noch keine neuen gesellschaftlich legitimierten Regeln etabliert sind. Dieser anomische Zustand macht Gesellschaften in Afrika südlich der Sahara besonders vulnerabel (vgl. Gronemeyer 2002, 64; 75; 18; Hirschmann 2003, 93).

Die von westlichen Werten beeinflusste und von westlichen Akteuren eingeleitete Modernisierung schafft Bedürfnisse, die nicht befriedigt werden können, zerstört soziale Strukturen und verwehrt den afrikanischen Ländern einen eigenen Weg zu gehen. Von externen Akteuren geschaffene moderne Strukturen, die sich nicht aus der Gesellschaft heraus entwickelt haben, sind äußerst fragile Konstrukte. Im Rahmen der Modernisierung wird in Afrika Autonomie beseitigt und Abhängigkeit geschaffen. Die Globalisierung hat dem afrikanischen Kontinent keine Freiheit, sondern sinkenden Lebensstandard, zerfallene Staaten, Korruption und Marginalisierung auf dem Weltmarkt eingebracht (vgl. Gronemeyer 2002, 49f; 73; 47).

Gronemeyer geht davon aus, dass die Epidemien in traditionellen Kontexten weniger Ausbreitungsmöglichkeiten gehabt hätten. Die Modernisierungsprozesse haben jedoch kulturelle Reaktionsweisen auf die Epidemien zerstört. Die zu kolonialen Zeiten beginnende und im Rahmen der Globalisierung fortwährende Destruktion traditioneller Lebensverhältnisse scheint irreversibel zu sein (vgl. Gronemeyer 2002, 170; 123f). Mittlerweile wird die *„Vielfalt kulturellen Umgangs mit Krankheiten [...] abgelöst durch eine unilineare Gesundheitspolitik“* (Gronemeyer 2002, 171).

In Anbetracht dessen wird der Zynismus, der in den Präventionskampagnen vermittelten Botschaft deutlich. Diese stützt sich auf die Verantwortlichkeit von individuellem Fehlverhalten. Diese Individualisierung der Verantwortlichkeit ist im Sinne der praktischen Präventionsarbeit nachvollziehbar. Diejenigen, die sich nicht präventionsgerecht verhalten, setzen sich einem Infektionsrisiko aus. Diese Individualisierung versucht jedoch, den Umstand unkenntlich zu machen, dass die Epidemien aus Verhältnissen erwachsen, die nicht auf der individuellen Ebene der Betroffenen zu verantworten sind (vgl. Gronemeyer 2002, 155f).

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die beschriebenen Modernisierungsprozesse tief greifende Umstellungen des sozialen Umfeldes, wie des Gemeinschafts- und des Familienlebens zur Folge haben. Diese schaffen anomische Zustände und begünstigen die Ausbreitung des HI-Virus.

5.7.2 Schwache Staaten

Ein erhebliches politisches Problem in Ländern im subsaharischen Afrika ist das Phänomen des Staatsversagens, das zum völligen Verfall staatlicher Strukturen führen kann. Die eingeschränkte Funktionsfähigkeit staatlicher Strukturen in „schwachen Staaten“ kann ein effizientes Vorgehen gegen die Epidemien beeinträchtigen und somit die Ausbreitung des HI-Virus fördern. In „schwachen Staaten“ kommt der Staat seiner Aufgabe als Regelinstanz nicht in adäquatem Maße nach. Die soziale Grundversorgung insbesondere der armen Bevölkerungsschichten ist hier oftmals nicht gewährleistet und die Funktionsfähigkeit von Bildungs- und Gesundheitssystemen ist deutlich eingeschränkt (vgl. Nuscheler 2005, 405ff; Tietze 2006, 36; Debiel 2005, <http://www.bpb.de>).

Es wird angenommen, dass das HI-Virus den Organismus von betroffenen Ländern ebenso zerstört, wie den Organismus eines betroffenen Menschen. Daher kann davon ausgegangen werden, dass das Virus die teilweise bereits schwachen Staaten weiter destabilisiert. Im Körper eines Menschen ermöglicht das Virus opportunistischen Krankheiten, wie Tuberkulose, sich auszubreiten. Ebenso gibt es im Organismus von Ländern innerhalb der Gesellschaft opportunistischen Phänomenen, wie wachsender Verelendung, Zerfall sozialer Bindung oder wirtschaftlicher Niedergang die Gelegenheit sich auszubreiten (vgl. Sartorius 2001(a), 3).

Deutlich wird dies an der Ausbreitung der Epidemie in Südafrika in den Jahren 1990 bis 1994. In der von politischen Unruhen geprägten Übergangsphase von der Apartheid zur Demokratie konnte sich das Virus ohne koordinierte und konsequente staatliche Gegenmaßnahmen verbreiten. In den darauf folgenden Jahren wurde sich auf Regierungsebene vorrangig mit den vielfältigen Anforderungen der Neustrukturierung des Staates beschäftigt. Wie Mandela später zugab, wurde der HIV/AIDS-Prävention zu wenig Priorität eingeräumt (vgl. Marais 2000, 6ff; 15f; Heywood 2004, 2f).

Die produktive Bevölkerungsschicht ist von HIV/AIDS in besonderem Maße betroffen. Dies bezieht sich auch auf staatliche Angestellte, wie beispielsweise im Bildungs-, Gesundheits-, Verwaltungs- und Polizeisektor. Die sozialen und ökonomischen Folgen der Epidemien verstärken daher zusätzlich die Gefahr der Schwächung der staatlichen Funktionsfähigkeit. Die HIV/AIDS-Epidemien können demzufolge junge Demokratien gefährden.

Das Gesundheitsbudget wird in Ländern wie Südafrika, in denen die Prävalenzrate bei 20% liegt, fast vollständig durch AIDS und die dadurch verursachten Krankheiten aufgebraucht. Zusätzlich sinkt das Wirtschaftswachstum, da die

HIV/AIDS-Epidemien besonders die wirtschaftlich produktive Bevölkerungsschicht betrifft und dadurch die Anzahl an verfügbaren gesunden Arbeitskräften drastisch minimiert wird. Ein Zustand, in dem Produktivität und Wirtschaftswachstum stetig fällt, bietet einen besonders geeigneten Nährboden für Korruption und Kriminalität. Diese Phänomene gefährden wiederum die Stabilität staatlicher Strukturen und die Autonomie eines Staates (vgl. Tietze 2006, 36; Wittek 2003, 152).

Das System „HIV/AIDS-Epidemie“ verstärkt durch die Dezimierung der produktiven Bevölkerungsschichten die Tendenz des Zerfalls staatlicher Strukturen. Die eingeschränkte Funktionsfähigkeit staatlicher Institutionen verhindert wiederum ein wirkungsvolles Vorgehen gegen die Epidemien.

5.7.3 Kriegerische Konflikte und humanitäre Krisen

Bei der Ausbreitung von HIV/AIDS in Afrika südlich der Sahara sind Kriege und Destabilisierung als bedeutende Faktoren zu nennen, welche die Verbreitung des HI-Virus begünstigen (vgl. Silva Saavedra 1996, 155).

Die Zeit zwischen 1970 und 1975 war in einigen Teilen des subsaharischen Afrikas durch Bürgerkriege, Guerillakämpfe und Massenfluchtbewegungen geprägt. Garrett geht davon aus, dass diese Umstände schon damals den historischen Verlauf der HIV/AIDS-Epidemien beeinflusst haben. Bereits das erstmalige Auftauchen des HI-Virus in den siebziger Jahren und die rasante Ausbreitung in der Region um den Viktoria See wird mit den kriegerischen Auseinandersetzungen zwischen Tansania und Uganda in Verbindung gebracht (vgl. Garrett 1996, 508; Garrett 1994, In: Tietze 2006, 35).

Kriege und Bürgerkriege können durch die damit einhergehenden Truppenbewegungen, Flüchtlingsströme und Vergewaltigungen, die Ausbreitung von HIV/AIDS wesentlich fördern. Die mit Krisen und Kriegen einhergehende Verschlechterung der medizinischen Versorgung und der Ernährungssituation erhöhen zusätzlich das Infektionsrisiko. Bei der Ausbreitung von HIV/AIDS kommen Kriege und Bürgerkriege beispielsweise in der Dem. Republik Kongo, Ruanda und Simbabwe zum Tragen (vgl. Tietze 2006, 35; Weinreich / Benn 2005, 49; 27).

Mobilität

Mobilität ist ein Phänomen, das aus Kriegen, Konflikten und den daraus resultierenden Massenfluchtbewegungen entsteht. Sie erweist sich für die schnelle Verbreitung von sexuell übertragbaren Mikroben, wie dem HI-Virus als überaus vorteilhaft. Die berufsbedingte Mobilität von Soldaten kann sich maßgebend auf die Anzahl der wechselnden Sexualpartnerinnen und somit auch auf ihr Infektionsrisiko auswirken (vgl. Garrett 1996, 508; Nuscheler 2005, 162). Soldaten leben lange Zeit

von ihren Familien getrennt und gehen somit häufiger sexuelle Kontakte mit Prostituierten ein als andere Bevölkerungsgruppen. Daher sind sie in überdurchschnittlichem Maße von HIV/AIDS betroffen und können wesentlich zu der Verbreitung des Virus beitragen. Die durch Konflikte ausgelösten Migrationsbewegungen, wie Flüchtlingsströme oder Truppenbewegungen, bewirken, dass auch das HI-Virus an Mobilität gewinnt.

Vergewaltigungen als strategisches Mittel

Im Rahmen von kriegsbedingten anomischen Zuständen werden Frauen und Mädchen häufiger Opfer sexueller Gewalt, insbesondere, wenn sie von ihren Familien getrennt sind. Durch einen Zusammenbruch der gesellschaftlichen Ordnung ist in kriegerischen Auseinandersetzungen Gewalt gegen Frauen und Mädchen weit verbreitet. Diese Gewalt gegen Frauen und Mädchen ist oftmals mit einem hohen HIV-Infektionsrisiko verbunden.

Während des Genozids in Ruanda im Jahr 1994 wurden beispielsweise mehrere Hunderttausend Frauen vergewaltigt. Von diesen Frauen waren danach 80% HIV-positiv. Während des Bürgerkriegs in Sierra Leone wurde ebenfalls ungefähr die Hälfte aller Vergewaltigungsoffer mit HIV infiziert. Auch von sexuellen Übergriffen seitens der UN-Friedenstruppen auf Kinder in Flüchtlingslagern in der Dem. Republik Kongo wird berichtet.

Zudem werden Vergewaltigungen in Konflikten wiederholt als kriegerisches Mittel eingesetzt. „The Nation“ berichtet von politisch motivierten Vergewaltigungen, bei denen organisierte Gruppen systematisch Dörfer überfallen. Sie wollen den Bewohnern das Gefühl vermitteln, dass der Staat unfähig ist, sie vor solch einem Terror zu schützen und dadurch die Regierung schwächen (vgl. Tietze 2006, 35; Weinreich / Benn 2005, 49; „The Nation“ 03.11.1998, In: Hirschmann 2003, 62).

5.7.4 Schlussfolgerungen

Tief greifende Umstellungen des sozialen Umfeldes und fehlende oder eingeschränkt funktionsfähige Regelinstanzen begünstigen die Ausbreitung des HI-Virus. Das System „HIV/AIDS-Epidemie“ kann diese beschriebenen anomischen Strukturen durch Kopplungen mit dem System „Anomie“ für die eigene Systemerhaltung nutzbar machen.

Durch die Zerstörung traditioneller Formen gesellschaftlichen Zusammenlebens durch Modernisierungsprozesse entstanden anomische Verhältnisse. Der Mangel an neuen gesellschaftlich legitimierten Regeln stellt eine Information des Systems „Anomie“ dar, die von dem System „HIV/AIDS-Epidemie“ als Informationsangebot

wahrgenommen, angenommen und verarbeitet werden kann. Sie kann für die Sicherstellung des eigenen Fortbestandes genutzt werden.

Die eingeschränkte Funktionsfähigkeit „schwacher Staaten“ stellt ebenso eine Reizung dar, durch die auf das System „HIV/AIDS-Epidemie“ eingewirkt werden kann. Die geschwächten staatlichen Strukturen stellen Ressourcen des Systems „Anomie“ dar, auf die das System „HIV/AIDS-Epidemie“ zurückgreifen kann, um sich selbst zu erhalten. Kriegerische Auseinandersetzungen und die damit einhergehenden anomischen Zustände oder Phänomene wie Mobilität sind ebenfalls Ressourcen des Systems „Anomie“, die zum Fortbestand des Systems „HIV/AIDS-Epidemie“ beitragen.

Interdependenzen

Zwischen dem System „Anomie“ und den restlichen Umweltsystemen des Systems „HIV/AIDS-Epidemie“ bestehen Interdependenzen.

Es gibt Verknüpfungen mit dem im vorherigen Abschnitt beschriebenen System „Alltagskultur“. Der dort dargestellte Einfluss von Modernisierungsprozessen auf die Alltagskultur führt in Subsaharischer Afrika zu einer Situation, in der vormoderne kulturelle Verhaltensmuster zerstört werden und oftmals noch keine neuen Regeln gesellschaftlichen Zusammenlebens etabliert sind. Dieser anomische Zustand kann die Ausbreitung des HI-Virus wesentlich begünstigen.

Zudem bestehen Verbindungen zwischen dem System „Anomie“ und dem System „Familie“. Im Rahmen des Kolonialismus und der Modernisierung haben sich Prozesse destruktiv auf traditionelle Familienstrukturen ausgewirkt. Die beschriebene Zerstörung traditioneller Lebenszusammenhänge führt zu anomischen Zuständen, also zu fehlender sozialer Ordnung und Reglementierung (vgl. 5.5.1). Des Weiteren werden Frauen im Rahmen von kriegerischen Auseinandersetzungen häufig Opfer von sexueller Gewalt. Dies ist zum Einen sicherlich auf die anomischen Zustände in Kriegssituationen zurückzuführen. Zum Anderen steht dies ebenfalls im Zusammenhang mit dem beschriebenen niedrigen sozialen Status von Frauen.

Zwischen dem System „Anomie“ und dem „Rechtssystem“ bestehen ebenfalls Interdependenzen. Das „Rechtssystem“ stellt eine staatliche Institution dar, dessen Funktionsfähigkeit in den beschriebenen „schwachen Staaten“ deutlich eingeschränkt sein kann.

Es bestehen ebenso Interdependenzen zwischen dem „Gesundheitssystem“ und dem System „Anomie“. Im Fall eines Zerfalls staatlicher Strukturen ist auch die Funktionsfähigkeit des Gesundheitssystems deutlich eingeschränkt. Ein effizientes Vorgehen gegen die Epidemien wird beeinträchtigt und dadurch die Systemerhaltung der „HIV/AIDS-Epidemie“ unterstützt. Demnach kann weder das

Rechtssystem, noch das Gesundheitssystem aufgrund der anomischen Strukturen im Staat der „HIV/AIDS-Epidemie“ adäquaten Widerstand leisten. Zudem wirken sich Kriegs- und Krisensituationen oftmals negativ auf das Gesundheitssystem aus. Eine Verschlechterung der medizinischen Versorgung kann ebenso die Virusverbreitung und somit die Systemerhaltung unterstützen. Es ist davon auszugehen, dass Veränderungen im System „Anomie“, wie die Stärkung staatlicher Strukturen, ebenso Veränderungen im „Rechtssystem“, als auch im „Gesundheitssystem“ zur Folge haben.

6. Bewältigungsstrategien – Strategien des internationalen Akteurs UNAIDS

Nachdem die potentiellen Ursachen für die Ausbreitung von HIV/AIDS-Epidemien im subsaharischen Afrika dargestellt und ihre systemische Konstellation verdeutlicht wurde, wird in diesem Kapitel betrachtet, welche Strategien zur Bewältigung der HIV/AIDS-Epidemien verfolgt werden. Die internationale HIV/AIDS-Politik wird merklich durch die allgemeinen Veränderungen der globalen Politik geprägt. Diese werden im Folgenden überblicksartig dargestellt, bevor im Anschluss daran die Bewältigungsstrategien im Einzelnen herausgearbeitet werden.

Ende der 60er Jahre begann die Krise des Fordismus. Aufgrund dessen wurden Strategien zur Liberalisierung der Weltwirtschaft gefordert und die Produktionsprozesse und Handelsaktivitäten auf internationale Standorte und Absatzmärkte ausgerichtet. Insofern war die globale Politik von einer Hegemonie neoliberaler Konzepte geprägt. Diese war für eine soziale Entwicklung in den Entwicklungsländern wenig förderlich. Erst in den neunziger Jahren verbreitete sich die Erkenntnis, dass die ökonomisch ausgerichteten Strategien die Armutssituationen in den Entwicklungsländern nicht verbessern. Daraufhin wurde, zumindest programmatisch, sozialpolitischen Aspekten wie beispielsweise der Armutsminderung zunehmend Bedeutung beigemessen.

Im Rahmen der Globalisierung gewinnt mittlerweile die *inter**- und *transnationale** Ebene der Politik verstärkt an Bedeutung. Nationalstaaten verlieren in vielen Bereichen an Regelungskompetenzen. Zudem ist ein zunehmender Einfluss von privaten und zivilgesellschaftlichen Akteuren festzustellen. Es bildet sich eine globale Mehrebenen-Governance heraus. Staatliche, private und zivilgesellschaftliche Akteure agieren auf den verschiedenen Politikebenen (lokal, national, regional, global). Sie beeinflussen dadurch, je nach Macht und Einflussmöglichkeiten, sowohl das Gesamtgefüge der *global Governance**, als auch die Handlungen der anderen beteiligten Akteure. Diese verfolgen oftmals unterschiedliche Interessen und verfügen über ungleiche Machtressourcen. Diese Form der internationalen Politik beeinflusst unter anderem maßgebend die globale HIV/AIDS-Politik.

Die HIV/AIDS-Pandemie stellt mittlerweile ein globales Problem dar, das ebenso einer globalen Antwort bedarf. Inzwischen wird das Thema HIV/AIDS auf höchster politischer Ebene behandelt. Im Jahr 2000 befasste sich der UN-Sicherheitsrat mit dem HIV/AIDS-Problem und somit erstmals seit seiner Gründung mit einem Gesundheitsthema (vgl. Kohlmorgen 2004, 139-147). Auf dem Millenniums-Gipfel

der Vereinten Nationen im Jahr 2000 war die Eindämmung der HIV/AIDS-Epidemien eines der acht beschlossenen MDGs (Millennium Entwicklungsziele), die bis 2015 erreicht werden sollen (vgl. UN 2006). Ein 2005 vorgelegter Zwischenbericht stellte jedoch fest, dass die bisher gemachten Fortschritte völlig unzureichend sind. Insbesondere in den LDCs (Less Developed Countries) ist die Erreichung der Ziele bis 2015 unwahrscheinlich. Des Weiteren gefährden die HIV/AIDS-Epidemien das Erreichen der restlichen angestrebten MDGs. Die Reaktionen auf die HIV/AIDS-Epidemien wurden erst im Jahr 2001 auf nationaler und internationaler Ebene deutlich intensiviert. Im Rahmen der *UNGASS** (Sondergeneralversammlung der UN zu HIV/AIDS) verpflichteten sich die UN-Mitgliedstaaten, die Ressourcen für die HIV/AIDS Bekämpfung deutlich zu erhöhen. Sie machten sich die weltweite Senkung der HIV-Prävalenz unter jungen Menschen um 25% bis zum Jahr 2010 zum Ziel.

Im Jahr 2001 wurde die Errichtung des *GFATM** (Globaler Fond zur Bekämpfung von AIDS, Tuberkulose und Malaria) beschlossen, der zusätzliche Ressourcen für notwendige Maßnahmen zur Eindämmung dieser Krankheiten bereitstellen soll (vgl. Weinreich / Benn 2005, 65f; 122-126).

Bereits im Jahr 1995 wurde *UNAIDS** gegründet, um alle Bemühungen der Vereinten Nationen im HIV/AIDS-Bereich zu koordinieren. Die Weltbank hat sich ebenso die Eindämmung der HIV/AIDS-Epidemien in den Hochprävalenzländern zum vorrangigen Ziel gemacht. Hierzu wurden von großen Geldgebern der *multi**- und *bilateralen** Zusammenarbeit erhebliche finanzielle Ressourcen mobilisiert (vgl. Zacher 2001, 5). Mittlerweile gibt es somit auf höchster Ebene erhebliche Anstrengungen, die Pandemie einzudämmen.

Laut Gronemeyer sind die Akteure im Kampf gegen die Pandemie zwar engagiert, entwickeln aber keine Theorien, welche die Ursachen erfassen können. Den wenigsten der europäischen und amerikanischen Akteure im HIV/AIDS-Bereich ist bewusst, dass sie gegen Phänomene ankämpfen, deren Voraussetzung westliche Einflüsse erst geschaffen haben (vgl. Gronemeyer 2002, 125). In diesem Kapitel wird darauf eingegangen, was sich tatsächlich hinter den internationalen Bewältigungsstrategien verbirgt. Dies kann im Rahmen dieser Arbeit jedoch lediglich exemplarisch geschehen. Dazu wurde UNAIDS, als zentraler Akteur der internationalen HIV/AIDS Politik, ausgewählt.

Mittlerweile hat sich in den Industrieländern die Erkenntnis durchgesetzt, dass Infektionskrankheiten, die primär in den Entwicklungsländern auftreten (wie HIV/AIDS), ebenfalls eine Bedrohung für die westlichen Industrienationen darstellen können. Es wird vermutet, dass die Folgen der HIV/AIDS-Pandemie in vielen

Regionen der Welt ökonomisch, politisch und sozial destabilisierend wirken und eine Gefahr für den globalen Frieden darstellen können. Zudem wird befürchtet, dass Infektionskrankheiten, wie HIV/AIDS, durch die zunehmende globale Vernetzung, aus den armen Ländern verstärkt in die reichen Länder eindringen werden, bzw. die Ausbreitung wieder aufkeimen lassen. HIV/AIDS-Epidemien werden nicht mehr lediglich als eine nationale Bedrohungen betrachtet, sondern vielmehr als globale Gefahr wahrgenommen. Daher wird sich auf *multilateraler**, transnationaler und globaler Ebene darum bemüht, Politiken zur Eindämmung der HIV/AIDS-Pandemie zu entwickeln (*Global Health Governance**). Diese Bemühungen haben u.a. zu der Entstehung des internationalen Akteurs UNAIDS geführt, der eine globale Antwort auf die HIV/AIDS-Pandemie entwickeln soll (vgl. Kohlmorgen 2004, 139).

6.1. Vorstellung von UNAIDS

Im Jahr 1987 reagierte das UN-System auf die beginnende HIV/AIDS-Ausbreitung mit der Bildung des der WHO untergegliederten „Special Programme on AIDS“. Später wurde daraus das „Global Programme on AIDS“ (*GPA**). Aufgrund seiner begrenzten Fähigkeiten die verschiedenen UN-Institutionen zu koordinieren, wurde das Programm jedoch kritisiert. Daraufhin wurde es 1995 beendet und von dem „Joint United Nations Programme on HIV/AIDS“ (UNAIDS) abgelöst. Es konstituiert sich aus zehn Organisationen des UN-Systems: *UNICEF**, *UNDP**, *UNFPA**, *UNODC**, *UNESCO**, *UNHCR**, *WFP**, *ILO**, *WHO** und Weltbank.

UNAIDS wurde gegründet, um die Strategien und Maßnahmen dieser Organisationen zur Eindämmung der HIV/AIDS-Pandemie zu koordinieren und die Arbeit der beteiligten Organisationen effektiver zu gestalten. Zudem wurde durch die Gründung von UNAIDS angestrebt, die Eindämmung der Pandemie in den internationalen Organisationen als relevantes Thema zu verfestigen und die Entwicklung entsprechender Programme zu fördern. Wesentliche Aufgaben von UNAIDS stellen die Informationsbeschaffung und –bereitstellung, die Unterstützung bei der Entwicklung nationaler Strategien zur Eindämmung der Epidemien sowie der Gewährleistung medizinischer Versorgung von aidskranken Menschen dar. Die Entwicklung einer globalen Antwort auf die HIV/AIDS-Pandemie ist das zentrale Ziel von UNAIDS (vgl. Kohlmorgen 2004, 139, 150; <http://www.unaids.org>, Stand 19.11.2007).

Organe

Bedeutende Organe von UNAIDS sind das PCB (Programme Coordinating Board), das CCO (Committee of Cosponsoring Organizations) und das Sekretariat. Das

PCB ist das entscheidende Steuerungsgremium von UNAIDS. Dies setzt sich aus VertreterInnen der beteiligten UN-Organisationen, VertreterInnen der Regierungen der Geber- und Nehmerländer sowie VertreterInnen von NGOs zusammen. Die Beteiligung zivilgesellschaftlicher Kräfte, insbesondere von Vereinigungen Betroffener, an einem solch entscheidenden Gremium ist für das UN-System bisher ungewöhnlich und kann als in besonderem Maße innovativ betrachtet werden.

Das CCO setzt sich aus Vertreterinnen der beteiligten UN-Organisationen sowie dem UNAIDS-Sekretariat zusammen. Es dient als Forum der beteiligten UN-Organisationen. In diesem Rahmen können die beteiligten UN-Organisationen aus ihrer Erfahrung heraus Anstöße für die Strategie- und Maßnahmenentwicklung von UNAIDS geben. Dieses Organ hat allerdings eher einen konsultativen Charakter.

Das UNAIDS-Sekretariat hat die Funktion, die Handlungen der beteiligten Akteure von UNAIDS zu koordinieren. Zudem hat das Sekretariat die Sammlung, Analyse und Verbreitung von HIV/AIDS-spezifischen Informationen zur Aufgabe. Diese Informationen bilden die Grundlage für die Bewältigungsstrategien und Maßnahmen, die von den nationalen Regierungen und anderen Akteuren entwickelt werden (vgl. Kohlmorgen 2004, 151; <http://www.unaids.org>).

Finanzierung

UNAIDS hatte in dem Zeitraum 2006-2007 ein Gesamtbudget von 797.3 Millionen US\$. Dieses Gesamtbudget setzt sich aus einem *Kernbudget*^{*18} (320.5 Millionen), einem *Zusatzbudget*^{*19} (283.1 Millionen) und *eigenen Ressourcen der Trägerorganisationen*^{*20} (193.7 Millionen) zusammen (vgl. UNAIDS 2005, 5). Für den Zeitraum 2004-2005 betrug das Gesamtbudget 522.3 Millionen US\$. Diese Budgetsteigerung von 28% setzt den Trend der Steigerung des Gesamtbudgets von Biennium zu Biennium fort. Das Gesamtbudget wird durch Spender sowie durch die UNAIDS-Trägerorganisationen sichergestellt. Die UNAIDS-Trägerorganisationen fördern unabhängig von diesem Budget Maßnahmen im HIV/AIDS-Bereich in erheblichem Maße (vgl. UNAIDS 2003(b), Executive Summary; 5; UNAIDS 2005, 5f; 11; Kohlmorgen 2004, 151).

Die finanziellen Ressourcen von UNAIDS werden mit Hilfe des UBW (Unified Budget and Workplan) auf die zehn beteiligten UN-Organisationen und auf das

¹⁸ Das Kernbudget ist der Mindestbestand an Finanzmitteln, mit denen die notwendigsten Maßnahmen des Unified Budget and Workplan (UBW) finanziert werden (vgl. UNAIDS 2005, 56).

¹⁹ Das Zusatzbudget besteht aus Ressourcen, die von der entsprechenden Trägerorganisation beschafft werden. Mithilfe dieser zusätzlichen Ressourcen können neben den Maßnahmen, die durch das Kernbudget finanziert werden, weitere Maßnahmen finanziert werden. Das Zusatzbudget besteht aus freiwilligen Spenden, die durch die Trägerorganisationen erhoben werden und über deren Budget und Finanzierungsmechanismus abgewickelt werden.

²⁰ Die eigenen Ressourcen der Trägerorganisationen sind Ressourcen, die von den Trägerorganisationen für HIV/AIDS bereitgestellt werden. Diese Ressourcen stammen oftmals aus dem regulären Budget der jeweiligen Organisation und können durch Mitgliederbeiträge finanziert werden.

UNAIDS-Sekretariat verteilt. (Für eine detaillierte Auflistung der Verteilung der Ressourcen vgl. Anhang C 2). Im Rahmen des UBW wird für eine Laufzeit von zwei Jahren ein Finanzierungs- und ein Aufgabenplan aufgestellt. In diesem Plan wird festgelegt, welche der elf beteiligten Organe (zehn UN-Organisationen und das UNAIDS-Sekretariat) welche Aufgaben übernehmen, wie viel Ressourcen für diese Aufgaben zu Verfügung stehen und woher diese finanziellen Ressourcen bezogen werden. Mit Hilfe des UBW sollen die im PCB (Programme Coordinating Board) getroffenen Entscheidungen umgesetzt werden. Im UBW werden somit die gemeinsame programmatische Ausrichtung sowie der finanzielle Rahmen von UNAIDS festgelegt. Er stellt ein wichtiges Instrument zur Koordinierung der UN-Organisationen untereinander dar. Der UBW enthält zudem ein Monitoring- und Evaluationskonzept, anhand dessen Fortschritte gemessen und Programme gesteuert werden können (vgl. UNAIDS 2005, 4; UNAIDS 2003(b), 1).

Mit dem GFATM (Global Fund to fight AIDS, Tuberculosis an Malaria) ist zusätzlich ein zentrales Finanzierungsinstrument zur finanziellen Unterstützung von Maßnahmen im HIV/AIDS-Bereich entstanden. In Abgrenzung zu GFAMT gehören zu den Aufgaben von UNAIDS, wie bereits beschrieben, die Stärkung und Koordinierung der Maßnahmen zur Eindämmung der HIV/AIDS-Pandemie. Der GFAMT ist hingegen lediglich ein Finanzierungsmechanismus in Form eines unabhängigen „Public-Private Partnerships“. UNAIDS und der GFATM haben eine Kooperation vereinbart. Demnach soll UNAIDS beispielsweise Regierungen dabei unterstützen, finanzielle Mittel beim GFATM zu beantragen (vgl. Kohlmorgen 2004, 151ff; UNAIDS 2003(a), 4).

Aufgaben

UNAIDS unterstützt nationale Behörden und zivilgesellschaftliche Organisationen darin, die Kapazitäten und die dafür notwendigen Strukturen für den Umgang mit HIV/AIDS aufzubauen. UNAIDS hat insgesamt nur ca. 140 Mitarbeiter und arbeitet daher in den einzelnen Ländern im Wesentlichen über das jeweilige Personal der UN-Organisationen vor Ort. Diese Mitarbeiter vor Ort bilden in den Ländern Themengruppen der UN zu HIV/AIDS. Mittlerweile existieren 134 solcher Themengruppen. Diese koordinieren das Vorgehen gegen HIV/AIDS und kooperieren mit den Behörden und Akteuren der Entwicklungszusammenarbeit und Gesundheitspolitik des jeweiligen Landes. Ihre Arbeit orientiert sich an den jeweiligen nationalen Strategien oder unterstützt die nationalen Behörden eine Landesstrategie zu entwickeln, falls keine vorhanden sein sollte.

Der Fokus ihrer Arbeit liegt demnach auf der Politik-Beratung und der Unterstützung bei der Implementierung von nationalen HIV/AIDS-Bewältigungsstrategien. UNAIDS ist formal einer der zentralen Akteure der Global Health Governance (vgl. Kohlmorgen 2004, 149-152). Im Folgenden werden die Strategien von UNAIDS zur Eindämmung der HIV/AIDS-Pandemie im Einzelnen herausgearbeitet und diskutiert.

6.2 Strategien

Mit der Verabschiedung der MDGs im Jahr 2000 und der „Declaration of Commitment on HIV/AIDS“ im Jahr 2001 wurden auf globaler Ebene klare internationale Ziele zur Eindämmung der HIV/AIDS-Pandemie gesetzt. Die Zielsetzung von UNAIDS orientiert sich an diesen beiden Verpflichtungserklärungen.

Im Jahr 2000 wurden auf dem Millenniumsgipfel der Vereinten Nationen acht MDGs verabschiedet, um Armut zu lindern und die Lebensbedingungen zu verbessern. Das sechste MDG beinhaltet die Forderung, die HIV/AIDS-Ausbreitung bis zum Jahr 2015 zu stoppen und eine Trendumkehr einzuleiten.

Die Verabschiedung der „Declaration of Commitment on HIV/AIDS“ soll dazu beitragen, dieses MDG zu erreichen. Die „Declaration of Commitment on HIV/AIDS“ wurde im Jahr 2001 von Staatsoberhäuptern und RegierungsvertreterInnen aus 189 Nationen auf der ersten „United Nations General Assembly Special Session on HIV/AIDS“ (UNGASS) einstimmig verabschiedet (vgl. UNAIDS 1, <http://www.unaids.org>; UNAIDS 3, <http://www.unaids.org>). Die Deklaration beschreibt das Ausmaß der Pandemie, ihre Auswirkungen und zeigt Wege auf, wie die Pandemie eingedämmt werden kann. Die „Declaration of Commitment on HIV/AIDS“ ist keine rechtsverbindliche Vereinbarung. Dennoch stellt sie eine bedeutsame globale Übereinkunfts- und Verpflichtungserklärung der Regierungen dar. Durch sie wird das Ausmaß der Pandemie anerkannt sowie Ziele und *Strategien** zur Bewältigung festgelegt. Somit verkörpert sie ein wichtiges Instrument zur Bewältigung der HIV/AIDS-Pandemie (vgl. UNAIDS 2002(a), 4).

Wie bereits erwähnt, orientieren sich die Ziele und Strategien von UNAIDS an diesen beiden Erklärungen. Im Folgenden werden die Strategien erläutert, die von UNAIDS verfolgt werden um diese Ziele zu erreichen. Dies geschieht anhand des UBW 2006-2007 (Unified Budget and Workplan) von UNAIDS. Der UBW bildet das strategische Rahmenwerk von UNAIDS, mit anderen Worten der gemeinsamen und koordinierten HIV/AIDS-spezifischen Arbeit der zehn Organisationen des UN-Systems und des Sekretariats (vgl. UNAIDS 2005, 5). Darin werden 16 von UNAIDS angestrebte *Hauptresultate** festgelegt, die auf Anregung des PCB (Programme Coordinating Board) erstellt worden sind. Inhaltlich sind sie darauf ausgerichtet, das

Erreichen der Ziele der „Declaration of Commitment on HIV/AIDS“ zu unterstützen. Darüber hinaus werden 49 Unterresultate bestimmt, die zum Erreichen der Hauptresultate beitragen sollen. Diese Unterresultate sind nicht wie die Hauptresultate für UNAIDS als Ganzes, sondern speziell für die jeweiligen Trägerorganisationen festgelegt (vgl. Anhang C 1). Im UBW werden sowohl für die angestrebten Hauptresultate, als auch für die Unterresultate die dafür zur Verfügung stehenden Budgets festgelegt. Dadurch kann mit Hilfe des UBW relativ konkret erkannt werden, welche Ziele gesteckt, welche Strategien zur Erreichung dieser Ziele verfolgt und wie viel Ressourcen dafür zu Verfügung gestellt werden (vgl. UNAIDS 2005).

Die 16 von UNAIDS formulierten Hauptresultate werden sechs Kategorien zugeordnet, um die Schwerpunkte der Arbeit von UNAIDS darzustellen.²¹

Die angestrebten Hauptresultate von UNAIDS können in sechs Bereiche gefasst werden:

- Koordination
- Prävention
- Zugang zu medizinischer Behandlung
- Forschung und Information
- Bewältigung der Folgen
- Ressourcenmanagement

Im Folgenden werden die sechs Kategorien mit den dazugehörigen Hauptresultaten sowie den jeweiligen Maßnahmen beschrieben.

6.2.1 Koordination

UNAIDS misst der Koordinierung der Reaktion auf die HIV/AIDS-Pandemie große Bedeutung bei. Die Organisation strebt es an, eine Führungsrolle im Widerstand gegen die HIV/AIDS-Pandemie zu übernehmen. Diese soll für eine notwendige Koordinierung der eigenen Trägerorganisationen sowie anderer beteiligter Akteure und deren aidsspezifischen Aktivitäten genutzt werden. In der Kategorie „Koordination“ werden folgende von UNAIDS angestrebten Hauptresultate zusammengefasst:

- Koordinierung des UN Systems fördern
- Leistungsvermögen der Länder erhöhen: Die „Three Ones“-Prinzipien
- Entwicklung von Partnerschaften

²¹ Diese sechs Kategorien wurden nicht von UNAIDS, sondern von der Autorin konzipiert.

Diese Kategorie bezieht sich auf die Koordinierung der UN-Organisationen, der Akteure und Aktivitäten auf nationaler Ebene sowie der Vernetzung und Koordination anderer beteiligter Akteure wie Zivilgesellschaft, Spender, Privatwirtschaft und Forschungseinrichtungen.

Koordinierung des UN Systems

Um eine koordinierte, kohärente und effektive Vorgehensweise der UNAIDS-Trägerorganisationen zur Eindämmung der HIV/AIDS-Pandemie zu erreichen, werden folgende Maßnahmen angeführt:

- Eine effektivere Arbeitsweise der UN Themengruppen zu HIV/AIDS und der UNAIDS-LänderkoordinatorInnen fördern (organisationsübergreifend, Sekretariat)²²
- UN-Vorgehensweise durch den strategischen Rahmenplan zu AIDS koordinieren (Sekretariat)
- Die Handlungsfähigkeit von MitarbeiterInnen des UN-Systems erhöhen, auf die AIDS-Pandemie auf individueller, professioneller und auf Organisationsebene zu reagieren (organisationsübergreifend) (vgl. UNAIDS 2005, 15).

Leistungsvermögen der Länder erhöhen: Die „Three Ones“-Prinzipien

Die „Three Ones“-Prinzipien besagen, dass jedes Land dazu befähigt werden soll, eine nationale AIDS-Behörde mit multisektorieller Verfügung, einen einheitlichen Rahmenplan für AIDS-Aktivitäten sowie ein einheitliches und qualitativ hochwertiges Monitoring-System auf nationaler Ebene auf- oder auszubauen. Deren Umsetzung soll eine Koordinierung der Aktivitäten auf nationaler Ebene gewährleisten. Hierfür werden folgende Maßnahmen aufgeführt:

- Nationale AIDS-Behörden stärken. Die Koordination von Spendern der UNAIDS-Trägerorganisationen sowie anderer beteiligter Akteure fördern (Weltbank, Sekretariat, organisationsübergreifend)
- Die Leistungsstärke der Länder in Bezug auf Monitoring und Evaluationssysteme erhöhen (Weltbank, Sekretariat)
- Die Bedürfnisse auf nationaler und regionaler Ebene an fachlicher Unterstützung ergründen und in koordinierter Art und Weise darauf eingehen (Sekretariat)
- Länder darin unterstützen, multisektorielle AIDS-Aktivitäten in nationale Entwicklungspläne, Strategien und Programme zu integrieren (UNDP)

²² Im Folgenden wird bei jeder Maßnahme in Klammer angegeben, welche Organisation für deren Ergreifung zuständig ist.

- Nationale Leistungsfähigkeit erhöhen, um Bildungs-, Kommunikations- und Informationsstrategien für HIV zu entwerfen, umzusetzen und zu bewerten (UNESCO) (vgl. UNAIDS 2005, 19f).

Entwicklung von Partnerschaften

Für die Entwicklung von Partnerschaften zwischen anderen beteiligten Akteuren, wie Regierungen, Zivilgesellschaft (insbesondere Frauen, Jugendliche und HIV-infizierte Menschen), dem privaten Sektor und zwischenstaatlichen Organisationen, werden folgende Maßnahmen genannt:

- Mit UN-Partnern (z.B. Stiftungen, Regierungen, Zivilgesellschaft, Privatwirtschaft) zusammenarbeiten (Weltbank)
- Zusammenarbeit von jungen und erwachsenen Menschen stärken. Jugendliche im Bereich Politik, Advocacy und Mittelbeschaffung weiterbilden (UNFPA)
- Kapazitäten von betrieblichen Gesundheitsdiensten ausbauen und stärkere Public-Private-Partnerships fördern. Dies soll den Zugang zu Behandlung, Pflege und sozialem Schutz erhöhen (ILO)
- Vereinigungen und Foren von nationalen und internationalen Partnern unterstützen, um zu einem einheitlichen Ansatz zu gelangen und umfassende Bildungsstrategien zu fördern (UNESCO)
- Mit Universitäten und Forschungseinrichtungen zusammenarbeiten, um die Bedeutung von Ernährungsunterstützung in der Behandlung und Pflege von HIV-infizierten Menschen zu beleuchten. Die programmatische Ausrichtung der HIV/AIDS- und Tuberkulose-Programme soll entsprechend verbessert werden (WFP)
- Die Beteiligung der Zivilgesellschaft, insbesondere von HIV-infizierten Menschen und vulnerablen Bevölkerungsgruppen, in programmatische Entscheidungsprozesse auf globaler, regionaler und nationaler Ebene beibehalten und verstärken (Sekretariat) (vgl. UNAIDS 2005, 18).

Die Beteiligung zivilgesellschaftlicher Kräfte ist für UNAIDS von großer Bedeutung. Wie bereits beschrieben, sind sie zum Einen in bedeutenden Entscheidungsgremien von UNAIDS (Programme Coordinating Board) vertreten. Zum Anderen soll die Zusammenarbeit mit der Zivilgesellschaft auf allen Ebenen gefördert werden. Es wird allerdings nicht weiter ausgeführt, wie dies konkret umgesetzt werden kann.

Im UBW wird erwähnt, dass die Koordination des UN-Systems als Grundvoraussetzung für die Erreichung der weiteren für 2006-2007 angestrebten Haupt-

resultate betrachtet wird. Die Koordination der verschiedenen UNAIDS-Trägerorganisationen stellt seit der Gründung von UNAIDS eine zentrale Aufgabe dar. Für eine effektive Vorgehensweise gegen die HIV/AIDS-Pandemie ist dies von großer Bedeutung (vgl. 6.1). Neben der Koordination der beteiligten UN-Organisationen wird überdies der Vernetzung und Koordinierung beteiligter Akteure (Zivilgesellschaft, UNAIDS-Partner, Privatwirtschaft und Forschungseinrichtungen) große Bedeutung beigemessen.

Einige der genannten Maßnahmen, die zur Erreichung der angestrebten Hauptresultate führen sollen, stellen jedoch eher weitere Zielbeschreibungen, als konkrete Strategien dar. Fraglich bleibt, wie beispielsweise die Arbeit der UNAIDS-Themengruppen effektiver gestaltet werden kann. Ebenenfalls unklar bleibt, durch welche konkreten Maßnahmen die Handlungsfähigkeit der UN-Mitarbeiter verbessert oder wie die nationale Leistungsfähigkeit bezüglich Monitoring- und Evaluationssysteme oder Bildungs-, Kommunikations- und Informationsstrategien erhöht werden kann.

6.2.2 Prävention

Laut UNAIDS werden weltweit weniger als 20% der Menschen, die einem Infektionsrisiko ausgesetzt sind, von Präventionsmaßnahmen erreicht (vgl. UNAIDS 2005, 7). Daher ist ein Großteil der Arbeit von UNAIDS auf Prävention ausgerichtet. Folgende angestrebte Hauptresultate im UBW beziehen sich auf die Verbesserung der Präventionsmaßnahmen:

- HIV-Präventionsprogramme
- Stärkung von Frauen und Mädchen
- Vulnerabilität von Individuen und Gemeinden vermindern
- HIV/AIDS-Strategien in Krisen- und Konfliktsituationen integrieren
- Einhaltung der Menschenrechte fördern
- Leadership stärken und Bewusstsein schaffen

HIV-Präventionsprogramme

UNAIDS strebt eine Befähigung aller Länder an, HIV-Präventionsprogramme zu entwickeln, zu implementieren und großflächig zu verbreiten. Um dies zu erreichen werden folgende Maßnahmen genannt:

- Sicherstellen, dass das UN-Personal über adäquaten Zugang zu HIV-Prävention verfügt (organisationsübergreifend)
- Entwicklung von nationalen Präventionsstrategien fördern

- Zugang zu HIV-Präventionstechnologien sicherstellen. Ländern die notwendige Unterstützung, in Form von Information, Beratung und technischer Unterstützung, zur Verfügung stellen (z.B. Beratung zu Präventionsmöglichkeiten der Mutter-Kind-Übertragung oder der Blutübertragung) (WHO)
- HIV-Präventionsprogramme ausbauen. Insbesondere für Frauen und Mädchen (UNFPA), Flüchtlinge (UNHCR) und Häftlinge sowie für Menschen, die Opfer von Menschenhandel wurden (UNODC)
- In Anlehnung an die „Declaration of commitment on HIV/AIDS“, soll der Zugang von jungen Menschen zu HIV-spezifischer Information, Aufklärung und Dienstleistungen (UNICEF) erhöht werden. Dazu muss ebenso die Fähigkeit der Länder verbessert werden, die entsprechenden Strategien und Aufklärungsprogramme zu entwerfen, zu implementieren und zu bewerten (UNESCO)
- Durchführung von umfangreichen Kondom-Programmen, insbesondere für Jugendliche (UNFPA)
- Bei der Programmgestaltung HIV-infizierte Menschen mit einbeziehen (Sekretariat)
- Partizipation von Jugendlichen erhöhen (UNFPA)
- Entwicklung und Implementierung einer umfangreichen Reaktion des Bildungsbereiches auf die HIV/AIDS-Epidemien, durch das UNESCO geleitete UNAIDS-Projekt EDUCAIDS, ermöglichen. Hierbei ist laut UNESCO die Stärkung des Bildungssektors von großer Bedeutung, um die Ausbreitung von nationalen Bildungsprogrammen zu HIV/AIDS gewährleisten zu können (vgl. UNAIDS 2005, 20f; Annex 1, 48f; 55f; UNESCO, <http://www.educaids.org>).

Stärkung von Frauen und Mädchen

Um den hohen Infektionszahlen von Frauen entgegenzuwirken, sollen Strategien und Programme implementiert werden, die Frauen und Mädchen dazu befähigen, ihre Vulnerabilität zu reduzieren und sich selbst vor dem Risiko einer HIV-Infektion zu schützen. Laut UNAIDS macht der niedrige soziale Status von Frauen in vielen Teilen der Welt sie in besonderem Maße anfällig für eine HIV-Infektion. Daher besteht eine effektive Prävention nicht nur aus Information und Aufklärung. Vielmehr besteht sie aus der Befähigung von Frauen, ihre soziale, ökonomische und rechtliche Vulnerabilität zu reduzieren. Dies soll durch folgende Maßnahmen erreicht werden:

- Enge Zusammenarbeit mit der „Global Coalition on Women and AIDS“ (Sekretariat)
- Engagement für die Anerkennung der Rechte von Frauen und Mädchen (UNDP)
- Durchführung von umfassenden Programmen zur Verbreitung von Kondomen. Insbesondere sollen Programme ausgeweitet werden, welche die Verbreitung von Kondomen für Frauen beinhalten (UNFPA)
- Präventionsprogramme ausweiten, die Frauen und Mädchen adressieren und die Verbindung von HIV/AIDS und reproduktiver Gesundheit betonen (UNFPA)
- Zugang von Frauen und Mädchen zu Bildung, Gesundheitsdiensten und Information fördern (UNICEF)
- AIDS-Behandlung und –Pfleger für HIV-infizierte Frauen und Kinder bereitstellen, die an Programmen zur Verhinderung der Mutter-Kind-Übertragung teilnehmen (UNICEF)
- Frauen und Mädchen in die Entwicklung und Durchführung von Programmen mit einbeziehen (Sekretariat) (vgl. UNAIDS 2005, 22f; Annex 1, 31).

Vulnerabilität von Individuen und Gemeinden vermindern

Um die Vulnerabilität für HIV/AIDS von Individuen und Gemeinden zu mindern, sollen folgende Maßnahmen umgesetzt werden:

- Zugang zu grundlegenden Bildungs- und Gesundheitseinrichtungen und Präventionsmaßnahmen verbessern (UNESCO)
- Präventionsprogramme verbreiten, welche die besonderen Bedürfnisse von Risikogruppen beachten, wie Menschen, die Drogen injizieren (UNODC), Opfer von Menschhandel (UNODC), jungen Menschen (UNFPA, UNICEF) und Flüchtlingen (UNHCR)
- Zugang zu Hilfeleistungen zur Nahrungssicherung verbessern (WFP) (vgl. UNAIDS 2005, 24f).

HIV/AIDS-Strategien in Krisen- und Konfliktsituationen integrieren

Gemäß der „Declaration of Commitment on HIV/AIDS“ wird UNAIDS die Integration von Strategien zu HIV/AIDS-Bewusstseinsbildung, Risikominderung, Prävention, Behandlung und Pflege in Maßnahmen im Rahmen von Konflikten, Naturkatastrophen und humanitären Krisen sowie in der Zeit nach Konflikten fördern. Im internationalen Vergleich ist UNAIDS als Organisation in diesem Bereich besonders aktiv. So wurden bereits HIV/AIDS-spezifische Bildung und Schulungen in sämtliche

UN-Maßnahmen zur Friedensicherung integriert. Für ein verbessertes HIV-Bewusstsein in Krisen- und Konfliktsituationen sollen folgende Maßnahmen durchgeführt werden:

- Themen wie AIDS und Menschenrechte in Strategien und Programme für Flüchtlinge integrieren (UNHCR)
- Schulungen von Flüchtlingen zur Bewusstseinssteigerung zu HIV und Menschenrechtsfragen entwickeln und implementieren (UNHCR)
- Grundgüter für den humanitären Bedarf bereitstellen (z.B. Nahrung, Kondome) (UNFPA, WFP)
- Länder, die sich in Krisensituationen befinden, in ihrer Reaktion auf die Epidemien unterstützen. Insbesondere entscheidende Sektoren wie Gesundheit, Bildung und Landwirtschaft stärken (UNDP)
- Kulturell und sprachlich angemessenes Informationsmaterial entwickeln und deren Verfügbarkeit sicherstellen (UNHCR)
- Flüchtlinge in die nationale und regionale Strategieplanung mit einbeziehen (UNHCR) (vgl. UNAIDS 2005, 29f; Annex1, 4-7).

Einhaltung der Menschenrechte

Die Einhaltung der Menschenrechte ist laut UNAIDS von zentraler Bedeutung, um der Pandemie effektiv zu begegnen. Es werden folgende Maßnahmen ergriffen, um die Einhaltung der Menschenrechte sowie die Gewährung von Grundfreiheiten von HIV-infizierten Menschen und vulnerablen Bevölkerungsgruppen zu fördern:

- Fördern, dass Länder Antidiskriminierungs- und Antistigmatisierungsgesetze, -regelungen und -strategien verabschieden und implementieren
- Länder bei der Begutachtung und Entwicklung von rechtlichen und politischen Rahmenbedingungen unterstützen (UNDP, Sekretariat)
- Handlungsfähigkeit der Länder erhöhen, HIV-bezogene Menschenrechte in die nationale Reaktion auf HIV/AIDS-Epidemien zu integrieren (Sekretariat)
- Advocacy und Kommunikation betreiben, um Stigmatisierung und Diskriminierung zu reduzieren (UNDP)
- Zugang zu Bildungs-, Gesundheits- und Informationseinrichtungen fördern (UNESCO)
- Implementierung und Verbreitung von umfassenden Strategien und Programmen am Arbeitsplatz, welche die Achtung der Menschenrechte beinhalten (ILO)
- Einbindung der Zivilgesellschaft in Strategien und programmatische Entscheidungsprozesse auf globaler, regionaler und nationaler Ebene erhalten

und erhöhen. Insbesondere von HIV-infizierten Menschen und vulnerablen Bevölkerungsgruppen (Sekretariat) (vgl. UNAIDS 2005, 16; Annex, 51f).

Leadership stärken und Bewusstsein schaffen

UNAIDS möchte größere Kenntnis und größeres Bewusstsein über die HIV/AIDS-Epidemien, deren Entwicklung und Auswirkungen sowie effektive Ansätze zur Eindämmung der Epidemien und Milderung der Auswirkungen entwickeln. Das Engagement von Regierungsstellen, Initiatoren und MeinungsführerInnen soll erhöht werden. Hierfür werden folgende Maßnahmen ergriffen:

- UNAIDS wird weiterhin eine führende Rolle bei der Bestimmung der globalen AIDS-Agenda übernehmen und zu politischem Engagement auf allen Ebenen anregen (Sekretariat)
- Advocacy auf globaler und regionaler Ebene ausdehnen (Sekretariat, organisationsübergreifend)
- Engagement und Leistungsfähigkeit von Regierungen, Zivilgesellschaft, Gemeinden und Individuen erhöhen (UNDP)
- Politisches Engagement für eine umfassende Reaktion im Bildungsbereich aufbauen (UNESCO)
- Das Verständnis und das Bewusstsein über die Auswirkungen der HIV/AIDS-Epidemien auf die Arbeitswelt verbessern und erhöhen (ILO)
- Das Bewusstsein über die Bedeutung von Ernährung in AIDS- und Tuberkuloseprogrammen steigern (WFP) (vgl. UNAIDS 2005, 17).

Die Beteiligung der Zivilgesellschaft hat im Bereich der Prävention ebenfalls einen großen Stellenwert. In den Maßnahmenbeschreibungen wird betont, dass insbesondere HIV-infizierte Menschen und vulnerable Bevölkerungsgruppen (Frauen und Mädchen, Jugendliche und Flüchtlinge) in die Entwicklung von Strategien und in programmatische Entscheidungsprozesse auf allen Ebenen mit einbezogen werden sollen. Die Beteiligung der Zivilgesellschaft, insbesondere HIV-infizierter Menschen, stellt demnach eine Querschnittsaufgabe in der Arbeit von UNAIDS dar.

Einige der dargestellten Maßnahmen gleichen an dieser Stelle ebenfalls eher weiteren Zielformulierungen, denn konkreten Aktivitäten. Es bleibt beispielsweise fraglich, wie bei dem Hauptresultat „leadership zu stärken und Bewusstsein zu fördern“ die Führung und Leistungsfähigkeit von Regierungen, der Zivilgesellschaft, Gemeinden und Individuen gestärkt oder wie politisches Engagement gefördert werden soll.

Jugendliche werden als vulnerable Bevölkerungsgruppe erkannt. Dennoch werden viele der besonderen Vulnerabilität von Jugendlichen beschriebenen Aspekte nicht berücksichtigt (vgl. 5.5.2). Im Anhang 1 des UBW wird die notwendige Verbesserung der Handlungsfähigkeit von Lehrern erwähnt.²³ Die in Unterabschnitt 5.5.2 dargestellte, vielfach schwierige Situation von Jugendlichen im subsaharischen Afrika zwischen Tradition und Moderne wird nicht bedacht (vgl. UNAIDS 2005, Annex 1, 13).

Im Hinblick auf die in Unterabschnitt 5.5.3 beschriebene besondere Vulnerabilität von Frauen für eine HIV-Infektion, ist die von UNAIDS beschriebene Erkenntnis, dass der niedrige soziale Status von Frauen in vielen Teilen der Welt Frauen und Mädchen in besonderem Maße anfällig für eine HIV-Infektion macht, von besonderer Bedeutung. Diese Tatsache findet in den genannten Maßnahmen durch die Förderung der Anerkennung der Rechte von Frauen und Mädchen Beachtung. Zudem soll der Zugang von Frauen und Mädchen zu Bildung, Gesundheitsdiensten und Information erhöht werden. Weniger beachtet werden hierbei die Auswirkungen des vielfach patriarchalen Charakters der Beziehungen zwischen Männern und Frauen. Zur Stärkung von Frauen und Mädchen werden im UBW ausschließlich Maßnahmen beschrieben, die Frauen adressieren. Männer werden bei der Verbesserung des sozialen Status von Frauen nicht mit einbezogen. Bei der Ausweitung von Programmen zur Verbreitung von Kondomen wird besonderer Wert auf die Verbreitung von Kondomen für die Frau gelegt. Potentielle soziokulturell bedingte Hindernisse beim Gebrauch von Kondomen (vgl. Exkurs Kondome) werden an dieser Stelle von UNAIDS nicht erwähnt. Der Fokus liegt mehr auf der Entwicklung und der Verfügbarkeit von neuen Präventionstechnologien. Mit soziokulturellen Fragenstellungen, ob und inwiefern diese Präventionsmaßnahmen von der Bevölkerung angenommen werden, wird sich weniger beschäftigt. In dieser Hinsicht ist die angestrebte Partizipation von vulnerablen Bevölkerungsgruppen an der Entwicklung von Präventionsprogrammen ein wichtiger Schritt. Denn sie können mögliche Akzeptanz- und Verwendungsprobleme aufzeigen. Mit denen im UBW aufgestellten Indikatoren kann diese Partizipation vulnerabler Bevölkerungsgruppen jedoch nicht gemessen werden. Diese beschränken sich auf die Verbreitung von HIV-Präventionsaktivitäten auf nationaler Ebene sowie auf die Verwendung von Kondomen.

In dem angestrebten Hauptresultat „Vulnerabilität von Individuen und Gemeinden vermindern“ wird im UBW erwähnt, dass es nicht ausreicht durch Verhaltensänderung die Vulnerabilität von Individuen zu mindern. Vielmehr sollte

²³ Der Anhang I des UBW enthält detaillierte Informationen über die angestrebten Unterresultate, die für jede Trägerorganisation von UNAIDS formuliert sind.

Vulnerabilitätsminderung mit Programmen erreicht werden, welche die Veränderung der Lebensbedingungen fokussieren, die Menschen vulnerabel für eine HIV-Infektion machen. Die Erkenntnis, dass vielmehr die Lebensbedingungen, wie beispielsweise Armut, die Ausbreitung des HI-Virus begünstigen und weniger individuelle Verhaltensweisen, die eher in großem Maße durch die jeweiligen Lebensbedingungen geprägt sind, ist in Anbetracht der Ursachenbeschreibung in Kapitel 5 von besonderer Bedeutung. Obwohl diese Erkenntnis von UNAIDS erwähnt wird, findet sie bei den Indikatoren, welche die Erreichung dieses Hauptresultates überprüfen sollen, keine angemessene Beachtung. Diese beziehen sich ausschließlich auf die Verbreitung von Präventionsmaßnahmen für Risikogruppen, wie Menschen die Drogen injizieren, CSW (Commercial Sex Worker) oder Männer, die sexuell mit Männern verkehren sowie die Förderung von Verhaltensänderung dieser Risikogruppen (vgl. UNAIDS 2005, 24f).

Bedeutende Faktoren, die in Kapitel 5 herausgearbeitet wurden und die Ausbreitung des HI-Virus begünstigen, wie Migration, die Auflösung traditioneller Familienstrukturen, schwache staatliche Strukturen oder traditionelle Vorstellungen und Praktiken werden im UBW nicht erwähnt.

Bei dem Hauptresultat „HIV/AIDS-Strategien in Krisen- und Konfliktsituationen integrieren“ wird der UNHRC, die führende UN-Organisation für den Schutz und die Unterstützung von Flüchtlingen, eine zentrale Rolle einnehmen.

Das Virus ist in der Berufsgruppe der Soldaten in besonderem Maße verbreitet (vgl. 5.7.3). Soldaten können durch ihre berufsbedingte Mobilität ebenso dem Virus zu Mobilität verhelfen. Es wird erwähnt, dass HIV/AIDS-Präventionsprogramme für Fachkräfte der Friedenssicherung, wie Soldaten, in allen UN Programmen zur Friedenssicherung verankert sind. Zudem wird angegeben, dass UNAIDS in fast 80 Ländern das nationale Militär und Sicherheitskräfte unterstützt, bzw. plant zu unterstützen.

Länder, deren Strukturen durch kriegerische Auseinandersetzungen geschwächt sind, verfügen vielfach nicht über adäquat funktionierende Bildungs- und Gesundheitssysteme (vgl. 5.7.3) Daher ist die von UNAIDS erwähnte Unterstützung von Ländern in Krisensituationen, auf die Epidemien reagieren zu können von großer Bedeutung (vgl. UNAIDS 2005, 29f; Annex 1, 4-7).

Als bedeutende konkrete Maßnahmen für die Einhaltung der Menschenrechte sind die Sicherstellung des Menschenrechts auf Bildung und Gesundheit zu erwähnen. Es wird allerdings lediglich ausgesagt, dass der Zugang gefördert, jedoch nicht sichergestellt wird. Weitere Menschenrechte, die Auswirkungen auf die Ausbreitung

des HI-Virus haben können, wie die Gleichberechtigung der Geschlechter innerhalb der Ehe, werden an dieser Stelle im UBW nicht ausgeführt.

Die genannten konkreten Maßnahmen zur Schaffung von Bewusstsein über die HIV/AIDS-Problematik beschränken sich auf die Bewusstseinssteigerung von Auswirkungen der HIV/AIDS-Epidemien auf den Arbeitssektor. Eine Bewusstwerdung der Bevölkerung über die Gefahren und Auswirkungen der Epidemien auf andere Bereiche, wie beispielsweise auf die Familie, findet hier keine Beachtung.

Die Systematisierung der beschriebenen sechs Hauptresultate seitens der Autorin zu der Kategorie „Prävention“ verdeutlicht, dass diese angestrebten Hauptresultate eng miteinander verbunden sind. Im UBW wird an einigen Stellen erwähnt, dass UNAIDS diese Verbindungen ebenfalls erkennt. So wird beispielsweise beschrieben, dass die Ausweitung von Präventionsprogrammen eng verknüpft ist mit der Reduzierung der Vulnerabilität von Individuen und Gesellschaften sowie insbesondere von Frauen und Mädchen oder auch von Menschen in Konflikt- und Krisensituationen. Zudem wird erwähnt, dass die Minderung der Vulnerabilität für HIV/AIDS von Individuen und Gemeinden eng verknüpft ist mit der Einhaltung der Menschenrechte, mit Frauenempowerment, mit Ernährungssicherheit und Präventionsstrategien im Rahmen von Krisen und kriegerischen Konflikten. Eine Verbindung zwischen der Stärkung von Frauen und Mädchen und der Einhaltung der Menschenrechte wird ebenfalls genannt (vgl. UNAIDS 2005, 20; 24f; 22).

Im UBW werden zudem Verbindungen einiger Hauptresultate der Kategorie „Prävention“ zu angestrebten Hauptresultaten anderer Kategorien erkannt. Beispielsweise wird die Verbindung zwischen der „Stärkung von Frauen und Mädchen“ und der Entwicklung und Bereitstellung von Präventionstechnologien, die von Frauen kontrolliert werden können (Kategorie „Forschung und Information“), erwähnt. Überdies wird eine Interdependenz zwischen der Ausweitung von Präventionsmaßnahmen und der Stärkung von Gesundheitssystemen (Kategorie „Zugang zu medizinischer Behandlung“) genannt. Eine Verbindung zwischen dem angestrebten Hauptresultat der Einhaltung der Menschenrechte und der Kategorie „Zugang zu medizinischer Behandlung“ wird ebenfalls erwähnt (vgl. UNAIDS 2005, 22; 20; 16).

Im UBW wird demnach erkannt, dass einige Bereiche der Prävention ebenso Auswirkungen auf andere Bereiche haben, die bei der Eindämmung der Pandemie von zentraler Bedeutung sind. Zudem werden Verknüpfungen der dargestellten Maßnahmen mit Maßnahmen anderer Bereiche erfasst.

UNAIDS hat an dieser Stelle demnach eine gewisse Interdependenz der verschiedenen Bereiche, die zur Bewältigung der Epidemien von Bedeutung sind, in ihren Strategien berücksichtigt.

6.2.3 Zugang zu medizinischer Behandlung

Laut UNAIDS haben lediglich 12% der HIV-positiven Menschen in einkommensschwachen und mittelständischen Ländern, die eine antiretrovirale Therapie benötigen würden, Zugang dazu. Daher macht es sich UNAIDS zur Aufgabe, den Zugang zu HIV/AIDS-spezifischer Behandlung zu verbessern. Der ausgeweitete Zugang zu ART (antiretroviralen Therapien) wird im Wesentlichen durch den GFATM finanziert. UNAIDS wird dabei durch die verbesserte Koordinierung der verschiedenen beteiligten Akteure unterstützend tätig sein. Der Kategorie „Zugang zu medizinischer Behandlung“ können folgende angestrebte Hauptresultate von UNAIDS zugeordnet werden:

- Gesundheitssysteme für die Behandlung von HIV/AIDS stärken
- Familien- und gemeinschaftsbasierte Pflege stärken

Gesundheitssysteme für die Behandlung von HIV/AIDS stärken

UNAIDS möchte sicherstellen, dass nationale, regionale und internationale Strategien verabschiedet und umgesetzt werden, die darauf abzielen, Gesundheitssysteme zu stärken. Dadurch soll adäquate Prävention, Behandlung und Pflege von HIV/AIDS-infizierten Menschen gewährleistet werden. Um dies zu erreichen, werden folgende Maßnahmen ergriffen:

- Länder in der Stärkung der Gesundheitssektoren durch die Beratung und Unterstützung der Gesundheitsministerien und anderer relevanter Akteure unterstützen (z.B. nationale Pläne für die Stärkung des Gesundheitssektors erarbeiten und implementieren) (WHO)
- Nationale Fähigkeit stärken, umfangreiche AIDS-Behandlung und -Pflege bereitzustellen, die beispielsweise Komponenten wie Testen und Beraten, sauberes Injektionsbesteck oder Testen des Blutes vor Blutübertragungen beinhalten (UNDP)
- Einen angemessenen Zugang zu Behandlung und Pflege für Frauen und Mädchen, Flüchtlinge und andere vulnerable Bevölkerungsgruppen gewährleisten (UNFPA, UNHCR, WHO)
- Länder darin unterstützen, Diagnose- und Behandlungsmöglichkeiten ununterbrochen sicherstellen zu können (WHO, Weltbank)

Familien- und gemeinschaftsbasierte Pflege stärken

UNAIDS möchte sicherstellen, dass Länder imstande sind, Pflegesysteme zu stärken, die von Familien und Gemeinschaften getragen werden. Dadurch soll Behandlung und Unterstützung für HIV-infizierte Menschen bereitgestellt werden. In Anbetracht der vielfach eingeschränkten Möglichkeiten ist es laut UNAIDS von großer Bedeutung, die vorhandenen personellen Ressourcen optimal einzusetzen. Das Potential von Familien und Gemeinschaftsnetzwerken ist hierbei von besonderer Bedeutung. Im UBW werden folgende Maßnahmen genannt, um dies zu stärken:

- Den Zugang zu Nahrungsmitteln erhöhen und Maßnahmen zur Nahrungssicherung in HIV/AIDS-Programme integrieren (WFP)
- Die Zusammenarbeit von Gemeinschaften, Individuen und Regierungen fördern (UNDP)
- Den Zugang zu Behandlung und Pflege durch eine Erhöhung der betrieblichen Gesundheitsdienstleistungen verbessern (ILO)
- Die Verbreitung von Programmen zur Behandlung von HIV-infizierten Frauen und Kindern zur Verminderung der Mutter-Kind-Übertragung unterstützen (UNICEF) (vgl. UNAIDS 2005, 27).

Eine allgemeine Stärkung der staatlichen Gesundheitssysteme wird zwar erwähnt, der Fokus liegt dabei jedoch vielmehr auf der Verbesserung HIV/AIDS-spezifischer Behandlung. Antiretrovirale Medikamente stellen zweifelsohne eine erhebliche Lebensverlängerungs- und Lebenserleichterungsmöglichkeit dar. Im Sinne der Menschenrechte sollte jede/r Betroffene unabhängig seiner Herkunft und Lebensumstände ein Recht darauf haben. Eine Stärkung der allgemeinen staatlichen Gesundheitssysteme würde allerdings beispielsweise eine erweiterte Behandlung von Geschlechtskrankheiten ermöglichen. Dies könnte somit präventiv wirken.

Zudem bleibt es fraglich, wie die Unterstützung der Länder, einen flächendeckenden und kontinuierlichen Zugang zu Diagnose- und Behandlungsmöglichkeiten sicherzustellen, finanziert werden kann. Als Maßnahmen werden im Annex 1 des UBW beispielsweise die Gründung eines AIDS-Medizin- und Diagnosenetzwerkes oder die Bereitstellung von Informationen zu Patenten und Handelsabkommen beschrieben. Dies sind zwar sinnvolle Maßnahmen, es erscheint jedoch schwierig, einen kontinuierlichen Zugang zu Diagnose- und Behandlungsmöglichkeiten innerhalb von zwei Jahren durch derartige Maßnahmen sicherzustellen. Insofern stellt dies eher ein anzustrebendes Ziel, als eine innerhalb von zwei Jahren umsetzbare Maßnahme dar.

Im Annex 1 des UBW wird ergänzend erwähnt, dass eine Erhöhung an Dienstleistungen im Gesundheitsbereich am Arbeitsplatz gefördert wird, um der vielfach unzureichenden staatlichen Gesundheitsversorgung entgegenzuwirken. Hierbei nimmt die ILO, als UN Organisation mit dem Fokus auf die Arbeitswelt, eine zentrale Rolle ein (vgl. UNAIDS 2005, Annex, 38ff, 58f).

In Bezug auf das Hauptresultat „Familien- und Gemeinschaftsbasierte Pflege stärken“ sollte vor einer möglichen Überlastung der Familien- und Gemeinschaftsnetzwerke gewarnt werden. Durch die aidsbedingten Todesfälle sind Familien oftmals bereits großen Belastungen ausgesetzt. Die Grenzen ihrer Leistungsfähigkeit sollten daher anerkannt werden. Abgesehen von der erwähnten Förderung der Ernährungssicherheit, lässt sich aus den genannten Maßnahmen nicht ableiten, inwiefern Familien dazu befähigt werden sollen, die Pflege von Betroffenen leisten zu können. Inwiefern Gemeinschaftsnetzwerke aufgebaut oder gestärkt werden sollen, damit sie diese Aufgabe übernehmen können bleibt ebenfalls ungeklärt.

UNAIDS erwähnt in ihrem UBW, dass Bereiche dieser Kategorie Auswirkungen auf Bereiche anderer Kategorien haben können. So kann ein verbesserter Zugang zu medizinischen Behandlungsmöglichkeiten ebenso präventiv wirken, wenn diese mit Test- und Beratungsmöglichkeiten gekoppelt sind. Der Zugang zu Medikamenten kann zudem die Angst vor der Krankheit mindern und dadurch die Stigmatisierung Betroffener reduzieren. Das Recht auf ärztliche Versorgung ist in den Menschenrechten verankert. Daher ist dies im Zusammenhang mit dem Hauptresultat „Einhaltung der Menschenrechte fördern“ zu betrachten (vgl. UNAIDS 2005, 25f).

Die Nutzung des Potentials von Familien und Gemeinschaften kann zudem eine beschleunigte Verbreitung von Behandlung und Pflege mit sich bringen. Zudem kann es dazu beitragen betroffene Kinder unterstützen und schützen und finanzielle und personelle Ressourcen für andere Bereiche nutzbar machen (vgl. UNAIDS 2005, 27). Von UNAIDS wird jedoch nicht bedacht, dass das Einbeziehen von Familien- und Gemeinschaftsnetzwerken überdies zu einer Reduzierung von Stigmatisierung und Diskriminierung beitragen kann.

6.2.4 Forschung und Information

Laut UNAIDS stellt die Entwicklung neuer Präventionstechnologien eine dringliche Aufgabe dar. Der Fokus liegt hierbei auf der Entwicklung von Impfungen und Mikrobiziden sowie Präventionsmethoden, die von Frauen kontrolliert werden können.

Die Fähigkeit, adäquat auf die Epidemien reagieren zu können, hängt laut UNAIDS u.a. von verlässlicher und akkurater Informationsverbreitung über die Epidemien ab. Die Möglichkeiten einer globalen Antwort auf die Pandemie sei fortwährend durch

nicht ausreichende HIV-spezifische Analyse- und Informationssysteme beeinträchtigt. Folgendes Hauptresultat im UBW bezieht sich auf die Kategorie „Forschung und Information“:

- Informationen bereitstellen und Forschung fördern

UNAIDS möchte die Verfügbarkeit von aktuellen Daten und Informationen hinsichtlich des Stands, der aktuellen Trends und der Auswirkungen der HIV/AIDS-Pandemie sowie der Bewältigungsversuche unterstützen. Die Impfstoffforschung, die Erforschung von Mikrobiziden sowie von Frauenspezifischen Präventionsmethoden soll gefördert werden. Um dies zu erreichen, werden folgende Maßnahmen genannt:

- Aktuelle und vertrauenswürdige Daten, Informationen und Analysen über die HIV/AIDS-Pandemie erstellen und verbreiten (Sekretariat)
- Monitoring- und Evaluationsansätze auf allen Ebenen vereinheitlichen sowie Länder bei der Einführung eines national einheitlichen Monitoring und Evaluationssystems unterstützen (Sekretariat, Weltbank)
- Die Forschung zu Impfstoffen und Mikrobiziden unterstützen (WHO)
- Sich für die Forschung und den Wissensaustausch in Bezug auf den Zusammenhang zwischen Bildung und HIV/AIDS einsetzen (UNESCO)

Informationsbeschaffung und –bereitstellung stellt seit Anbeginn von UNAIDS eine zentrale Aufgabe der Organisation dar. Durch die Berichterstattung über den aktuellen Stand der Pandemie in Form des jährlich erscheinenden „Epidemic Update“ und des alle zwei Jahre erscheinenden „Report on the global AIDS Epidemic“ übernimmt UNAIDS in diesem Bereich bereits eine führende Rolle. Die Beschaffung und Bereitstellung von HIV/AIDS-spezifischen Informationen wird als Grundvoraussetzung für die Implementierung von Strategien und Programmen in allen Bereichen betrachtet. Die Beschreibung der Strategien für eine Förderung der Forschung ist nicht sehr ausdifferenziert. Dies erweckt den Eindruck, als würde die Forschung zu möglichen Impfstoffen und neuen Präventionsmöglichkeiten keinen allzu großen Stellenwert in der Arbeit von UNAIDS einnehmen (vgl. UNAIDS 2005, 30f; Annex 1, 50).

6.2.5 Bewältigung der Folgen

In vielen Ländern beeinträchtigen die Folgen der Epidemien maßgeblich die Leistungsfähigkeit grundlegender Institutionen und somit die ökonomischen und politischen Entwicklungsmöglichkeiten der Länder. Daher soll die Arbeit von

UNAIDS dazu beitragen, die ökonomischen und sozialen Folgen der Pandemie zu bewerkstelligen. Unter der Kategorie „Bewältigung der Folgen“ werden folgende Hauptresultate von UNAIDS zusammengefasst:

- Länder im Vorgehen gegen die Auswirkungen von HIV/AIDS unterstützen
- Stärkung betroffener Kinder

Länder im Vorgehen gegen die Auswirkungen von HIV/AIDS unterstützen

UNAIDS strebt es an, Länder zu befähigen, Strategien zu entwickeln und zu implementieren, die dazu beitragen die ökonomischen und sozialen Folgen der Epidemien zu bewerkstelligen. Um dies zu gewährleisten, werden im UBW folgende Maßnahmen aufgeführt:

- Sicherstellen, dass Maßnahmen im HIV/AIDS-Bereich auf gründlichen Analysen der Auswirkungen von HIV/AIDS-Epidemien auf die nationale Wirtschaft basieren (Weltbank, Sekretariat)
- Die Implementierung von Strategien und Programmen am Arbeitsplatz fördern, welche die Auswirkungen der Epidemien auf die nationale Ökonomie und die Belegschaft vermindern (ILO)
- Multisektorielle AIDS-Maßnahmen in grundlegende Entwicklungspläne integrieren (beispielsweise in die Strategien zur Armutsminderung und Entschuldungsinitiativen) (UNDP, Weltbank, Sekretariat) (vgl. UNAIDS 2005, 28).

Stärkung betroffener Kinder

Im UBW wird dargelegt, dass Kinder, deren Eltern an AIDS gestorben sind oder in Haushalten leben, die durch AIDS beeinträchtigt sind, oftmals unter diesen Lebensumständen leiden. Diese Kinder sind häufig dazu gezwungen, aufgrund ihrer Lebensumstände die Schule zu verlassen. Daher sollen Strategien und Programme entwickelt werden, die Waisen und andere Kinder, die durch AIDS beeinträchtigt sind, unterstützen und schützen. Ihr Zugang zu Bildung soll gefördert werden. UNAIDS möchte sicherzustellen, dass Länder imstande sind, nationale Strategien und Programme zu implementieren, die das Leistungsvermögen von Regierungen sowie Gemeinden und Familien stärken, für eine unterstützende Umgebung für betroffener Kinder zu sorgen. Konkrete Maßnahmen, um dies erreichen zu können werden im Hauptdokument des UBW allerdings nicht genannt.

Im Anhang 1 des UBW wird jedoch deutlich, dass UNICEF, als führende UN Organisation für den Schutz und die Unterstützung von Kindern, hierbei von

besonderer Bedeutung sein wird. Demnach wird UNICEF folgende Strategien verfolgen, um Kindern Schutz und Unterstützung zukommen zu lassen:

- Daten über die Situation von betroffenen Kindern in der Welt erheben, um Hochrechnungen zu erstellen
- Regionale Treffen zu dem Thema „Betroffene Kinder“ einberufen, um Partner auf der Länderebene zu befähigen, nationale Programme zu planen, zu budgetieren und zu implementieren
- Partnerschaften zwischen dem Sozialschutz, der Kinderfürsorge, dem Bildungssektor und anderen zentralen Akteuren im sozialen Bereich stärken
- Haushalten, in denen durch HIV/AIDS beeinträchtigte Kinder leben, grundlegende Unterstützung bei der Betreuung der Kinder gewähren (vgl. UNAIDS 2005, 23f; Annex 1, 10f).

Im UBW stellt UNAIDS fest, dass die Verminderung der Auswirkungen der HIV/AIDS-Epidemien dem Erreichen der restlichen angestrebten Hauptresultate zu Gute kommt. Gleichzeitig profitiert dieses Hauptresultat von den Maßnahmen, die zum Erreichen anderer angestrebter Hauptresultate ergriffen werden (vgl. UNAIDS 2005, 28). Demnach wird an dieser Stelle ebenfalls eine gewisse Interdependenz verschiedener Hauptresultate und Maßnahmen erkannt. Die interdependente Beziehung von Kinderschutz und anderen Bereichen, wie den Menschenrechten, Prävention sowie der Stärkung von Familien und Gemeinden Betroffene zu pflegen, wird ebenfalls genannt. Andere bedeutsame Faktoren der Vulnerabilität von Kindern, die in Kapitel 5 herausgearbeitet wurden, werden nicht erwähnt. Hierzu zählen sexuelle Ausbeutung, Armut, unzureichende Gesundheitsversorgung und Ernährungssicherheit, die Auflösung traditioneller Familienstrukturen und inadäquate Sexualerziehung

6.2.6 Ressourcenmanagement

Seit Anbeginn der Pandemie haben unzureichende finanzielle Ressourcen die Reaktionen auf die Epidemien behindert. Obwohl die Ausgaben für die Bewältigung der Pandemie mittlerweile deutlich gestiegen sind, bleiben sie für eine adäquate Reaktion auf die Epidemien unzureichend. Zudem verzeichnen viele Länder einen akuten Mangel an personellen und fachlichen Ressourcen. Daher möchte UNAIDS mehr finanzielle und personelle Ressourcen mobilisieren und eine effiziente Nutzung fördern. Diese Kategorie „Ressourcenmanagement“ umfasst folgende Hauptresultate von UNAIDS:

- Mobilisierung finanzieller Ressourcen; Koordinierung und Bedarfsbestimmung fördern
- Effektive Nutzung von personellen und fachlichen Ressourcen fördern

Mobilisierung finanzieller Ressourcen; Koordinierung und Bedarfsbestimmung fördern

Laut UNAIDS bedarf es deutlich höherer finanzieller Ressourcen, um die Ziele der MDGs und der „Declaration of Commitment on HIV/AIDS“ erreichen zu können. Jegliches Versäumen von Investitionen in Prävention wird zukünftig zu einem enormen Bedarf nach finanziellen Ressourcen für Behandlung und Pflege führen. Daher wird UNAIDS die Mobilisierung und Nutzbarmachung von finanziellen Ressourcen von nationalen Budgets, Geberländern, NGOs, von internationalen Organisationen und der Privatwirtschaft fördern. Dazu sollen folgende Maßnahmen ergriffen werden:

- Globale Bedarfsanalysen entwickeln (Sekretariat)
- Koordinierung von verschiedenen Gebern verbessern (UNDP)
- Bei der Mobilisierung von Ressourcen ein einheitliches Vorgehen auf nationaler Ebene gewährleisten, durch die Etablierung der „Three Ones“-Prinzipien (Sekretariat)
- Advocacy betreiben, um finanzielle Ressourcen zu mobilisieren (Sekretariat)
- Die Umsetzung von Schuldenerlassen unterstützen (UNDP)
- Insbesondere für betroffene Kinder und Flüchtlinge sowie für Programme zu Nahrungssicherung zusätzliche Ressourcen beschaffen (UNICEF, UNHCR, WFP) (vgl. UNAIDS 2005, 31f).

Effektive Nutzung von personellen und fachlichen Ressourcen fördern

UNAIDS möchte sicherstellen, dass jedes Land imstande ist, personelle und fachliche Ressourcen für dringliche AIDS-Maßnahmen zu ermitteln, in Anspruch zu nehmen und auszuschöpfen. Hierbei ist es von besonderer Bedeutung, zum Einen die vorhandenen Ressourcen effektiver zu nutzen und zum Anderen den Zugang zu personellen und fachlichen Ressourcen zu erhöhen. Im UBW werden folgende Maßnahmen genannt, um dies zu erreichen:

- Durch die Etablierung der „Three Ones“-Prinzipien die Koordination der vorhandenen personellen und fachlichen Ressourcen verbessern (Sekretariat)
- Maßnahmen unterstützen, welche die personelle und institutionelle Leistungsfähigkeit erhöhen. Der Fokus liegt hierbei auf dem Bildungs- und

Gesundheitssektor, auf ländlicher Entwicklung sowie dem informellen Wirtschaftssektor (UNDP, ILO)

- Mehr Ressourcen für Programme zur Nahrungssicherung mobilisieren (WFP)
- Zugang von nationalen Partnern zu zusätzlichen personellen und fachlichen Ressourcen verbessern (vgl. UNAIDS(b), 32f).

Laut UNAIDS muss der größte Anteil der zu mobilisierenden finanziellen Ressourcen von internationalen Gebern stammen. Einerseits kann dies zu einem Aufruf an die Verantwortlichkeit der internationalen Gemeinschaft führen, andererseits können dadurch neue Abhängigkeiten geschaffen werden. Möglichkeiten wie Schuldenerlasse, welche die Länder befähigen würden mehr nationale finanzielle Ressourcen in die Bewältigung der HIV/AIDS-Epidemien zu investieren, werden ebenfalls im Rahmen der Maßnahmen erwähnt (vgl. UNAIDS 2005, 31f).

Vorwiegend geht es um die reine Beschaffung finanzieller Ressourcen. Überlegungen, wie ein effektiver Einsatz der finanziellen Ressourcen aussehen sollte, finden im UBW weniger Beachtung.

Zudem wird an dieser Stelle wieder einmal deutlich, dass UNAIDS der Koordination, in diesem Fall der finanziellen, personellen und fachlichen Ressourcen, große Bedeutung beimisst. Teilweise bleiben die Ausführungen der zu ergreifenden Maßnahmen sehr vage. So bleibt beispielsweise fraglich, welche konkreten Maßnahmen personelle und institutionelle Leistungsfähigkeit erhöhen könnten.

6.3 Verteilung des Budgets

Wie bereits anfangs in diesem Abschnitt erwähnt, werden im UBW nicht nur die angestrebten Hauptresultate dargelegt, sondern ebenfalls die dafür zur Verfügung stehenden Budgets festgelegt. Nachdem die Strategien von UNAIDS im Einzelnen vorgestellt wurden, soll im Folgenden betrachtet werden, wie viel Ressourcen für die jeweiligen Bereiche zur Verfügung gestellt werden. Die folgende Tabelle lässt bereits auf den ersten Blick erkennen, dass die Verteilung des Budgets von UNAIDS einen relativ komplexen Prozess darstellt.

STRATEGIEN		BUDGET (US\$)							
Kategorien	Hauptresultate	Kernbudget		Zusatzbudget		Eigenressourcen		Gesamt	
Koordinierung	Koordinierung UN System	33,3 Mio.	93,6 Mio.	9,7 Mio.	43,0 Mio.	0,5 Mio.	25,2 Mio.	43,5 Mio.	161,8 Mio. (20,3%)
	Leistungsvermögen Länder	44,5 Mio.		20,0 Mio.		15,2 Mio.		79,7 Mio.	
	Partnerschaften	15,8 Mio.		13,3 Mio.		9,5 Mio.		38,6 Mio.	
Prävention	Menschenrechte	10,6 Mio.	105,0 Mio.	5,3 Mio.	113,4 Mio.	3,5 Mio.	88,8 Mio.	19,4 Mio.	307,2 Mio. (38,5%)
	Präventionsprogramme	31,1 Mio.		63,3 Mio.		41,7 Mio.		136,1 Mio.	
	Vulnerabilität mindern	8,8 Mio.		11,6 Mio.		15,2 Mio.		35,6 Mio.	
	Frauen und Mädchen	11,3 Mio.		19,6 Mio.		11,0 Mio.		41,9 Mio.	
	Krisen- und Konflikte	3,7 Mio.		4,4 Mio.		10,4 Mio.		18,5 Mio.	
	Leadership und Bewusstsein	39,5 Mio.		9,2 Mio.		7,0 Mio.		55,7 Mio.	
	Zugang zu Behandlung	Gesundheitssysteme		18,6 Mio.		22,9 Mio.		42,7 Mio.	
	Familienbasierte Pflege	4,3 Mio.	8,8 Mio.	7,0 Mio.	20,1 Mio.				
Forschung und Information	Information bereitstellen und Forschung fördern	40,6 Mio.	40,6 Mio.	22,4 Mio.	22,4 Mio.	7,9 Mio.	7,9 Mio.	70,9 Mio.	70,9 Mio. (8,9%)
Bewältigung der Folgen	Länder unterstützen	5,4 Mio.	11,1 Mio.	10,2 Mio.	24,4 Mio.	9,0 Mio.	15,1 Mio.	24,6 Mio.	50,6 Mio. (6,3%)
	Betroffene Kinder	5,7 Mio.		14,2 Mio.		6,1 Mio.		26,0 Mio.	
Ressourcenmanagement	Finanzielle Ressourcen	17,9 Mio.	47,3 Mio.	15,0 Mio.	28,2 Mio.	11,2 Mio.	18,6 Mio.	44,1 Mio.	94,1 Mio. (11,8%)
	Personelle Ressourcen	29,4 Mio.		13,2 Mio.		7,4 Mio.		50,0 Mio.	
			320,5 Mio.		282,9 Mio.		193,7 Mio.		797 Mio.

Tabelle 2 Verteilung des Budgets von UNAIDS

(Quelle 3 UNAIDS 2005)

Wie bereits erwähnt, ist das Gesamtbudget von UNAIDS in ein Kernbudget, ein Zusatzbudget und in eigene Ressourcen der Trägerorganisationen unterteilt. Im UBW wird für jedes angestrebte Hauptresultat ein Budget angegeben, das in diese drei Budgets unterteilt ist. Durch die von der Autorin vorgenommene Kategorisierung der Hauptresultate können Arbeitsschwerpunkte von UNAIDS erkannt werden. Tabelle 2 zeigt, dass dem Bereich der Prävention das größte Budget zur Verfügung steht. Dieses macht 38,5% des Gesamtbudgets von UNAIDS aus. Der größte Anteil stammt aus dem Zusatzbudget und den eigenen Ressourcen der Trägerorganisationen. Diese sind kein fester Bestandteil der Kernbudgets von UNAIDS, sondern müssen erst durch die Trägerorganisationen beschafft werden. Sowohl das Zusatzbudget, als auch die bereitgestellten eigenen Ressourcen der Trägerorganisationen sind möglicherweise Schwankungen ausgesetzt. Die Höhe der zur Verfügung gestellten Ressourcen für Prävention ist von diesen Schwankungen abhängig.

Das zweitgrößte Budget wird für den Bereich der Koordinierung bereitgestellt (20,3% des Gesamtbudgets). Allein für die Koordination auf nationaler Ebene, die mit der Implementierung der „Three Ones“-Prinzipien beschrieben wird, wird im

Vergleich zu anderen angestrebten Hauptresultaten ein relativ großer Anteil, nämlich 10% des Gesamtbudgets, von UNAIDS verwendet.

Ein weiterer Schwerpunkt liegt auf der Verbesserung des Zugangs zu Behandlung. Mit einem Budget von 112,4 Millionen US\$ ist es nicht einmal halb so groß wie das Budget für die Kategorie „Prävention“. Dennoch ist es das drittgrößte Budget des Gesamtbudgets von UNAIDS.

Der Rest des Budgets verteilt sich zu deutlich kleineren Teilen auf das Ressourcenmanagement (11,8% des Gesamtbudgets), auf die Forschung und Informationsbereitstellung (8,9% des Gesamtbudgets) und auf die Bewerkstelligung der ökonomischen und sozialen Folgen der Pandemie (6,3% des Gesamtbudgets) (vgl. UNAIDS 2005).

6.4 Fazit

Wie beschrieben, werden im UBW Ziele in Form von angestrebten Hauptresultaten formuliert. Die dargestellten Maßnahmen, die von UNAIDS durchgeführt werden, um die Hauptresultate erreichen zu können, stellen demnach die Strategien dar, die UNAIDS zur Zielerreichung verfolgt. Einige der genannten Maßnahmen, die zur Erreichung dieser Ziele führen sollen, gleichen jedoch vielmehr weiteren Zielformulierungen, als konkreten Strategien.

Die im UBW beschriebenen Hauptresultate beinhalten einige Redundanzen, so dass die Benennung der Schwerpunkte der Arbeit von UNAIDS durch diese fehlende Trennschärfe erschwert wurde. Um die Schwerpunkte deutlich herauszuarbeiten, wurden in dieser Arbeit von der Autorin die sechs vorgestellten Kategorien gebildet. Kürzlich wurde ein neuer UBW für den Zeitraum 2008-2009 veröffentlicht, in dem dieses Problem berücksichtigt wurde. So werden im UBW 2008-2009 nur noch sieben anstatt 16 Hauptresultate und 33 anstatt 49 Unterresultate festgelegt.²⁴

Arbeitsschwerpunkte von UNAIDS

Bezogen auf die Maßnahmen, als auch auf das Budget, nehmen die Kategorie „Koordination“ und die Kategorie „Prävention“ den größten Teil der Strategien von UNAIDS ein. Neun von den 16 Hauptresultaten beziehen sich auf diese beiden Kategorien. Auf sie verteilen sich 58,8% des Gesamtbudgets von UNAIDS.

²⁴ Dieser neue UBW kann aufgrund des kurzfristigen Erscheinungsdatums leider nicht als Grundlage der Strategieanalyse in dieser Arbeit verwendet werden. Bei der Betrachtung des neuen UBW sind jedoch keine grundlegenden Veränderungen festzustellen, welche konträr zu der Analyse der Strategien in dieser Arbeit stehen. Als bedeutende Veränderungen sind zu nennen: Die Reduzierung und die Bündelung der einst 16 zu neuerdings sieben Hauptresultaten; eine Steigerung des Kernbudgets von 320,5 Millionen US\$ auf 469 Millionen US\$ sowie die Beteiligung von Männern bei der Bewältigung von Geschlechterungleichheit.

Für UNAIDS ist eine gemeinsame Strategie der UN Organisationen zur Bewältigung der HIV/AIDS-Pandemie von besonderer Relevanz. Dies wird mehrfach im UBW verbalisiert und spiegelt sich ebenso in der Budgetierung wieder. Die Koordinierung der verschiedenen UNAIDS-Trägerorganisationen stellt seit der Gründung von UNAIDS eine zentrale Aufgabe dar und ist für eine effektive Vorgehensweise gegen die HIV/AIDS-Pandemie von großer Bedeutung. UNAIDS misst insgesamt der koordinierten Reaktion auf nationaler, regionaler und globaler Ebene auf die HIV/AIDS-Pandemie große Bedeutung bei.

Für die Kategorie „Prävention“ werden am meisten finanzielle Ressourcen zur Verfügung gestellt. Zudem beziehen sich sechs der 16 angestrebten Hauptresultate auf diese Kategorie. Die Tatsache, dass jegliches Versäumen von Investitionen in Prävention zukünftig zu einem enormen Bedarf nach finanziellen Ressourcen für Behandlung und Pflege führen wird, spiegelt sich demnach in den Strategien von UNAIDS wider.

Für die Forschung wird ein deutlich kleinerer Teil, nämlich 8,9% des Gesamtbudgets verwendet. Der Umfang der beschriebenen Maßnahmen ist ebenfalls deutlich geringer. Durch die wenig ausdifferenzierte Beschreibung der Strategien für eine Förderung der Forschung wird der Eindruck erweckt, als würde die Forschung zu möglichen Impfstoffen oder neuen Präventionsmöglichkeiten keinen allzu großen Stellenwert in der Arbeit von UNAIDS einnehmen. Dies könnte auf das Problem hinweisen, dass die Forschung im Bereich HIV/AIDS für Pharmaunternehmen wenig attraktiv ist. Der Großteil der späteren potentiellen Abnehmer der Produkte befindet sich in einkommensschwachen Ländern. Diese stellen keinen aussichtsreichen Absatzmarkt dar.

Die Beteiligung der Zivilgesellschaft, insbesondere von Betroffenen, stellt eine Querschnittsaufgabe in der Arbeit von UNAIDS dar. Wie bereits in Abschnitt 6.1 beschrieben, sind zivilgesellschaftliche Kräfte, wie VertreterInnen von Vereinigungen Betroffener, in dem entscheidenden Steuerungsgremium von UNAIDS, dem PCB („Programme Coordinating Board“), vertreten. Die Beteiligung zivilgesellschaftlicher Kräfte an einem solch entscheidenden Gremium ist für das UN-System bisher ungewöhnlich und kann als innovativ betrachtet werden. In den Beschreibungen der angestrebten Hauptresultate wird an auffällig vielen Stellen erwähnt, dass die Beteiligung der Zivilgesellschaft in programmatische Entscheidungsprozesse auf globaler, regionaler und nationaler Ebene beibehalten und verstärkt werden soll. Ein besonderer Fokus liegt hierbei auf der Beteiligung von HIV-infizierten Menschen und vulnerablen Bevölkerungsgruppen (Jugendliche, Frauen und Mädchen, Flüchtlinge).

Die Partizipation der genannten Bevölkerungsgruppen ist ein wichtiger Schritt, lokales Wissen anzuerkennen, zu nutzen und Stigmatisierung entgegenzuwirken. In der „Five-Year-Evaluation“ von UNAIDS aus dem Jahr 2002 wird jedoch deutlich, dass zivilgesellschaftliche Gruppen zwar auf der globalen Ebene in Entscheidungsgremien vertreten sind, NGOs auf der nationalen Ebene jedoch unzureichend mit einbezogen werden (vgl. Kohlmorgen 2004, 158).²⁵

Die strategische Ausrichtung scheint trotz VertreterInnen der Zivilgesellschaft im PCB dennoch maßgeblich von „externen ExpertInnen“, wie MitarbeiterInnen der UNAIDS-Trägerorganisationen und RegierungsvertreterInnen, gesteuert zu werden. Bei genauer Betrachtung der Zusammensetzung des PCBs wird deutlich, dass zivilgesellschaftliche Gruppen eher in geringem beteiligt werden. Neben 22 VertreterInnen der Mitgliedstaaten und jeweils einem Vertreter oder einer Vertreterin der zehn Trägerorganisationen von UNAIDS sind lediglich 5 VertreterInnen von Vereinen HIV/AIDS-Betroffener vertreten. Jeweils ein/e VertreterIn repräsentiert Asien/Pazifik, Europa, Lateinamerika und Karibik, Nordamerika und Afrika. Demnach repräsentiert ein Vertreter der Rwanda Women’s Network - Cameroonian Network of Associations of People Living with HIV/AIDS (RECAP+) den gesamten afrikanischen Kontinent. Dies zeigt, dass die großen EntscheidungsträgerInnen fortwährend auf der Seite der elitären externen „ExpertenInnen“ und nicht auf der Seite der AdressatInnen befinden (vgl. UNAIDS 2007(A)).

²⁵ Die „Five-Year-Evaluation“ (2002) war der erste Evaluierungsbericht von UNAIDS. Bisher liegen keine neueren Daten vor, da der zweite Evaluierungsbericht von UNAIDS erst im Dezember 2009 veröffentlicht werden wird (vgl. UNAIDS 2007(b), 14f).

7. Analyse

Nachdem die Ursachen der Ausbreitung von HIV/AIDS-Epidemien in ihrer systemischen Konstellation dargestellt sowie die Strategien zur Bewältigung der Pandemie exemplarisch anhand des internationalen Akteurs UNAIDS beschrieben wurden, findet in diesem Kapitel eine analytische Betrachtung der Strategien statt. Als Grundlage wird zunächst im ersten Abschnitt ein kurzer Überblick darüber gegeben, welche Erfolge und welche Misserfolge die Bewältigungsstrategien im HIV/AIDS-Bereich global aufweisen.

In den darauf folgenden beiden Abschnitten werden mögliche Faktoren vorgestellt, welche zu einer Einschränkung der Wirksamkeit dieser Bewältigungsstrategien beitragen können. Hierzu wird zunächst der eingeschränkte Handlungsspielraum von UNAIDS beschrieben. Im Anschluss daran werden die Probleme der linearen Herangehensweise dargestellt und die Bedeutung der systemischen Betrachtung der HIV/AIDS-Problematik verdeutlicht.

7.1 Wirksamkeit der Strategien

Die beschriebenen Strategien von UNAIDS richten sich, wie bereits erwähnt, nach der „Declaration of Commitment on HIV/AIDS“. Mit der Verabschiedung der „Declaration of Commitment on HIV/AIDS“ im Jahr 2001 sind die Regierungen eine Verpflichtung eingegangen, der Generalversammlung der Vereinten Nationen regelmäßig über ihre Fortschritte bei der Umsetzung der Strategien zu berichten (vgl. UNAIDS 4). Die Ergebnisse aus diesen Länderberichten wurden von der UN-Generalversammlung zusammengefasst und im Jahr 2006 veröffentlicht. Anhand dieses Berichtes wird im Folgenden ein kurzer Überblick über erreichte und nicht erreichte Ziele sowie über positive und negative Entwicklungen der HIV/AIDS-Pandemie gegeben.

Trotz aller Bemühungen auf internationaler, regionaler und nationaler Ebene bleibt AIDS die führende Todesursache von Frauen und Männern zwischen 15 und 59 Jahren. Die Pandemie stellt den Hauptfaktor der Entwicklungsrückschläge dar. Sie breitet sich fortwährend weiter aus, befällt neue Länder sowie neue Populationen innerhalb bereits betroffener Länder. Zwischen der Verabschiedung der Deklaration im Jahr 2001 und dem Jahr 2006 haben sich 20 Millionen Menschen mit dem HI-Virus infiziert (vgl. UN General Assembly 2006, 3; 9). Dennoch konnte bereits einiges erreicht werden.

Positive Entwicklungen

Es konnten deutlich mehr finanzielle Ressourcen mobilisiert und somit eines der in der „Declaration of Commitment“ gesetzten Ziele erreicht werden. Um die Pandemie zukünftig eindämmen zu können, werden jedoch zusätzliche Ressourcen benötigt werden (vgl. UN General Assembly 2006, 6).

Zudem wurden seit 2001 im Präventionsbereich Fortschritte gemacht:

- Nahezu 90% der Länder²⁶ berichten, dass multisektorische strategische Rahmenpläne implementiert wurden
- 81% verfügen über eine nationale Koordinationsinstitution
- 85% der Länder verfügen über Strategien, die Bildungsmaßnahmen über sexuelle Gesundheit im Zusammenhang mit HIV/AIDS für Jugendliche fördern
- 81% der Länder haben HIV/AIDS-spezifische Bildung in die Curricula der Sekundarbildung integriert und 74% in die Curricula der Primärbildung
- Der Gebrauch von Kondomen hat laut Berichten von 11 afrikanischen Ländern bei sexuell aktiven Menschen im Alter von 15-24 Jahren zugenommen
- Der Zugang zu Beratungs- und Testungsangeboten hat sich zwischen 2001 und 2006 vervierfacht
- 82% der Länder haben Strategien für einen gleichberechtigten Zugang von Frauen und Männern zu Prävention und Pflege implementiert
- 86% der Länder haben Präventionsstrategien in uniformierte Dienste integriert
- Die Beratungs- und Testungsprogramme in Flüchtlingslagern wurden deutlich ausgeweitet
- 18 afrikanische Länder berichten, dass nationale Strategien zum Wohl von Kindern implementiert wurden. 14 von ihnen haben das Schulgeld für Kindern reduziert oder abgeschafft, die von HIV/AIDS betroffenen sind (vgl. UN General Assembly 2006, 9-15).

Im Bereich Behandlung ist festzustellen, dass der Zugang zu antiretroviralen Medikamenten deutlich verbessert werden konnte. Die Anzahl der Menschen in Sub-Sahara Afrika, die antiretrovirale Medikamente erhalten, hat sich im Zeitraum 2003-2005 verachtfacht (vgl. UN General Assembly 2006, 13).

²⁶ Der Bericht basiert auf Daten aus Fortschrittsberichten aus 120 Ländern. Wenn in diesem Abschnitt von „den Ländern“ gesprochen wird, bezieht sich dies auf die 120 Länder, welche über ihre Fortschritte berichtet haben (vgl. UN General Assembly 2006, 1).

Im Bereich der Forschung wurden wichtige Fortschritte bei der Erforschung und Entwicklung von neuen Präventionstechnologien gemacht (vgl. General Assembly 2006, 16).

Negative Entwicklungen

Neben den erzielten Fortschritten in einigen Bereichen, sind in anderen hingegen fortwährend Schwächen erkennbar.

Trotz der Erfolge im Präventionsbereich bleiben die Bemühungen zu schwach, um die Pandemie einzudämmen:

- In verschiedenen Ländern Afrikas, Asiens und Europas berichten zivilgesellschaftliche Akteure, dass sie nicht adäquat in die nationalen Aktionen mit einbezogen wurden
- Trotz der Bemühungen im Bildungsbereich bleibt das Wissen von Jugendlichen über HIV/AIDS unzureichend
- Global wurden in nur 9% der Fälle von infektiösriskanten Geschlechtsakten ein Kondom benutzt
- Trotz der Ausweitung von Beratungs- und Testungsprogrammen kennen zu wenig Menschen ihren HIV-Status. Dies gilt insbesondere für Menschen aus Risikogruppen
- Der Zugang von Frauen wird fortwährend von sozialen, rechtlichen und ökonomischen Faktoren beeinträchtigt
- Trotz Verbesserungen im Bereich der Menschenrechte, bleiben die Bemühungen zu schwach
- Im Durchschnitt werden lediglich 36% der CSW (Commercial Sex Worker) von Präventionsmaßnahmen erreicht
- In vielen Ländern hat die Ausweitung von bewährten Präventionstechnologien stagniert (vgl. General Assembly 2006, 3f; 10f; 14f).

Im Bereich „Zugang zu Behandlung“ ist festzustellen, dass das Ziel der „3 by 5“-Initiative trotz der deutlichen Erhöhung des Zugangs nicht erreicht werden konnte. Es konnte keinen 3 Millionen Menschen in den Entwicklungsländern bis 2005 der Zugang zu antiretroviralen Medikamenten ermöglicht werden (vgl. UN General Assembly 2006, 12). Lediglich einer von fünf Menschen in einkommensschwachen und mittelständischen Ländern, der antiretrovirale Medikamente benötigt, hat Zugang dazu (vgl. UN General Assembly 2006, 3).

Im Bereich Forschung gingen die Fortschritte in der Impfstoffforschung nur äußerst langsam voran (vgl. UN General Assembly 2006, 16).

Die Bemühungen die HIV/AIDS-Pandemie einzudämmen sind seit der Verabschiedung der „Declaration of Commitment on HIV/AIDS“ im Jahr 2001 wesentlich intensiviert worden. Dennoch gibt es Schwächen in vielen Bereichen. Die Ziele, die sich bis 2010 gesetzt wurden, werden nicht erreicht werden. Die am stärksten betroffenen Länder, zu denen die meisten Länder im subsaharischen Afrika gehören, werden die MDGs Armut, Hunger und Kindersterblichkeit zu reduzieren nicht erreichen können (vgl. UN General Assembly 2006, 4).

In den folgenden beiden Abschnitten wird dargestellt, welche Faktoren zu einer Einschränkung der Wirksamkeit der Bewältigungsstrategien von UNAIDS beitragen können.

7.2 Handlungsspielraum von UNAIDS in der Global Health Governance

Wie bereits beschrieben, setzt sich UNAIDS dafür ein, die Position der Betroffenen zu stärken und Armut in den Entwicklungsländern zu mindern. Dies steht im Widerspruch zu neoliberalen hegemonialen Politiken. UNAIDS kann sich jedoch von der Einflussnahme neoliberaler internationaler Organisationen nicht frei machen. Dennoch dient UNAIDS mit seiner sozial- und gesundheitspolitischen Orientierung als ein Regulationselement der Globalisierung. Durch die Einbeziehung von zivilgesellschaftlichen Organisationen und durch die Fokussierung der Armutsminderung, fungiert es als Element der „sozialen Steuerung“ der Globalisierung. Die internationale neoliberale Hegemonie kann dadurch jedoch nicht vollständig beendet werden (vgl. Kohlmorgen 2004, 159f).

UNAIDS stellt einen zentralen Akteur der Global Health Governance dar. Sein Handlungsspielraum wird jedoch durch einige andere Akteure der globalen Gesundheitspolitik eingeschränkt. Die Wirkungen von UNAIDS werden von einflussreichen internationalen Organisationen und von den Interessen mächtiger Nationalstaaten beeinflusst, die in der Gestaltung der globalen HIV/AIDS-Politik entscheidend sind. Als einflussreiche internationale Akteure sind insbesondere die Weltbank und die WHO zu nennen. Durch die umfangreiche Mittelvergabe (Weltbank), bzw. durch die zentrale Rolle bei der politischen Beratung (WHO) verfügen sie über große Einflussmöglichkeiten auf die globale und nationale HIV/AIDS-Politik.

UNAIDS hat die Funktion, die verschiedenen UN-Organisationen zu einer gemeinsamen AIDS-Politik zu vereinen. Kohlmorgen berichtet jedoch, dass jede Organisation eigene HIV/AIDS-Programme mit eigenständigen Finanzierungsmechanismen weiterführt (vgl. Kohlmorgen 2004, 152).

Bei der Koordination der verschiedenen UN-Organisationen ergaben sich laut der „Five-Year-Evaluation“ von UNAIDS, trotz der zu verzeichnenden Fortschritte, Probleme. Die Koordinierung der Trägerorganisationen wurde aufgrund von unterschiedlichen inhaltlichen Schwerpunkten und Interessen sowie der Durchführung eigener HIV/AIDS-Programme der beteiligten Organisationen beeinträchtigt. Zudem besteht zwischen den beteiligten UN-Organisationen weiterhin ein Konkurrenzkampf um Ressourcen. Insgesamt konnten die programmatischen Differenzen zwischen den verschiedenen UN-Organisationen zwar gemindert, jedoch nicht behoben werden. Die Weltbank und die WHO sind weiterhin führend bei der Implementierung von Gesundheits- und insbesondere von HIV/AIDS-Programmen. Daher verfügt UNAIDS nicht über den Einfluss, der vielfach mit der Errichtung eines UN-Programms zur Eindämmung der HIV/AIDS-Epidemie erhofft wurde (vgl. UNAIDS 2002(b), 42f; Kohlmorgen 2004, 156; 160f; Benner 2002, In: Kohlmorgen 2004, 157).

Die Frage nach dem Zugang zu antiretroviralen Medikamenten wird im Rahmen des TRIPS innerhalb der WTO behandelt. UNAIDS kann auf diese Verhandlungen keinen direkten Einfluss nehmen, sondern sie lediglich kommentieren.

Durch den GFATM (Global Fund to fight AIDS, Tuberculosis and Malaria) tritt neben den anderen einflussreichen internationalen Organisationen ein weiterer Akteur der Global Health Governance in Erscheinung. Wie bereits erwähnt, haben UNAIDS und der GFATM eine enge Kooperation vereinbart. Es findet jedoch keine direkte Ausstattung von UNAIDS mit finanziellen Mitteln aus dem GFATM statt. Somit besteht die Gefahr, dass der GFATM lediglich einen weiteren internationaleren Akteur mit großen finanziellen Mitteln darstellt, der nicht unter dem Einfluss von UNAIDS steht. Hierdurch können die Bemühungen von UNAIDS, die Reaktion auf die HIV/AIDS-Pandemie zu koordinieren, beeinträchtigt werden.

UNAIDS erfüllt die wichtige Aufgabe der Interessenvertretung von Betroffenen, die Bereitstellung von Daten und Informationen und der Normsetzung in der globalen HIV/AIDS Politik. Bei der Informationsbereitstellung und der Normsetzung nimmt allerdings die WHO ebenfalls eine wichtige Position ein. Daher besteht auch in diesem Bereich die Gefahr von Kompetenzüberschneidungen und Konkurrenzverhalten (vgl. Kohlmorgen 2004, 161).

UNAIDS scheint demnach durch die oben genannten Aufgaben und seine sozialpolitische Orientierung einen wichtigen Beitrag zu der globalen HIV/AIDS-Politik zu leisten. Seine Einflussmöglichkeiten auf das Gesamtgefüge der Global Health Governance sind jedoch begrenzt.

7.3 Intervention in komplexe Systeme

In diesem Abschnitt findet eine Analyse der dargestellten Bewältigungsstrategien im Hinblick auf die systemische Ursachenbeschreibung in Kapitel 5 statt. In den folgenden drei Unterabschnitten wird die Bedeutung der systemischen Betrachtungsweise bei der Entwicklung und Implementierung von Interventionen in das komplexe System „HIV/AIDS-Epidemie“ verdeutlicht.

Die Bewältigungsstrategien von UNAIDS lassen diesbezüglich einige Unzulänglichkeiten erkennen. Diese lassen sich in drei Bereiche aufteilen:

1. eine unzureichende Beachtung der Komplexität des systemischen Ursachengefüges,
2. eine ungenügende Berücksichtigung der Interdependenz der Faktoren, die eine Ausbreitung des Virus begünstigen
3. eine lineare Auslegung von Managementinstrumenten.

7.3.1 Komplexität des Ursachengefüges

Wie in Kapitel 4 und 5 festgestellt wurde, stellen die Umweltsysteme des Systems „HIV/AIDS-Epidemie“ Ressourcen bereit, die für die Systemerhaltung der Epidemien genutzt werden können. Die beschriebenen Informationen der jeweiligen Umweltsysteme, wie beispielsweise mangelnde Gesundheitsversorgung, Verletzung von Menschenrechten oder Auflösung traditioneller Familienstrukturen sind solche Ressourcen, welche die Aufrechterhaltung des Systems „HIV/AIDS-Epidemie“ unterstützen. Diese Informationen stellen die Wirkfaktoren der epidemischen Ausbreitung des HI-Virus im subsaharischen Afrika dar. Bewältigungsstrategien müssen demzufolge an diesen herausgearbeiteten Ursachen ansetzen, um den Fortbestand des Systems „HIV/AIDS-Epidemie“ zu gefährden. Wenn dem System „HIV/AIDS-Epidemie“ die Ressourcen zur Systemerhaltung entzogen werden, kann die Operationsweise des Systems (Ausbreitung des HI-Virus) eingeschränkt werden. HIV/AIDS-Epidemien und ihre Dynamik können nur im Zusammenhang mit ihren Umweltsystemen betrachtet und verstanden werden.

Die Bewältigungsstrategien von UNAIDS zeugen bereits von umfangreichen Kenntnissen der Faktoren, welche die Ausbreitung der HIV/AIDS-Epidemien begünstigen. Eine genauere Betrachtung der im UBW dargestellten Strategien lässt sich jedoch darauf schließen, dass die Komplexität des Ursachengefüges nicht hinreichend berücksichtigt wird.

Die Beachtung einiger soziokultureller Aspekte in den Strategien ist positiv hervorzuheben, wie z.B. die Betonung der Frauen- und Menschenrechtsthematik sowie die Erwähnung von Lebensbedingungen in Armutssituationen. Andere

bedeutsame soziokulturelle Aspekte der Ursachenzusammenhänge, wie patriarchale Strukturen in Beziehungen zwischen Männern und Frauen, werden hingegen außer Acht gelassen. Im Folgenden wird im Einzelnen beleuchtet welche Aspekte in den Strategien von UNAIDS berücksichtigt werden und welche keine Berücksichtigung finden.

UNAIDS erkennt den vielfach niedrigen sozialen Status von Frauen als Ursache für ihre besondere Vulnerabilität an. Eine effektive Prävention besteht somit nicht nur aus Information und Aufklärung. Sie sollte zudem die Befähigung von Frauen fördern ihre soziale, ökonomische und rechtliche Vulnerabilität zu reduzieren.

In den genannten Maßnahmen wird dies durch die Förderung der Anerkennung der Rechte von Frauen und Mädchen sowie durch die Förderung ihres Zugangs zu Bildung, Gesundheitsdiensten und Informationen berücksichtigt.

Zur Stärkung von Frauen und Mädchen werden im UBW ausschließlich Maßnahmen beschrieben, die Frauen adressieren. Männer werden bei der Verbesserung des sozialen Status von Frauen nicht mit einbezogen. Bei der Ausweitung von Programmen zur Verbreitung von Kondomen wird besonderer Wert auf die Verbreitung von Kondomen für die Frau gelegt. Potentielle soziokulturell bedingte Hindernisse beim Gebrauch von Kondomen, werden an dieser Stelle von UNAIDS jedoch nicht erwähnt (vgl. Exkurs Kondome). Hierzu zählen z.B. traditionelle Vorstellungen von Krankheitsursachen, traditionelle Funktion von Sexualität, religionsbedingte moralische Abneigungen gegen Kondome oder armutsbedingte Abhängigkeitsverhältnisse. Anstatt sich um soziokulturelle Fragen zu bemühen (z.B. ob und inwiefern diese Präventionsmaßnahmen von der Bevölkerung angenommen werden können) liegt der Fokus mehr auf der Entwicklung und Verfügbarkeit von neuen Präventionstechnologien.

Positiv zu erwähnen ist ein Vorhaben des UNHCR. Dieser verfolgt die Strategie, kulturell und sprachlich angemessene Informationsmaterialien zu entwickeln und deren Verfügbarkeit sicherzustellen.

Der beschriebene Glaube an höhere Mächte und die daraus resultierende fatalistische Apathie und dessen Auswirkungen auf Präventionsbemühungen findet in den Strategien von UNAIDS keine Beachtung (vgl. 5.6.3). Hirschmann betont zu Recht die Bedeutung dieses Faktors für die Wirksamkeit von Präventionsmaßnahmen, wenn er darauf hinweist, dass *„erst wenn der eigenen Selbstwirksamkeit Vertrauen geschenkt wird, [...] Prävention auch in der eigenen*

Logik einen verhaltensbestimmenden Platz einnehmen [kann]“ (Hirschmann 2003, 102).

UNAIDS erkennt, dass die Vulnerabilität für eine HIV-Infektion nicht allein durch Verhaltensänderung gemindert werden kann. Um die Vulnerabilität von Individuen und Gemeinschaften zu mindern, sollte vielmehr die Veränderung der Lebensbedingungen fokussiert werden, welche die Menschen vulnerabel für eine HIV-Infektion machen. In Anbetracht der vorherrschenden Armutssituation in Sub-Sahara Afrika ist diese Erkenntnis von besonderer Bedeutung. Es sind vorwiegend die Rahmenbedingungen, wie Armut, welche die Ausbreitung des HI-Virus begünstigen. Individuelle Verhaltensweisen sind ebenfalls bedeutsam, werden jedoch in großem Maße durch die jeweiligen Lebensbedingungen geprägt. Obwohl diese Erkenntnis von UNAIDS erwähnt wird, findet sie in den Indikatoren, die das Erreichen dieses Hauptresultates überprüfen sollen, keine angemessene Beachtung. Diese Rahmenbedingungen werden im UBW nicht näher ausgeführt. Faktoren, welche die Ausbreitung begünstigen, wie beispielsweise Landflucht, armutsbedingte Arbeitsmigration oder Auflösung traditioneller Familienstrukturen finden keine Beachtung. Menschen, die in Armut leben leiden oftmals an unzureichender Nahrungszufuhr. Dies macht sie vulnerabel für Infektionen (vgl. 5.1.7). Laut UNAIDS gewinnt daher die Ernährungssicherheit im Zusammenhang mit HIV/AIDS zunehmend an Bedeutung. Bei der Integration von Aspekten der Nahrung und Ernährung nimmt das WFP als führende UN Organisation für Ernährungssicherheit eine zentrale Rolle ein (vgl. UNAIDS 2005, Annex 1, 15-20).

Der Faktor der Mobilität, der die Ausbreitung des HI-Virus begünstigen kann, wird in den Strategien nicht hinreichend berücksichtigt. Fernfahrer werden beispielsweise nicht als besonders gefährdete Bevölkerungsgruppe aufgeführt, obwohl sie maßgeblich dazu beitragen, dass das Virus an Mobilität gewinnt und weiterverbreitet wird (vgl. 5.1.3 und 5.1.6).

Die Auswirkungen sexueller Gewalt finden im Hauptdokument des UBW 2006-2007 zwar keine Beachtung, werden jedoch im Rahmen der dargestellten Unterresultate im Anhang 1 des UBW erwähnt. Demnach strebt es der UNHCR an, in >75% seiner Programme, Vorhaben zur Verhinderung von sexueller Gewalt gegen Frauen und Kinder zu integrieren (vgl. UNAIDS 2005, Annex 1, 3).

Die in der Kategorie „Prävention“ erwähnte Förderung des Zugangs zu Bildungseinrichtungen ist für einen Präventionserfolg von besonderer Bedeutung. Denn Bildung stellt die Grundvoraussetzung dafür dar, nicht nur in der Schule, sondern auch informell vermittelte HIV/AIDS-spezifische Informationen (Plakate, Radiosendungen etc.) aufnehmen und verarbeiten zu können (vgl. 5.1.2).

Der Fokus bei der Stärkung der Gesundheitssysteme liegt weniger auf der allgemeinen Stärkung der staatlichen Gesundheitssysteme, sondern vielmehr auf dem erweiterten Zugang zu HIV-spezifischer Behandlung. Sicherlich stellen antiretrovirale Medikamente eine erhebliche Lebensverlängerungs- und Lebenserleichterungsmöglichkeit dar. Auf diese sollte im Sinne der Menschenrechte jede/r Betroffene ein Recht haben, unabhängig seiner Herkunft und Lebensumstände. Dieses Recht wird jedoch bisher nicht allen Menschen gewährt. Eine Stärkung der allgemeinen staatlichen Gesundheitssysteme würde beispielsweise eine erweiterte Behandlung von Geschlechtskrankheiten ermöglichen. Somit könnten begünstigenden Kofaktoren entgegengewirkt werden. Dies findet in den im UBW dargelegten Maßnahmen jedoch keine Beachtung (vgl. 5.2).

Im Bereich der Pflege muss vor einer möglichen Überlastung der Familien- und Gemeinschaftsnetzwerke gewarnt werden. Durch die aidsbedingten Todesfälle sind Familien vielfach bereits großen Belastungen ausgesetzt, so dass die Grenzen ihrer Leistungsfähigkeit anerkannt werden sollten. Dies findet in der Strategieformulierung zu wenig Beachtung.

Fazit

Die Komplexität des systemischen Ursachengefüges wird diesen Feststellungen zu Folge nicht hinreichend beachtet.

Die Darstellung der Strategien im UBW erweckt den Eindruck, als wäre der Blick oftmals mehr auf Organisation und Koordination gerichtet, als auf soziokulturelle Zusammenhänge. Wenn diese nicht in ausreichendem Maße beachtet werden, ist es jedoch nicht möglich, bei den Wirkfaktoren der Ausbreitung der HIV/AIDS Epidemien anzusetzen. Die Auswirkungen des Systems „kulturelle Aspekte“ auf den Erfolg der Präventionsstrategien werden vielfach missachtet. Wenig Erfolg versprechend sind beispielsweise Präventionsprogramme, welche die Bereitstellung und Verbreitung von Kondomen zum Ziel haben, die soziokulturell bedingten Hindernisse beim Gebrauch von Kondomen jedoch außer Acht lassen.

Dies lässt darauf schließen, dass mit UNAIDS zwar gute organisatorische Rahmenbedingungen geschaffen werden können, die wichtigen inhaltlichen Fragen der

HIV/AIDS-Bekämpfung jedoch weiterhin zu wenig Berücksichtigung in ihrer strategischen Ausrichtung von finden.

7.3.2 Interdependenz der Teilsysteme

In Kapitel 4 und 5 wurde herausgearbeitet, dass die beschriebenen Umweltsysteme in interdependenter Beziehung zueinander stehen. Demzufolge können Veränderungen des einen Teilsystems ebenso Veränderungen eines anderen Teilsystems zur Folge haben. So ergibt sich beispielsweise die vielfach unzureichende Gesundheitsversorgung oftmals aus der beschriebenen Armutssituation. Es ist davon auszugehen, dass Veränderungen im System „Armut“ ebenso Veränderungen im „Gesundheitssystem“ zur Folge hätten.

Im Hinblick auf diese Interdependenz der Wirkfaktoren sind Bewältigungsstrategien, die von einem monokausalen Ursache-Wirkungszusammenhang ausgehen, zum Scheitern verurteilt. Bei der Strategieentwicklung muss berücksichtigt werden, dass es sich bei den Wirkfaktoren der epidemischen Ausbreitung des HI-Virus um ein komplexes systemisches Gefüge aus verschiedenen Teilsystemen handelt. Es muss ein Bewusstsein dafür vorhanden sein, dass diese aufeinander einwirken und sich gegenseitig bedingen.

So kann beispielsweise das „Rechtssystem“ durch Ressourcen, die von dem System „Anomie“ bereitgestellt werden die Erhaltung des Systems „HIV/AIDS-Epidemie“ unterstützen. Denn in „schwachen Staaten“ bestehen bessere Möglichkeiten Rechte ohne strafrechtliche Verfolgung zu verletzen, als in Staaten mit funktionierenden staatlichen Institutionen. Hier ist die Funktionsfähigkeit staatlicher Strukturen, wie dem Rechtssystem, deutlich eingeschränkt. So können beispielsweise Menschenrechte missachtet und dadurch der Fortbestand des Systems „HIV/AIDS-Epidemie“ gefördert werden. Dies trifft insbesondere auf die Verletzung der Menschenrechte von Frauen zu. Der Aufbau oder Erhalt eines funktionierenden „Rechtssystems“, das dem System „HIV/AIDS-Epidemie“ adäquaten Widerstand leisten könnte, wird somit durch das System „Anomie“ beeinträchtigt. Ein funktionierendes Rechtssystem hingegen, könnte einen Beitrag zur Eindämmung der HIV/AIDS Epidemie leisten.

Die gegenseitige Abhängigkeit der Umweltsysteme kann sich nicht nur `positiv`, sondern auch `negativ` auf den Systemerhalt des Systems „HIV/AIDS-Epidemie“ auswirken. Ein funktionierendes „politisches System“, eine starke Regierung, welche die HIV/AIDS-Epidemien im Land anerkennt, kann sich beispielsweise positiv auf die Entwicklung des „Gesundheitssystems“ auswirken. Ein „Gesundheitssystem“, das gegen HIV/AIDS-Epidemien adäquaten Widerstand leisten kann, stellt eine

Gefahr für den Fortbestand des Systems „HIV/AIDS-Epidemie“ dar und dient somit der Eindämmung der Pandemie.

Dies ist lediglich eine exemplarische Darstellung der gegenseitigen Abhängigkeit der Umweltsysteme. Weitere Beispiele dieser Interdependenzen wurden bereits in Kapitel 5 dargestellt.

Es wird deutlich, dass bei der Entwicklung von Bewältigungsstrategien die Grenzen und Unzulänglichkeiten des linearen, parzellierten Denkens erkannt und die Besonderheiten dieser komplexen Systemkonstellation verstanden werden müssen.

Eine gewisse Interdependenz verschiedener Hauptresultate und Maßnahmen wird von UNAIDS erkannt. Bei 11 der 16 angestrebten Hauptresultate wird auf Verbindungen zu anderen Hauptresultaten hingewiesen. Es werden beispielsweise Verknüpfungen zwischen dem Hauptresultat „Einhaltung der Menschenrechte“ und den Hauptresultaten „Zugang zu medizinischer Behandlung“ oder „Stärkung von Frauen“ erwähnt. Bei der Beschreibung des Hauptresultates „Schutz von Kindern“ werden ebenfalls Zusammenhänge zu anderen Hauptresultaten wie „Stärkung von Familien und Gemeinden“ und „Einhaltung der Menschenrechte“ erkannt.

Dies stellt einen ersten Ansatz dar, die Interdependenz der Faktoren, welche die Ausbreitung der HIV/AIDS-Epidemien begünstigen, in der Strategieentwicklung zu berücksichtigen. An einigen Stellen werden jedoch bedeutsame Komponenten und Interdependenzen des Ursachengefüges außer Acht gelassen. Im Rahmen des Hauptresultates „Schutz von Kindern“ werden wichtige Faktoren, wie sexuelle Ausbeutung, Armut, die Auflösung traditioneller Familienstrukturen und inadäquate Sexualerziehung nicht einmal erwähnt.

Eine ganzheitliche Förderung der Gesundheitssysteme findet lediglich marginal statt. Der Fokus liegt bei dem Ausbau der Gesundheitseinrichtungen eindeutig auf einem verbesserten Zugang zu AIDS-spezifischer Behandlung. Dies ist laut Kohlmorgen charakteristisch für die momentane globale Gesundheitspolitik. Hierbei steht nicht eine holistische Förderung von Gesundheitssystemen, sondern die Bekämpfung spezifischer Krankheiten im Vordergrund (vgl. Kohlmorgen 2004, 149). Es wird jedoch außer Acht gelassen, dass eine ganzheitliche Verbesserung des Gesundheitssystems ebenso eine Verbesserung der Armutssituation zur Folge hätte. Diese interdependente Beziehung des „Gesundheitssystems“ mit dem System „Armut“ findet in den Strategien wenig Beachtung.

Es kann hingegen positiv festgestellt werden, dass der Koordinierung der verschiedenen UNAIDS-Trägerorganisationen in der Arbeit von UNAIDS großen Stellenwert beigemessen wird.

Die Vernetzung der Organisationen und ihrer einst separaten Aufgabenbereiche ist für den Umgang mit der Komplexität des Problems der HIV/AIDS-Epidemien von großer Bedeutung. Diese Vernetzung ist ein unerlässlicher Schritt, um eine ebenso vernetzte Betrachtung des Ursachengefüges zu ermöglichen. Bei der Entwicklung von Bewältigungsstrategien muss die Pandemie in ihrer Komplexität begriffen und Wirkfaktoren der Ausbreitung des HI-Virus als komplexes systemisches Gefüge betrachtet werden. Maßnahmen, die lediglich an einzelnen Dimensionen dieses Gefüges ansetzen sind wenig Erfolg versprechend.

UNAIDS hat sich die Vernetzung der UN-Organisationen und der verschiedenen Maßnahmen zur Aufgabe gemacht. Damit stehen sie vor der großen Herausforderung die Komplexität des Problems zu berücksichtigen. UNAIDS kann diesem Vernetzungs- und Komplexitätsanspruch an einigen Stellen nicht gerecht werden.

Laut Willke ist die Wahrscheinlichkeit einer gelingenden Intervention desto geringer, je komplexer die zu verändernden Systeme sind (vgl. Willke 2005, 10). Die Komplexität der Ursachenzusammenhänge erschwert es allen Akteuren im HIV/AIDS-Bereich sinnvoll und kontrolliert zu agieren. Dennoch ist es unerlässlich, die Wirkfaktoren in ihren Relationen und nicht als Einzeldimensionen zu betrachten und dementsprechend vernetzte Maßnahmen zu entwickeln.

7.3.3 Probleme linearer Betrachtung

Ein Hemmnis für eine derart vernetzte Betrachtung können linear ausgerichtete Managementinstrumente sein.

Die Benennung von Hauptresultaten, Schlüsselresultaten sowie deren Budgetierung sind Planungs- und Steuerungsinstrumente, die an Instrumente der „Zielorientierten Projektplanung“ (ZOPP) erinnern. Deren gemeinhin lineare Ausrichtung schränkt eine systemische Betrachtung der Problemkonstellation ein. Dies kann sich negativ auf die Wirksamkeit der Strategien auswirken.

Die folgende Abbildung verdeutlicht, dass linear ausgerichtete Projektplanungsinstrumente das komplexe Ursachengefüge weder durchbrechen noch kontrolliert verändern können. Wenn von der Ausgangslage (dem Problem) auf dem Weg zum Ziel versucht wird, linear zum Ziel vorzustoßen, trifft man unkontrolliert und unreflektiert auf das komplexe Ursachengefüge (Intervention I). In diesem Fall können die Ursachen und deren Interdependenzen nicht begriffen und das Ziel nicht erreicht werden.

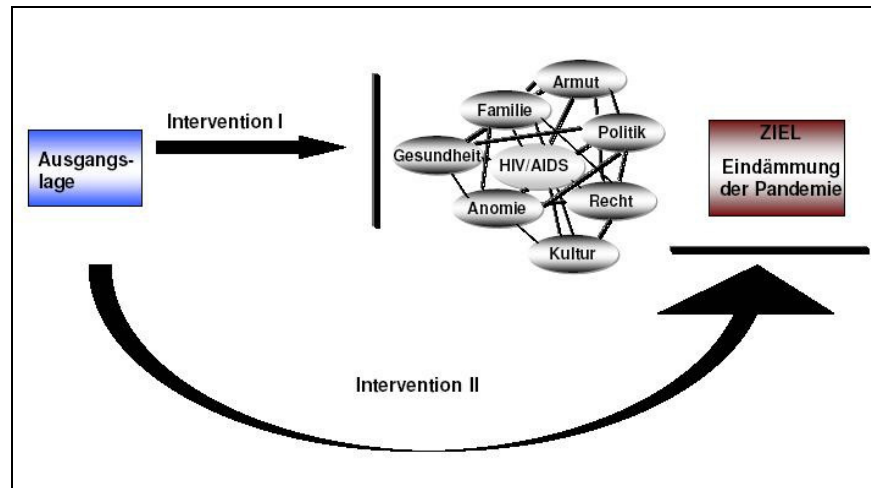


Abbildung 5 Auswirkungen linearer Betrachtung

Wird ein Weg eingeschlagen, der an dem systemischen Ursachengefüge vorbei führt, wird der Kern des Problems ebenso verfehlt (Intervention II). In diesem Fall kann nicht an den Ursachen angesetzt werden. Dem System „HIV/AIDS-Epidemie“ werden seine Ressourcen zur Systemerhaltung nicht entzogen und das Ziel der Eindämmung der Pandemie kann nicht erreicht werden. Dies ist beispielsweise der Fall, wenn bei Interventionsmaßnahmen der Fokus auf der Verbreitung von antiretroviralen Medikamenten liegt, die Ursachenbekämpfung jedoch vernachlässigt wird.

Wird versucht, durch das komplexe Ursachengefüge hindurch an den Kern, an das System „HIV/AIDS-Epidemie“ zu gelangen, ohne sich der systemischen komplexen Konstellation bewusst zu sein, kann dieses unkontrollierte Inkongruenzen mit dem Ursachengefüge unkontrollierbare Folgen nach sich ziehen.

Die Anwendung linearer Managementinstrumente geht oftmals mit einer Reduktion von Komplexität einher. Demnach werden einige wichtige Verbindungen im Blick behalten, während andere ausgespart werden, um sich nicht in der Komplexität zu verlieren und das Ziel im Auge behalten zu können (vgl. GTZ 1997, 8f). Die Wichtigkeit eines Problems ist nicht ‚objektiv‘ feststellbar. Vielmehr ist es eine Wertentscheidung derer, die dies feststellen. Es sind also subjektive Konstruktionen. Eine gewisse Reduktion von Komplexität ist sicherlich notwendig, um handlungsfähig zu sein. Wichtige Faktoren und Verbindungen dürfen bei der Entwicklung und Implementierung von Strategien jedoch nicht ausgespart werden. Geschieht diese Reduktion auf Kosten des Bewusstseins und Verständnisses des komplexen systemischen Ursachengefüges, wird dies ebenso wenig zum Ziel führen. Bei Interventionen in derart komplexe Problemkonstellationen wie der HIV/AIDS-Pandemie scheint es unausweichlich zu sein, manchmal von dem geplanten Weg abzukommen, wenn man auf vorher unbekannte Wirkfaktoren und

Interdependenzen trifft. Diese möglichen neuen Erkenntnisse dürfen nicht zu Gunsten einer vermeintlich optimierten linearen Zielverfolgung ignoriert werden.

Linear ausgerichtete Managementinstrumente beinhalten zudem die Gefahr, die Wahrnehmung von nicht eingeplanten, aber für den Interventionserfolg bedeutsamen Aspekten einer komplexen Problemkonstellation von vornherein zu verhindern.

Vor allem fehlt die Wahrnehmungsfähigkeit dafür, wie sich Variablen in veränderter Vernetzung ebenso inhaltlich verändern können. Bei einem linear ausgerichteten Projektmanagement stellt beispielsweise die Traditionsgebundenheit der Bevölkerung sicherlich ein Hemmnis bei der Erreichung der angestrebten Ziele dar. Betrachtet man jedoch die Traditionsgebundenheit in ihrer Vernetzung mit beispielsweise dem Rechtssystem, dem Armutssystem oder dem Familiensystem erhält sie eine völlig andere Bedeutung für die Zielerreichung. Bei einer Berücksichtigung dieser Vernetzung zeigt sich, dass traditionelle Praktiken oftmals in Zusammenhang mit den vorherrschenden Armutssituationen sowie der rechtlichen Stellung der Frauen stehen. Dies hat die in einigen Teilen Sub-Sahara Afrikas praktizierte Witwenvererbung gezeigt. Zudem wurde in dieser Arbeit festgestellt, dass in vielen Ländern eine Bewältigung der HIV/AIDS-Pandemie ohne die Rückkehr zu traditioneller Sexualmoral der klassischen Familiensysteme kaum erfolgreich sein wird. Bei einer Offenheit gegenüber der Komplexität und der Vernetzung der Problemkonstellation, besteht demnach die Gefahr, vom geplanten Weg abzukommen und das Ziel verzögert zu erreichen. Wenn diese allerdings zu Gunsten der Gewährleistung einer linearen Zielverfolgung derart reduziert werden, dass wichtige Komponenten und Verbindungen außer Acht gelassen werden, wird das Ziel höchstwahrscheinlich gar nicht erreicht werden. Insofern müssen Akteure, die sich für eine Eindämmung der Pandemie engagieren, diese komplexe und systemische Konstellation des Ursachgefüges in ihren strategischen Entscheidungen und Handlungsmodellen berücksichtigen. Es muss vermieden werden, Maßnahmen zu entwickeln, die es nicht vermögen, an den Wirkfaktoren anzusetzen oder lediglich einzelne Dimensionen der Ursachenzusammenhänge, nicht aber die komplexe systemische Konstellation aufzugreifen.

8. Schlusswort und Ausblick

Die vorliegende Arbeit hat einen Einblick in die komplexe Konstellation der Wirkfaktoren der Ausbreitung von HIV/AIDS-Epidemien im subsaharischen Afrika gegeben. Zudem wurde das Potential einer systemtheoretischen Herangehensweise für Akteure im HIV/AIDS-Bereich aufgezeigt.

Ein Überblick über die Anfangsjahre der epidemischen Ausbreitung des HI-Virus hat gezeigt, dass das Virus Anfang der Achtziger Jahre gleichzeitig in den USA, Europa und Afrika entdeckt wurde. Damals war man mit einer bisher unbekanntem Krankheit konfrontiert, deren Ursprung jahrelang nicht geklärt werden konnte und zahlreiche, teilweise „abenteuerliche“ Mutmaßungen nach sich zog.

Die HIV/AIDS-Pandemie wurde von Beginn an in ihrer Komplexität und Dynamik unterschätzt. Lange Zeit war in den Industrieländern der Eindruck verbreitet, dass die Pandemie lediglich eine Gefahr für gesellschaftliche Minderheiten (homosexuelle Männer oder drogenabhängige Menschen) darstellt. In den Anfangsjahren wurde vorwiegend nach dem Ursprung der Pandemie geforscht und sich weniger mit Möglichkeiten der Bekämpfung auseinander gesetzt. Im Jahr 1984 wurde davon ausgegangen, dass innerhalb der nächsten zwei bis fünf Jahre ein Impfstoff und Behandlungsmöglichkeiten entwickelt werden können. Die Schwierigkeiten die Ausbreitung des Virus einzudämmen oder zu unterbinden wurde jahrelang unterschätzt. In dieser Zeit konnte sich HIV/AIDS ohne entsprechenden Widerstand weiter verbreiten. Mittlerweile sind in über 200 Ländern der Erde ca. 33,2 Millionen Menschen mit HIV infiziert (vgl. WHO / UNAIDS 2001, In: Hirschmann 2003, 20; UNAIDS/WHO2007(a), 7).

HIV/AIDS hat sich über alle Regionen der Welt ausgebreitet. Allerdings gibt es große Unterschiede in der Dynamik und in dem Ausmaß der Epidemien sowie hinsichtlich der Art der Übertragungs- und Verbreitungswege. Ein Großteil (95%) der HIV-infizierten Menschen lebt in Entwicklungsländern, wobei Sub-Sahara Afrika die am schwersten betroffene Region der Erde ist. Hier leben mehr als 60% aller HIV-infizierten Menschen - jedoch lediglich 10% der Bevölkerung weltweit (vgl. Nuscheler 2005, 158; UNAIDS/WHO 2005, 20).

Bei der Betrachtung der Faktoren, die dazu beitragen, dass sich das Virus in diesem Teil der Erde derart rapide ausbreiten kann, trifft man auf eine äußerst komplexe Ursachenkonstellation.

Mithilfe der Systemtheorie Niklas Luhmanns kann die HIV/AIDS-Problematik in ihrer komplexen systemischen Konstellation wahrgenommen und in einer umfassenden Art und Weise mit ihr umgegangen werden. Eine systemische Herangehensweise

kann keine plötzliche Lösung der gesamten HIV/AIDS-Problematik gewährleisten, aber sie kann Alternativen zu einer oftmals erfolglosen linearen Herangehensweise bieten. Daher wurde eine HIV/AIDS-Epidemie in dieser Arbeit als System betrachtet. Die Faktoren, welche die Ausbreitung des HI-Virus begünstigen, stellen Teilsysteme der Gesellschaft dar, die sich in der Umwelt des Systems „HIV/AIDS-Epidemie“ befinden. Das System „HIV/AIDS-Epidemie“ kann durch Kopplungen mit den Systemen in seiner Umwelt in Verbindung treten. Dadurch können die Umweltsysteme als Ressourcen für den Erhalt des Systems „HIV/AIDS-Epidemie“ dienen. Auf diese Weise lässt sich herausarbeiten, dass HIV/AIDS-Epidemien Systeme darstellen, die aus dieser Eigenschaft ihre Dynamik entwickeln und ihre Ressourcen aus einem Netzwerk von Umweltsystemen schöpfen. Erklärungskonzepte, die von linearen Beziehungen der Ursache/Wirkung-Konstellationen ausgehen sind nicht hinreichend für die Erklärung der ungeheuren Dynamik von HIV/AIDS-Epidemien. Einzelne Faktoren wie Armut oder Drogenkonsum können die Dynamik der Epidemien nicht erklären.

Die vorgestellten Umweltsysteme Armut, Gesundheit, Politik, Recht, Familie, Alltagskultur und Anomie sind vielmehr in sich komplexe Systeme, die untereinander aufs engste vernetzt sind. Daraus ergibt sich eine enorme Komplexität und Interdependenz der Faktoren, welche die Ausbreitung des Virus begünstigen.

In den momentanen Systemkonstellationen in vielen Entwicklungsländern unterstützen diese Umweltsysteme eher den Fortbestand der Epidemien als deren Systemauflösung. Das ist u.a. auf die internationalen Strategien zur Bekämpfung der HIV/AIDS-Epidemien zurückzuführen. Wie versucht wurde nachzuweisen, berücksichtigen diese nicht hinreichend die Komplexität der Umweltsysteme.

Die HIV/AIDS-Pandemie ist zu einem globalen Problem geworden. Inzwischen wird die HIV/AIDS-Problematik auf höchster politischer Ebene behandelt. Der internationale Akteur UNAIDS versucht, eine globale Antwort darauf zu geben, indem er die Arbeit von zehn UN-Organisationen durch deren Koordinierung effektiver gestaltet. Hier konnten bereits große Fortschritte verzeichnet werden. Doch der Handlungsspielraum von UNAIDS wird fortwährend von Akteuren der globalen Gesundheitspolitik, wie der WHO und der Weltbank, eingeschränkt. Damit UNAIDS die erwünschte Rolle erfüllen und eine globale Antwort auf die HIV/AIDS-Pandemie geben kann, müssen Konkurrenzen unter den verschiedenen Akteuren der Global Health Governance unterbunden sowie Kompetenzfragen geklärt und eingehalten werden.

Obwohl der finanzielle und personelle Einsatz auf globaler, regionaler und nationaler Ebene in den letzten Jahren deutlich erhöht wurde, breiten sich die HIV/AIDS-Epidemien fortwährend weiter aus.

Die Strategien von UNAIDS weisen einige Unzulänglichkeiten auf. Diese lassen sich in drei Bereiche aufteilen:

- Unzureichende Beachtung der Komplexität des systemischen Ursachengefüges
- Ungenügende Berücksichtigung der Interdependenz der Wirkfaktoren
- Eine lineare Auslegung von Managementinstrumenten.

Komplexität der Wirkfaktoren

Die Strategien von UNAIDS lassen relativ umfangreiche Kenntnisse der Faktoren erkennen, welche die Ausbreitung der HIV/AIDS-Epidemien begünstigen. Die Komplexität des systemischen Ursachengefüges wird dennoch nicht hinreichend berücksichtigt.

Einige soziokulturelle Aspekte des Ursachengefüges finden durch die Betonung der Frauen- und Menschenrechtsthematik sowie die Erwähnung von Lebensbedingungen in Armutssituationen in den Strategien Beachtung. Andere werden hingegen nicht berücksichtigt. Um die Operationsweise des Systems „HIV/AIDS-Epidemie“, also die Ausbreitung des HI-Virus, einzuschränken, müssen dem System jedoch sämtliche Ressourcen entzogen werden, die der Systemerhaltung dienen.

Daraus ergeben sich einige Handlungsnotwendigkeiten:

- Zu Beginn von Strategieentwicklungen sollte eine umfassende inhaltliche Analyse des systemischen Ursachengefüges stattfinden. Nur dann können Strategien entwickelt werden, die an den Ursachen ansetzen und somit dem System „HIV/AIDS-Epidemie“ die Ressourcen zur Systemerhaltung entziehen. Dadurch kann die Verbreitung des Virus eingedämmt werden.
- Die Auswirkungen des vielfach patriarchalen Charakters von Beziehungen zwischen Männern und Frauen im subsaharischen Afrika müssen in den Strategien berücksichtigt werden. Hierbei sind nicht nur Frauen sondern auch Männer mit einzubeziehen.
- Soziokulturell bedingte Hindernisse beim Gebrauch von Kondomen müssen bei der Entwicklung und Implementierung von Programmen zur Verbreitung von Kondomen Beachtung finden. Hierzu zählen beispielsweise Aspekte, wie traditionelle Vorstellungen von Krankheiten und deren Ursachen, traditionelle Funktion von Sexualität oder religionsbedingte moralische Abneigungen gegen Kondome.

- Das Potential von traditioneller Medizin und traditionellen HeilerInnen sollte ergänzend zu dem westlichen biomedizinischen Ansatz in der Strategieentwicklung bedacht werden.
- Der Faktor der Mobilität, der die Ausbreitung des HI-Virus begünstigt muss mehr berücksichtigt werden. Fernfahrer müssen ebenfalls als besonders gefährdete Bevölkerungsgruppe erkannt werden.
- Der Fokus sollte vermehrt auf der allgemeinen Stärkung der staatlichen Gesundheitssysteme liegen und sich nicht auf einen erweiterten Zugang zu ART beschränken.

Interdependente Konstellation der Wirkfaktoren

Bei den Wirkfaktoren der Ausbreitung von HIV/AIDS-Epidemien handelt es sich um eine systemische Konstellation aus verschiedenen Teilsystemen, die aufeinander einwirken können und sich gegenseitig bedingen. Diese Interdependenz der Wirkfaktoren findet in den Strategien von UNAIDS zwar ansatzweise, jedoch nicht hinreichend Beachtung. Die Koordinierung der verschiedenen UNAIDS-Trägerorganisationen (also die Vernetzung der Organisationen und ihrer einst separaten Aufgabenbereiche) ist ein Schritt in die richtige Richtung, um mit der komplexen, interdependenten Problemkonstellation umzugehen. Grundsätzlich fehlt jedoch die Wahrnehmungsfähigkeit dafür, wie sich Variablen in veränderter Vernetzung ebenso inhaltlich verändern können. Aus dieser Feststellung lassen sich folgende Handlungsanforderungen ableiten:

- Die bestehende Vernetzung auf organisatorischer Ebene muss sich stärker in der Betrachtung der Ursachen und möglicher Interventionen wiederfinden. Die ursächlichen Faktoren müssen in ihren Relationen betrachtet und dementsprechend vernetzte Maßnahmen entwickelt werden.
- Es sollten Schulungen von MitarbeiterInnen der UN-Organisationen und sämtlichen anderen Akteuren im HIV/AIDS-Bereich stattfinden, in denen die Komplexität und Interdependenz der Problemkonstellation bewusst gemacht wird.
- Managementinstrumente sollten die systemische Konstellation der Ursachen für die Ausbreitung von HIV/AIDS berücksichtigen und können daher nicht linear ausgerichtet sein.

Sub-Sahara Afrika: Vulnerabilität durch Armut

Die Beschreibung der Ursachen hat gezeigt, dass viele der beschriebenen Faktoren, welche die Ausbreitung des HI-Virus begünstigen, ausschließlich oder

zumindest stärker in Entwicklungsländern, als in Industrieländern zum Tragen kommen. Viele dieser Faktoren stehen in Verbindung mit der dort vorherrschenden Armutssituation. Hierzu zählen ein eingeschränkter Zugang zu Bildung sowie zu Gesundheitseinrichtungen, schwache Staaten, schlechte Regierungsführung, kriegerische Konflikte und humanitäre Krisen, schwache Rechtssysteme, Migration, sexuelle Ausbeutung, eine hohe Geburtenrate und eingeschränkte Zukunftsperspektiven – um nur einige Beispiele zu nennen.

Mittlerweile ist allgemein anerkannt, dass die Eindämmung der HIV/AIDS-Pandemie zur Armutsminderung beiträgt (vgl. MDGs). Der Umkehrschluss, dass die Bekämpfung von Armut ebenso dazu beiträgt, die HIV/AIDS-Pandemie einzudämmen, wurde zwar ebenfalls erkannt, findet in den Strategien von UNAIDS jedoch fortwährend zu wenig Beachtung. Daher sollte die Bedeutung von Armut für die Vulnerabilität von Menschen für eine HIV-Infektion nicht nur verbalisiert werden, sondern ebenfalls in den Maßnahmen und in den Indikatoren, welche die Erreichung der gesetzten Ziele überprüfen, mehr Beachtung finden.

Im Rahmen dieser Arbeit konnten die Versuche, die HIV/AIDS-Pandemie einzudämmen, lediglich auf strategischer Ebene betrachtet werden.

Für eine bessere Beurteilung der Erfolgchancen dieses Engagements und eine präzisere Benennung der Probleme wäre es für zukünftige Untersuchungen von großem Interesse genauer zu betrachten, was auf der Programmebene tatsächlich mit welchem Erfolg umgesetzt wird.

Abschließend ist festzuhalten, dass das unzureichende Verständnis der politischen Akteure von der enormen Komplexität der Ursachen und deren systemischer Konstellation erfolgreiche Interventionen in erheblichem Maße erschweren. Es ist eine große Herausforderung, sich diesem komplexen und unberechenbar scheinenden Problem zu stellen. Doch die Vergangenheit zeigt, dass eine Ignoranz dessen unvorstellbare Folgen nach sich zieht. Mittlerweile wurden die Dramatik und das Ausmaß der HIV/AIDS-Pandemie zunehmend international anerkannt und die Bereitschaft für ein umfassendes Engagement wächst. Es hat sich gezeigt, dass Engagement, finanzielle Ressourcen und die Koordination der Akteure allein nicht ausreichen, um die Pandemie einzudämmen. Die Pandemie kann in ihrem Ausmaß und in ihrer Dynamik nur durch ein Verständnis der systemischen Konstellation der Wirkfaktoren verstanden werden. Dies erfordert ein Umdenken der beteiligten Akteure. Eindimensionale Herangehensweisen und linear ausgerichtete Managementinstrumente sind hier wenig erfolgreich. Um die enorme Komplexität und

Interdependenz der Wirkfaktorenkonstellation von HIV/AIDS Epidemien berücksichtigen zu können, sollte deshalb das Potential einer systemtheoretischen Analyse genutzt und in der Bekämpfung der HIV/AIDS-Epidemien konsequent umgesetzt werden.

So kann die Chance auf eine Eindämmung der Pandemie erhöht und versucht werden, die Folgen für kommende Generationen möglichst gering zu halten.

Glossar

ABC-Strategie	Abstibence, Be faithful, Condoms; Präventionsstrategie, die für Enthaltbarkeit vor der Ehe, Treue und die Benutzung von Kon-domen plädiert.
AIDS	Aquired Immune Deficiency Sydrome; Folgeerkrankung einer HIV-Infektion.
Anomie	Zustand mangelnder sozialer Ordnung oder auch Gesetzlosigkeit.
ARV	Antiretrovirale Medikamente; Medikamente, welche die Virusvermehrung unterdrücken.
ART	Antiretrovirale Therapie; besteht seit 1996 häufig aus einer Kombination von verschiedenen >ARVs ²⁷ .
Autopoietische Systeme	Ein autopoietisches System produziert und reproduziert sich selbst mithilfe der Verknüpfung seiner systemeigenen >Operationen. Es können demzufolge keine Operationen aus der Umwelt importiert werden. Das System ist sein eigenes Werk. Autopoietische Systeme sind folglich in ihrem Kernbereich, in ihrer inneren Steuerungsstruktur geschlossen und von der Umwelt unabhängig. Der Begriff der Autopoiesis wird erstmals von Maturana in der Biologie verwendet und von Luhmann in die Soziologie eingeführt.
Betroffene (People affected with HIV vs. People infected by HIV)	In Hoch-Prävalenzländern sind nahezu alle Menschen von HIV/AIDS betroffen, da sie entweder selbst oder Familienangehörige oder Gemeindemitglieder infiziert sind. Daher wird der Begriff „Betroffene“ in der Literatur teilweise sehr weit gefasst. In dem Fall schließt er nicht nur HIV-infizierte Menschen, sondern auch deren Angehörige mit ein. In dieser Arbeit bezieht sich der Begriff jedoch im engeren Sinne HIV-positive Menschen.
Bilateral	Im Rahmen der Entwicklungszusammenarbeit können Leistungen bilateral vergeben werden. Dies beschreibt die zweiseitige Vergabe von Leistungen. Diese Vergabe kann zwischen zwei Staaten, NGOs, Unternehmen, oder Organisationen stattfinden. Hiervon abgegrenzt wird die >multilaterale Vergabe. Dies be-schreibt die „mehrseitige“

²⁷ Begriffe, die hier mit einem Pfeil (>) gekennzeichnet sind, werden ebenfalls in dem Glossar erläutert.

	Vergabe von Leistungen über internationale Organisationen.
Brain Drain	Der Begriff „brain drain“ (Abfluss der Gehirne) beschreibt das Phänomen der Abwanderung von Fachkräften aus den Entwicklungsländern in die Industrieländer. In dem Fall übernehmen die Entwicklungsländer oftmals die Ausbildungskosten wohingegen die Industrieländer den Nutzen daraus ziehen.
CSW	Commercial Sex Workers; dieser Begriff wird mittlerweile vielfach anstelle von „Prostituierte“ verwendet. Er betont den Arbeitsaspekt, ist wertneutraler und schließt nicht nur Frauen ein.
Epidemie	Von einer Epidemie wird gesprochen, wenn eine Infektionskrankheit gehäuft auftritt, aber örtlich oder auch zeitlich begrenzt ist. Abzugrenzen ist hiervon eine >Pandemie.
Ereignis	Siehe >Operation. Maturana, sowie auch Luhmann verwenden vermehrt den Begriff Ereignis oder auch >Operation für systeminterne Prozesse, welche der Produktion und Reproduktion des Systems dienen.
Generalisierte Epidemie	Von einer generalisierten Epidemie wird gesprochen, wenn mehr als 1% der allgemeinen Bevölkerung HIV-infiziert ist (wie bspw. weitestgehend in Afrika sowie Teilen von Asien, Zentralamerika und Karibik).
Generika	Generika sind Kopien von Medikamenten, die ebenso wirksam sind, wie das Original, aber durch die Einsparung von Forschungs- und Entwicklungskosten zu deutlich niedrigeren Preisen hergestellt werden können.
GFATM	Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria (Globaler Fond zur Bekämpfung von Aids, Tuberkulose und Malaria). Die Einrichtung des Fonds wurde 2001 von der UN Sondergeneralversammlung, als Antwort auf die international zunehmenden Forderungen nach finanzieller Unterstützung von HIV/AIDS Programmen, beschlossen. Getragen wird er durch Regierungen, NGOs und private Geldgeber. Neben den Regierungen sind auch die Zivilgesellschaft (NGOs und Betroffene) und der private Sektor in Entscheidungsgremien vertreten. Der GFATM ist kein Durchführungs-, sondern ein Finanzierungsinstrument. Er ist als zentraler Finan-

	zierungsmechanismus zu nennen, da 60% der Mittel des GFAMT für HIV/AIDS Programme vorgesehen sind.
Global Governance	Global Governance wird mit Weltordnungspolitik übersetzt. Im Rahmen des Globalisierungsprozesses und wachsender Handlungsdefizite von Staaten deutet der Begriff auf die Notwendigkeit einer neuen Ordnungspolitik hin, die auch nichtstaatliche Organisationen, zivilgesellschaftliche Akteure, transnationale Unternehmen und multilaterale Organisationen mit einschließt.
Global Health Governance	Beschreibt die Handlungen auf multilateraler und transnationaler Ebene, die auf die Gesundheit, die Gesundheitsversorgung und das Gesundheitssystem der nationalen Gesellschaften einwirken.
GPA	Global Programme on AIDS. Das GPA entstand aus dem 1987 der WHO untergegliedertem Special Programme on AIDS. Im Jahr 1995 wurde das Programm beendet und von UNAIDS abgelöst.
GRID	Gay-Related Immune Deficiency Disease; Immunschwächekrankheit bei homosexuellen Männern. Vorläufer der Bezeichnung >HIV.
HIV	Human Immune Deficiency Virus; Immunschwäche Virus aus der Gruppe der >Retroviren.
ILO	International Labour Organization; Internationale Arbeitsorganisation.
Inzidenz	Anzahl der Neuinfektionen in der Bevölkerung in einem bestimmten Zeitraum (meistens ein Jahr).
Kopplung	Luhmann unterscheidet zwischen >struktureller, fester/loser, temporärer und dauerhafter Kopplung. Der Begriff der „Kopplung“ des Systems „HIV/AIDS-Epidemie“ mit seiner Umwelt, bzw. mit den Systemen in seiner Umwelt, kann gleich-gesetzt werden mit dem Begriff `Beziehung´ zu seiner Umwelt, bzw. zu den Systemen in seiner Umwelt. Durch strukturelle Kopplung können Systeme demnach miteinander in Beziehung treten.
LDC	Less Developed Countries; als LDCs werden `weniger entwickelte Länder´, also alle Entwicklungsländer, bezeichnet. Die LDCs sind zu unterscheiden von den LLDCs (Least

	Developed Countries). Als LLDCs werden die Entwicklungsländer bezeichnet, die als „am wenigsten entwickelte Länder“ gelten. Einige UN Organisationen kürzen die Least Developed Countries ebenso mit LDCs ab und gebrauchen demnach nicht diese Unterscheidung. Die Einteilung der Länder in LDCs und LLDCs erfolgt nach folgenden Messkriterien: Bruttonationaleinkommen pro Kopf, durchschnittlicher Kalorienverbrauch pro Kopf, Kindersterblichkeitsrate, Alphabetisierungsrate unter Erwachsenen, Einschulungsrate in Sekundarschulen, Konzentration der Exporte, Instabilität der Exporterlöse und Agrarproduktion, Anteil verarbeitender Industrie und Dienstleistungen am BIP und Be-völkerungsgröße.
Lentiviren	Lentiviren sind Einzelstrang-RNA-Viren und bilden eine Gattung innerhalb der Familie der >Retroviren.
Männer, die sexuell mit Männern verkehren	Dieser Begriff wird in der aktuellen Literatur teilweise anstelle von „Homosexuelle“ verwendet. Im Gegensatz zu dem Begriff „Homosexuelle“, der den Seins-Aspekt betont, hebt dieser Begriff den Verhaltensaspekt hervor. Teilweise haben auch Männer, die eine Partnerschaft mit einer Frau führen, sexuelle Kontakte zu Männern. Dieser Begriff erfasst somit auch diese Männer, da der sexuelle Kontakt im Vordergrund steht und nicht das Bekenntnis zur Homosexualität.
MDGs	Millennium Development Goals; Millennium Entwicklungsziele.
Multilateralismus	Als Multilateralismus bezeichnet man eine internationale Kooperation zwischen Staaten in Form von internationalen Organisationen (UN-Organisationen, >WTO, >WHO etc.) und Regelwerken (Kyoto-Protokoll). Im Rahmen der Entwicklungszusammenarbeit können Leistungen multilateral, also „mehrseitig“ über internationale Organisationen vergeben werden. Hiervon wird die >bilaterale Vergabe abgegrenzt.
NGO	Non-Governmental Organisation; Nichtregierungsorganisation.
Operation	Eine Operation ist ein >Ereignis. Operationen können gemäß dem Gesetz der Autopoiesis ausschließlich systemintern stattfinden und dienen der Produktion und Reproduktion eines

	>autopoietischen Systems. Die Operationsweise des Systems „HIV/AIDS-Epidemie“ ist die Übertragung und Verbreitung des HI-Virus.
Operative Geschlossenheit	>Autopoietische Systeme können nur systemintern operieren. Folglich können weder >Operationen aus der Umwelt importiert werden, noch kann das >System außerhalb seiner >System-grenze operieren. Ein >auto-poietisches System ist demnach operativ geschlossen.
Opportunistische Infektionen	Erkrankungen, die aufgrund des durch die HIV-Infektion geschwächten Immunsystems auftreten.
Pandemie	Als eine Pandemie wird eine Infektionskrankheit beschrieben, die sich über Kontinente oder die ganze Welt erstreckt. Eine Pandemie ist zu unterscheiden von einer >Epidemie. Von einer Epidemie wird gesprochen, wenn die Infektionskrankheit gehäuft auftritt, aber örtlich oder auch zeitlich begrenzt ist.
Prävalenz	Prävalenz beschreibt den prozentualen Anteil der HIV-Infizierten in der Gesamtbevölkerung.
Prävention	Verhütung, Vorbeugung.
Resultat	Die Bezeichnung Hauptresultat ist auf den von UNAIDS benutzten englischen Begriff „principal results“ zurückzuführen. UNAIDS versteht unter „result“ die Leistung (output), das Ergebnis (outcome), sowie die Wirkung (impact) einer Intervention. Da UNAIDS bei den im Rahmen des UBW aufgestellten „results“ nicht differenziert, ob es sich um eine Leistung, ein Ergebnis oder eine Wirkung handelt, wird in dieser Arbeit ebenso ein Oberbegriff, nämlich „Resultat“, verwendet.
Retroviren	Reverse Transkriptase Onkoviren. Retroviren sind Einzelstrang-RNA-Viren, deren Erbinformation als RNA vorliegt und die als DNA in die vererbaren Informationen der befallenen Zelle eingebaut wird.
Selbstorganisation	Gemäß der Systemtheorie bedeutet Selbstorganisation die Erzeugung von Systemstrukturen, durch die selektive Relationierung von systemeigenen >Ereignissen.
Strategie	Strategien sind die Maßnahmen, die dazu führen sollen ein Ziel zu erreichen. Eine Strategie ist demnach der Weg zum Ziel.

Struktur	Strukturen sind Verknüpfungen von systeminternen >Ereignissen (Operationen) von relativer Dauer. Diese Verknüpfungen werden stets aktualisiert.
Strukturelle Kopplung	Die strukturelle Kopplung beschreibt wie >Systeme mit ihrer Umwelt, bzw. mit den Systemen in ihrer Umwelt verbunden sind. Durch strukturelle Kopplung ist ein System durch ein Medium auf relative Dauer an seine Umwelt gekoppelt. Strukturelle Kopplungen sind hochselektive Prozesse. Nicht alles, was sich in der Umwelt eines Systems befindet, ist an das System gekoppelt. Strukturelle Kopplung bewirkt demnach eine Reduktion von Beziehungen zwischen System und Umwelt und ermöglicht andererseits gleichzeitig diese Beziehungen erst durch diese Reduktion. Der Begriff der „strukturellen Kopplung“ basiert, ebenso wie der Begriff der „Autopoiesis“, auf den Arbeiten Maturanas und wurde von Luhmann für den soziologischen Anwendungsbereich modelliert (vgl. Luhmann 2004, S.119).
System	Ein System beruht auf der Unterscheidung eines spezifischen Innen (System) und eines spezifischen Außen (>Umwelt). Die Annahme des Bestehens von Systemen beinhaltet somit die Annahme einer Differenz von System und seiner Umwelt. Beides, System und Umwelt, ist das was es ist, nur in Bezug auf das jeweils andere. Ein System erzeugt die Elemente (>Operationen, >Ereignisse) aus denen es besteht selbst.
Systemgrenze	>Systeme haben Grenzen und hinter dieser Grenze befindet sich die >Umwelt. Die Systemgrenze stellt zugleich eine Abgrenzung, als auch eine Verbindung zwischen System und Umwelt dar.
System-Umwelt-Beziehungen	System-Umwelt-Beziehungen beschreiben das Verhältnis von einem >System zu seiner >Umwelt. >Autopoietische Systeme sind an ihre Umwelt, bzw. an Systeme in ihrer Umwelt gekoppelt und dadurch mit ihr verbunden.
Teilsystem	Teilsysteme übernehmen spezifische Universalzuständigkeiten (Funktionen) für das Gesamtsystem, ohne dies insgesamt repräsentieren zu können. So wird beispielsweise das Gesundheitssystem als Teilsystem der Gesellschaft betrachtet. Die Auswirkungen der HIV/AIDS-

	Epidemie können das Gesundheitssystem derart beeinträchtigen, dass dies als Teilsystem der Gesellschaft seine spezifische Funktionsweise nicht mehr in dem erforderlichen Maße übernehmen kann. Dadurch kann wiederum das System Gesellschaft in seiner Funktionsweise beeinträchtigt werden.
Transnational	Transnationale Beziehungen beschreiben Beziehungen zwischen Angehörigen von Bevölkerungen eines Staates. Hiervon werden die internationalen Beziehungen abgegrenzt, die wiederum Beziehungen zwischen Staaten selbst beschreiben. Transnationale Beziehungen können sich beispielsweise auf Beziehungen zwischen NGOs beziehen. Als transnationale Organisationen werden Organisationen bezeichnet, deren Strukturen in mehreren Staaten bestehen, wie beispielsweise von einigen Wirtschaftsunternehmen, Hilfswerken oder Religionsgemeinschaften.
TRIPS Abkommen	Trade Related Aspects of Interlectual Property Rights; Abkommen der >WTO zu Rechten des geistigen Eigentums. Das Abkommen befasst sich u.a. mit der Patentierung von Medikamenten.
Umwelt	Die Umwelt gibt es nicht an sich, sondern immer nur in Bezug auf ein >System. Dies basiert auf der Annahme, dass ein System auf der Unterscheidung eines spezifischen Innen (System) und eines spezifischen Außen (Umwelt) beruht. Die Annahme der Existenz einer Umwelt beinhaltet somit die Annahme einer Differenz von System und seiner Umwelt. Beides, System und Umwelt, ist das was es ist, nur in Bezug auf das jeweils andere. Systeme haben Grenzen und jenseits dieser >Systemgrenzen befindet sich die Umwelt. In der Umwelt des Systems „HIV/AIDS-Epidemie“ befinden sich Teilsysteme des Gesamtsystems Gesellschaft. (Armut, Lebenswirklichkeiten, Familie, Anomie, Politisches System, Rechtssystem, Gesundheitssystem).
UNDP	United Nations Development Programme; Entwicklungsprogramm der Vereinten Nationen.
UNESCO	United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization; Organisation der Vereinten Nationen für

	Bildung, Wissenschaft, Kultur und Kommunikation.
UNFPA	United Nations Population Fund; Bevölkerungsfond der Vereinten Nationen.
UNGASS	UN General Assembly Special Session on HIV/AIDS; UN Sonder- Generalversammlung zu HIV/AIDS im Jahr 2001.
UNHCR	United Nations High Commissioner for Refugees; Hoher Flüchtlingskommissar der Vereinten Nationen.
UNICEF	United Nations International Children's Emergency Fund; Kinderhilfswerk der Vereinten Nationen.
UNODC	United Nations Office on Drugs and Crime; Büro der Vereinten Nationen für Drogen und Verbrechen.
Vulnerabilität	Verletzlichkeit, Verwundbarkeit.
WFP	World Food Programme; Welternährungsprogramm.
WHO	World Health Organization; Weltgesundheitsorganisation.
WTO	World Trade Organization; Welthandelsorganisation.

Literatur

Auswärtiges Amt: Nigeria.

<http://www.auswaertiges-amt.de/diplo/de/Laenderinformationen/01-Laender/Nigeria.html>. Stand: 21.01.2008.

Ayissi, Anatole 2000: Aids und Armut. In: Le Monde Diplomatique.

<http://www.monde-diplomatique.de/pm/2000/12/15/a0030.text.name,ask8OWIH8.n,47>.
Stand : 13.08.2007.

Barra, Erika / Bantel, Susanne 2001: Man braucht viel Mut, um darüber zu sprechen. In: Zeitschrift des Deutschen Entwicklungsdienstes 1/2. Aids. Bonn: SZ Offsetdruck-Verlag GmbH. 15-17.

Bate OMI, Stuart C. 2005: Verantwortliches Heilen in einer Welt mit HIV/AIDS. In: Heidemanns, Katja / Moerschbacher, Marco: Gott vertrauen? AIDS und Theologie im südlichen Afrika. Band 32. Freiburg im Breisgau: Verlag Herder. 72-90.

Beresford, Belinda 2002: Bittersüße kleine Pillen. Zur Diskussion um das Anti-Aids-Medikament Nevirapin. In: Afrika Süd. Zeitschrift zum südlichen Afrika. Nr.1. Bonn. 30-32.

Boesche, Ingeborg / Feuerriegel, Karsten 2001: Wer Ahnen übersieht, plant an den Menschen vorbei. In: Zeitschrift des Deutschen Entwicklungsdienstes 1/2. Aids. Bonn: SZ Offsetdruck GmbH. 35-36.

Brockhaus 1998: Brockhaus - Die Enzyklopädie in 24 Bänden. 20. Auflage. Band 16. Leipzig / Mannheim: Brockhaus.

Brockhaus 2008: Der Brockhaus multimedial 2008 premium (DVD-ROM). Bibliographisches Institut & F.A. Brockhaus AG.

Chauke, Elesinah 2005: Die Situation von Frauen mit HIV/AIDS im südöstlichen Simbabwe – Kirchliche Reaktionen und theologische Herausforderungen. In: Heidemanns, Katja / Moerschbacher, Marco: Gott vertrauen? AIDS und Theologie im südlichen Afrika. Band 32. Freiburg im Breisgau: Verlag Herder. 91-108.

Copson, Raymond W. 2006: Aids in Africa. In: Claton, J. Garson: Aids in Africa: A Pandemic on the move. New York: Novinka Books. 1-23.

Debiel, Thomas 2005: Fragile Staaten als Problem der Entwicklungspolitik. In: Bundeszentrale für politische Bildung. Aus Politik und Zeitgeschichte 28-29/2005. http://www.bpb.de/publikationen/X40A0D,7,0,Fragile_Staaten_als_Problem_der_Entwicklungspolitik.html#art7. Stand: 26.02.2008.

Van Dijk, Lutz 2004: Die Geschichte Afrikas. Lizenzausgabe für die Bundeszentrale für politische Bildung. Band 481. Frankfurt/Main: Campus Verlag GmbH.

Durkheim, Emile 1973: Der Selbstmord. Soziologische Texte. Band 32. Neuwied / Berlin: Luchterhand Verlag GmbH.

Fleischer, Klaus / Ochel, Klemens 2005: Schlaglichter einer modernen Seuche. In: Heidemanns, Katja / Moerschbacher, Marco: Gott vertrauen? AIDS und Theologie im südlichen Afrika. Band 32. Freiburg im Breisgau: Verlag Herder. 11-37.

Gabriel, Elisabeth 2001(a): Frauen und Gesundheit. In: Gabriel, Elisabeth 2001: Frauenrechte. Einführung in den internationalen frauenspezifischen Menschenrechtsschutz. Wien: Neuer Wissenschaftlicher Verlag GmbH. 51-59.

Gabriel, Elisabeth 2001(b): Frauen und Familie – Frauenrechte beginnen zu Hause. In: Gabriel, Elisabeth 2001: Frauenrechte. Einführung in den internationalen frauenspezifischen Menschenrechtsschutz. Wien: Neuer Wissenschaftlicher Verlag GmbH. 61-72.

Gabriel, Elisabeth 2001(c): Gewalt gegen Frauen – Der Herr im Haus muss gehen. In: Gabriel, Elisabeth 2001: Frauenrechte. Einführung in den internationalen frauenspezifischen Menschenrechtsschutz. Wien: Neuer Wissenschaftlicher Verlag GmbH. 73-82.

Garrett, Laurie 1996: Die kommenden Plagen. Neue Krankheiten in einer gefährdeten Welt. Frankfurt am Main: Fischer Verlag GmbH.

Grau, Ingeborg 2003: Arbeit und Wandel der Geschlechterverhältnisse in der Kolonialzeit. In: Grau / Märdel / Schicho 2003: Afrika. Geschichte und Gesellschaft im 19. und 20. Jahrhundert. Zweite geringfügig veränderte Auflage. Wien: Promedia. 129-148.

Grau, Ingeborg 2006: Scramble for Africa. Koloniale Machtergreifung und Wandel gesellschaftlicher Rollen im Kolonialismus. In: Englert / Grau / Komlosy 2006: Nord-Süd-Beziehungen. Kolonialismen und Ansätze zu ihrer Überwindung. Wien: Mandelbaum Verlag. 75-97.

Grau, Ingeborg / Hanak, Irma / Stacher, Irene 1997: „The marriage rite is never completed“. Die Entwicklung in Afrika südlich der Sahara. In: Mitterauer, Michael / Ortmayr, Norbert (Hrsg.) 1997: Familie im 20. Jahrhundert. Traditionen, Probleme, Perspektiven. Frankfurt am Main: Brandes und Apsel Verlag GmbH. 137-164.

Grohs, Gerhard / Tietze, Sarah 2005: AIDS-Politik im östlichen und südlichen Afrika. In: Engel, Ulf / Jakobeit, Cord / Mehler, Andreas / Schubert, Gunter 2005: Navigieren in der Weltgesellschaft. Festschrift für Rainer Tetzlaff. Demokratie und Entwicklung. Band 58. Münster: LIT VERLAG. 36-47.

Gronemeyer, Reimer 2002: So stirbt man in Afrika an AIDS. Warum westliche Gesundheitskonzepte im südlichen Afrika scheitern. Ein Streitschrift. Frankfurt am Main: Brandes & Apsel Verlag GmbH.

GTZ (Deutsche Gesellschaft für technische Zusammenarbeit) 1997: Ziel Orientierte Projekt Planung – ZOPP. Eine Orientierung für die Planung bei neuen und laufenden Projekten und Programmen. Darmstadt: Roetherdruck.

Heald, Suzette 2004: Aids und Ethnologie in Afrika. In: Peripherie. Zeitschrift für Politik und Ökonomie in der Dritten Welt. Nr.93/94, 24. Jahrgang. Münster: Verlag Westfälisches Dampfboot. 113-138.

Heidemanns, Katja / Moerschbacher, Marco 2005: Gott vertrauen? AIDS und Theologie im südlichen Afrika. Band 32. Freiburg im Breisgau: Verlag Herder.

Heinrichs, Heinrich 2001: „Kein Land dieser Erde kann allein gegen Aids kämpfen“. In: Zeitschrift des deutschen Entwicklungsdienstes 1/2. Aids. Bonn: SZ Offsetdruck-Verlag GmbH. 20-21.

Herzberger-Fofana, Pierrette 2005: Die afrikanische Familie.
http://www.bpb.de/themen/FSTK9D,0,0,Die_afrikanische_Familie.html#art0.
Stand: 18.02.2008.

Heywood, Mark 2004: Price of Denial.
www.tac.org.za/Documents/PriceOfDenial.doc. Stand: 16.07.2007.

Hirschmann, Olaf 2003: Kirche, Kultur und Kondome: Kulturell sensible HIV/AIDS-Prävention in Afrika südlich der Sahara. Münster: LIT VERLAG.

Hofmeier, Rolf / Mehler, Andreas 2004: Kleines Afrika-Lexikon. Politik-Wirtschaft-Kultur. Lizenzausgabe für die Bundeszentrale für politische Bildung. Schriftenreihe. Band 464. München: Verlag C.H. Beck oHG.

Human Rights Watch 2005: Der Realität ins Auge sehen: Frauenrechte und der Kampf gegen HIV/AIDS. <http://hrw.org/backgrounder/wrd/032105doseDE.pdf>.
Stand: 12.02.2008.

Janßen, Christian 2001: Soziale Schicht und „Gesundheitliche Kontrollüberzeugungen“ (Health Locus of Control). In: Mielck, Andreas / Bloomfield, Kim 2001: Sozial-Epidemiologie. Eine Einführung in die Grundlagen, Ergebnisse und Umsetzungsmöglichkeiten. Weinheim / München: Juventa Verlag. 184-195.

Kohlmorgen, Lars 2004: Global Health Governance und UNAIDS – Elemente eines globalen Integrationsmodus? In: Peripherie. Zeitschrift für Politik und Ökonomie in der Dritten Welt. Nr.93/94, 24. Jahrgang. Münster: Verlag Westfälisches Dampfboot. 139-165.

Krause, Detlef 2001: Luhmann Lexikon. Eine Einführung in das Gesamtwerk von Niklas Luhmann. Dritte Auflage. Stuttgart: Lucius & Lucius.

Lokol, Wilfred Ochan 2001: Uganda. Bausteine des Erfolgs. In: Zeitschrift des Deutschen Entwicklungsdienstes 1/2. Aids. Bonn: SZ Offsetdruck-Verlag GmbH. 10-12.

Luhmann, Niklas (Hrsg. Baecker, Dirk) 2004: Einführung in die Systemtheorie. Zweite Auflage. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme Verlag und Verlagsbuchhandlung GmbH.

Luhmann, Niklas 1998: Soziale Systeme. Grundriß einer allgemeinen Theorie. Dritte Auflage. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag.

Madakufamba, Munetsi 2002: Neuregelung für Pharmapatente. Erfolg der Entwicklungsländer auf der WTO-Konferenz. Ihr Handelsproblem wurde vertagt. In: Informationsstelle südliches Afrika e.V. (Hrsg.). Afrika Süd. Zeitschrift zum südlichen Afrika. Nr.1. Bonn: Leppelt Druck und Repro GmbH. 26.

Marais, Hein 2000: To the Edge. AIDS Review 2000, Pretoria.
<http://www.csa.za.org/filemanager/list/3/>. Stand: 24.07.2007.

Masenya, Madipoane 2005: Gefangen zwischen zwei Traditionen: afrikanisch-südafrikanische Christinnen in den Zeiten von AIDS. In: Heidemanns, Katja / Moerschbacher, Marco 2005: Gott vertrauen? AIDS und Theologie im südlichen Afrika. Band 32. Freiburg im Breisgau: Verlag Herder. 58-71.

Mielck, Andreas / Bloomfield, Kim 2001: Sozial-Epidemiologie. Eine Einführung in die Grundlagen, Ergebnisse und Umsetzungsmöglichkeiten. Weinheim / München: Juventa Verlag.

Nohlen, Dieter 2002: Lexikon Dritte Welt: Länder, Organisationen, Theorien, Begriffe, Personen. Hamburg: Rowohlt Taschenbuchverlag GmbH.

Nuscheler, Franz 2005: Lern- und Arbeitsbuch Entwicklungspolitik: Eine grundlegende Einführung in die zentralen entwicklungspolitischen Themenfelder Globalisierung, Staatsversagen, Hunger, Bevölkerung, Wirtschaft und Umwelt. Sechste Auflage. Bonn: Verlag J.H.W. Dietz Nachf. GmbH.

OP, Philipe Denis 2005: Sexualität und AIDS in Südafrika. In: Heidemanns, Katja / Moerschbacher, Marco 2005: Gott vertrauen? AIDS und Theologie im südlichen Afrika. Band 32. Freiburg im Breisgau: Verlag Herder. 40-57.

Pieterse, Jimmy / van Wyk, Barry 2006: What's Cooking. AIDS Review 2005. Pretoria. <http://www.csa.za.org/filemanager/list/3/>. Stand: 24.07.2007.

Pillay, Miranda 2005: Ist der kirchliche Diskurs zu HIV/AIDS ein verantwortlicher Umgang mit der Katastrophe? In: Heidemanns, Katja / Moerschbacher, Marco 2005: Gott vertrauen? AIDS und Theologie im südlichen Afrika. Band 32. Freiburg im Breisgau: Verlag Herder. 192-212.

Rossouw, Johann 2006: Ach, Mandela. Präsident Thabo Mbeki klebt an der Macht. Die Hoffnungen der Afrikaner bleiben unerfüllt. In: Le Monde Diplomatique. <http://www.monde-diplomatique.de/pm/2006/10/13/a0039.text.name,ask8OWIH8.n,4>. Stand : 13.08.2008.

Rubbert, Andrea 2002: Immunologie auf der CROI, 1. Teil : Neues aus der Affenwelt. <http://hiv.net/2010/news2002/n0307.htm>. Stand: 19.09.2007.

Rüppel, Joachim 2001: Armut und Aids – eine tödliche Verbindung. In: Petermanns Geographische Mitteilungen, 145, Nr.3. Gotha: Justus Perthes Verlag Gotha GmbH. 46-53.

Sartorius, Peter 2001(a): Die Aids Katastrophe im Süden Afrikas (I). Ein Albtraum, der nicht endet. Süddeutsche Zeitung Nr. 134.

Sartorius, Peter 2001(b): Aids im südlichen Afrika (III). Von Samariterinnen und Märtyrerinnen. Süddeutsche Zeitung Nr. 140.

Schäfer, Rita 2003: Frauen, Männer, Kinder. Familienalltag im ländlichen und städtischen Afrika. In: Böhler, Katja / Hoeren, Jürgen 2003: Afrika. Mythos und Zukunft. Lizenzausgabe für die Bundeszentrale für politische Bildung. Band 426. Freiburg im Breisgau: Verlag Herder. 66-76.

Schulz, Uwe / Köbrich, Kilian 2002: Kinder und HIV/AIDS – Ursachen, Auswirkungen und Chancen der Prävention. In: Holm, Karin / Schulz, Uwe 2002: Kindheit in Armut weltweit. Opladen: Leske + Budrich. 321-343.

Silva Saavedra, Manuel 1996: AIDS und die Entwicklungsländer. In: Krämer, Alexander / Stock, Christiane 1996: HIV-Ausbreitung und Prävention. Epidemiologische Trends und präventive Strategien. Wienheim und München: Juventa Verlag. 147-160.

Smith, Charlene 2005: Alle lassen die Opfer im Stich. Aids und sexuelle Gewalt in Südafrika. In: Le Monde Diplomatique.

<http://www.monde->

[diplomatique.de/pm/2005/10/14/a0039.text.name,ask8OWIH8.n,10](http://www.monde-diplomatique.de/pm/2005/10/14/a0039.text.name,ask8OWIH8.n,10).

Stand : 13.08.2008.

Tietze, Sarah 2006: Die Aids-Pandemie in Sub-Sahara-Afrika. In: Bundeszentrale für politische Bildung. Aus Politik und Zeitgeschichte 32-33. Bonn: SZ Offsetdruck-Verlag GmbH. 32-38.

UN 1979: Übereinkommen zur Beseitigung jeder Form von Diskriminierung der Frau. Übersetzung. <http://www.admin.ch/ch/d/sr/i1/0.108.de.pdf>. Stand: 12.02.2008.

UN 2006: The Millennium Development Goals. Report 2006. New York.

<http://mdgs.un.org/unsd/mdg/Resources/Static/Products/Progress2006/MDGReport2006.pdf>. Stand: 30.11.2007.

UN (General Assembly) 2006: Sixtieth Session. Agenda item 45. Follow-up to the outcome of the twenty-sixth special session: implementation of the Declaration of Commitment on HIV/AIDS. Declaration of Commitment on HIV/AIDS: five years later. Report of the Secretary-General.

http://data.unaids.org/pub/Report/2006/20060324_SGReport_GA_A60737_en.pdf.

Stand: 18.03.2008.

UNAIDS 2002(a): Keeping the Promise. Of the Declaration of Commitment on HIV/AIDS. United Nations General Assembly Special Session on HIV/AIDS 25-27 June 2001, New York. Genf.

http://data.unaids.org/pub/report/2002/jc668-keepingpromise_en.pdf.

Stand: 06.12.2007.

UNAIDS 2002(b): Programme Coordinating Board. Five-Year Evaluation of UNAIDS. Final Report. Genf.

http://data.unaids.org/Governance/PCB03/pcb_13_02_02_en.pdf.

Stand: 19.11.2007.

UNAIDS 2003(a): Programme Coordinating Board. Partnership Agreement between UNAIDS and the Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria. Genf.

http://data.unaids.org/Governance/PCB03/pcb_14_03_07_en.pdf.

Stand: 19.11.2007.

UNAIDS 2003(b): Unified Budget and Workplan 2004-2005. Genf.

http://data.unaids.org/Governance/PCB03/pcb_14_03_03_en.pdf.

Stand: 22.11.2007.

UNAIDS 2005: Unified Budget and Workplan 2006 – 2007. Genf.

<http://www.unaids.org/en/AboutUNAIDS/UBW/default.asp>. Stand: 22.11.2007.

UNAIDS 2006: 2006. Report on the global AIDS epidemic. A UNAIDS 10th anniversary special edition. Genf.

http://www.unaids.org/en/HIV_data/2006GlobalReport/default.asp.

Stand: 23.04.2007.

UNAIDS 2007(a): Composition of the Programme Coordinating Board (PCB).

http://data.unaids.org/pub/InformationNote/2007/pcb_members2007_en.pdf. Stand: 08.01.2008.

UNAIDS 2007(b): Independent Evaluation of UNAIDS. 21st Meeting of the UNAIDS Programme Coordinating Board. Genf.

http://data.unaids.org/pub/InformationNote/2007/20071112_item_2_independant%20evaluation_of_unaids_draft_en.pdf. Stand: 31.03.2008.

UNAIDS(1): Goals, declarations and resolutions on AIDS.

<http://www.unaids.org/en/Goals/default.asp>. Stand: 07.12.2007.

UNAIDS(2): Methods and assumptions for estimates.

http://www.unaids.org/en/HIV_data/Methodology/default.asp . Stand: 05.11.2007.

UNAIDS(3): Millenium Development Goals.

<http://www.unaids.org/en/Goals/MilDevGoals/default.asp>. Stand: 07.12.2007.

UNAIDS(4): UNGASS reporting 2008 – technical guidance.

http://www.unaids.org/en/Goals/UNGASS/2008_UNGASS_Reporting_FAQ.asp.
Stand: 07.12.2007.

UNAIDS/WHO 2005: Die AIDS Epidemie. Statusbericht. Dezember 2005. Genf.

http://www.unaids.org/epi/2005/doc/report_pdf.asp_ Stand: 08.10.2007.

UNAIDS/WHO 2006: Die AIDS Epidemie. Statusbericht: Dezember 2006. Genf.

http://data.unaids.org/pub/EpiReport/2006/2006_EpiUpdate_de.pdf.
Stand: 23.04.2007.

UNAIDS/WHO 2007(a): AIDS epidemic update. Genf.

UNAIDS/WHO 2007(b): Press release. Global HIV prevalence has levelled off; AIDS is among the leading cause of death globally and remains the primary cause of death in Africa. Genf.

http://data.unaids.org/pub/PressRelease/2007/071119_epi_pressrelease_en.pdf.
Stand: 21.01.2008.

UNDP 1999: Human Development Report. New York, Oxford.

http://hdr.undp.org/reports/global/1999/en/pdf/hdr_1999_full.pdf, Stand: 05.10.2007

UNESCO: EDUCAIDS - The Global Initiative on Education and HIV & AIDS.

<http://www.educaids.org>. Stand: 16.01.2008.

UNHCHR: Die Allgemeine Erklärung der Menschenrechte.

<http://www.unhchr.ch/udhr/lang/ger.htm>. Stand : 17.08.2007.

Vanselow, Gerd 2001: Uganda. Chefsache Aids. In: Zeitschrift des Deutschen Entwicklungsdienstes 1/2. Aids. Bonn: SZ Offsetdruck-Verlag GmbH..

Weinreich, Sonja / Benn, Christoph 2002: Hintergrundinformationen zu HIV/AIDS.
<https://elearning.uni-oldenburg.de/folder.php?open=81d325e5239dc7f1b9b88dbc257d8259#anker>.
Stand: 22.08.2007.

Weinreich, Sonja / Benn, Christoph 2005: Aids- Eine Krankheit verändert die Welt. Daten-Fakten-Hintergründe. 3. Auflage. Frankfurt am Main: Verlag Otto Lembeck.

WHO 2000(a): Press release. WHO Issues New Healthy Life Expectancy Rankings. Washington, Genf.
<http://www.who.int/inf-pr-2000/en/pr2000-life.html>. Stand: 11.07.2007.

WHO 2000(b): Statement on the hypothesis that an experimental Polio Vaccine was origin of HIV. Information office. <http://www.who.int/inf-pr-2000/en/state2000-04.html>. Stand: 19.09.2007.

WHO 2004: The World Health Report 2004. Changing history. Genf.
http://www.who.int/whr/2004/en/report04_en.pdf. Stand: 23.04.2007.

WHO/UNAIDS 2006: Progress on global acces to HIV antiretroviral therapy. A report on "3 by 5" and beyond. Genf.
http://www.who.int/hiv/progreport2006_en.pdf. Stand: 01.11.2007.

Willke, Helmut 1991: Systemtheorie. Einführung in die Grundprobleme der Theorie sozialer Systeme. Dritte Auflage. New York: Gustav Fischer Verlag.

Willke, Helmut 2005: Systemtheorie II. Interventionstheorie. Grundzüge einer Theorie der Intervention in komplexe Systeme. Vierte Auflage. Stuttgart: Lucius & Lucius.

Witek, Dagmar 2003: Tötet AIDS den Kontinent? Wie Krankheiten Staaten verändern. In: Böhler, Katja / Hoeren, Jürgen 2003: Afrika. Mythos und Zukunft. Lizenzausgabe für die Bundeszentrale für politische Bildung. Band 426. Freiburg im Breisgau: Verlag Herder. 151-159.

WTO 2001: Declaration on the TRIPS Agreement and Public Health. Doha WTO Ministerial 2001: TRIPS.

http://www.wto.org/english/thewto_e/minist_e/min01_e/mindecl_trips_e.htm.

Stand: 18.09.2007.

WTO 2003: Implementation of paragraph 6 of the Doha Declaration on the TRIPS Agreement and public health. General Council. Decision of the General Council of 30 August 2003. http://www.wto.org/english/tratop_e/trips_e/implem_para6_e.htm.

Stand: 18.09.2007.

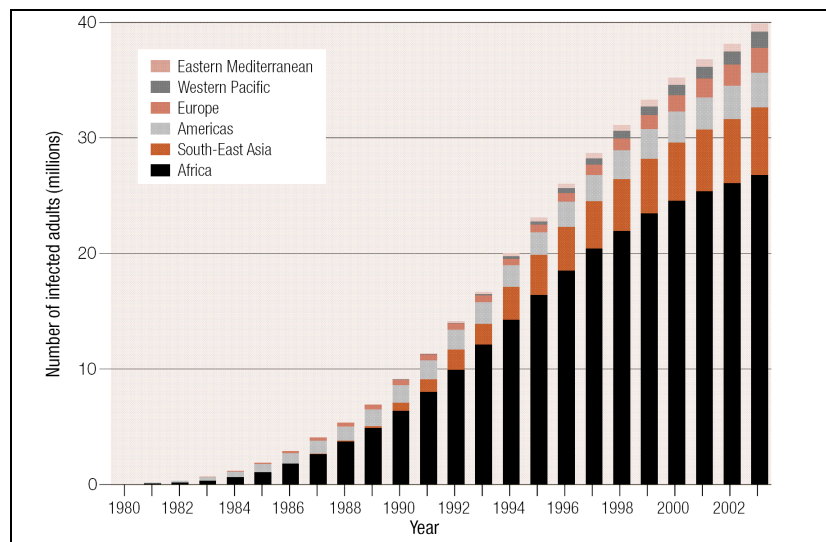
Zacher, Winfried 2001: HIV/Aids und der DED. In: Zeitschrift des Deutschen Entwicklungsdienstes 1/2. Aids. Bonn: SZ Offsetdruck-Verlag GmbH. 5-7.

Anhang

Anhang A: Aktueller Stand der HIV/AIDS-Epidemien

(Abbildungen und Tabellen)

Anhang A 1: Anzahl HIV-infizierter Erwachsener 1980-2003



(Quelle 4 WHO 2004, 2)

Anhang A 2: Globale Daten der HIV/AIDS-Pandemie 2006

Region	HIV-Infektionen	Prävalenz (Erwachsene)	Inzidenz	AIDS-Todesfälle
Global	33 200 000	0,8%	2 500 000	2 100 000
Afrika südlich der Sahara	22 500 000	5,0%	1 700 000	1 600 000
Nordafrika und Naher Osten	380 000	0,3%	35 000	25 000
Süd- und Südostasien	4 000 000	0,3%	340 000	270 000
Ostasien	800 000	0,1%	92 000	32 000
Ozeanien	75 000	0,4%	14 000	1200
Lateinamerika	1 600 000	0,5%	100 000	58 000
Karibik	230 000	1,0%	17 000	11 000
Osteuropa und Zentralasien	1 600 000	0,9%	150 000	55 000

Region	HIV-Infektionen	Prävalenz (Erwachsene)	Inzidenz	AIDS-Todesfälle
West- und Mitteleuropa	760 000	0,3%	31 000	12 000
Nordamerika	1 300 000	0,6%	46 000	21 000

(Quelle 5 UNAIDS/WHO 2007, 7)

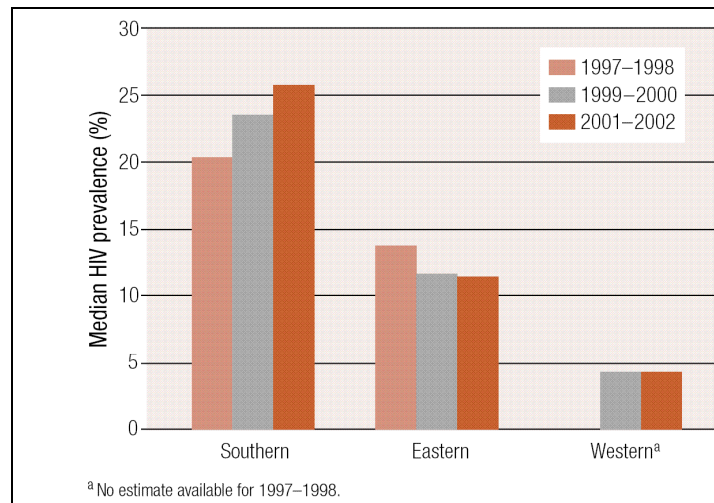
Anhang A 3: Länderspezifische HIV-Daten 2005²⁸

Land	Anzahl HIV-infizierter Menschen 2005	Prävalenz (15-49J.) 2005
Angola	320 000	3.7%
Benin	87 000	1.8%
Botswana	270 000	24.1%
Burkina Faso	150 000	2.0%
Burundi	150 000	3.3%
Cameroon	510 000	5.4%
Central African Republic	250 000	10.7%
Chad	180 000	3.5%
Comoros	<500	<0.1%
Congo	120 000	5.3%
Côte d'Ivoire	750 000	7.1%
Democratic Republic of the Congo	1 000 000	3.2%
Djibouti	15 000	3.1%
Equatorial Guinea	8 900	3.2%
Eritrea	59 000	2.4%
Ethiopia	k.A.	k.A.
Gabon	60 000	7.9%
Gambia	20 000	2.4%
Ghana	320 000	2.3%

²⁸ Diese aufgelisteten Daten sind dem „Report on the Global Aids Epidemic 2006“ entnommen. Der Statusbericht 2007 von UNAIDS lässt darauf schließen, dass aufgrund von Anpassungen der Datenerhebungs- und Datenanalysemethoden die Prävalenzraten einiger Länder deutlich von den hier aufgeführten abweichen. Da der „Report on the Global AIDS Epidemic“ erst Ende des Jahres 2008 veröffentlicht wird, können die länderspezifischen Daten, die auf den überarbeiteten Methoden basieren, zu diesem Zeitpunkt jedoch leider nicht aufgenommen werden.

Land	Anzahl HIV-infizierter Menschen 2005	Prävalenz (15-49J.) 2005
Guinea	85 000	1.5%
Guinea-Bissau	32 000	3.8%
Kenya	1 300 000	6.1%
Lesotho	270 000	23.2%
Liberia	k.A.	k.A.
Madagascar	49 000	0.5%
Malawi	940 000	14.1%
Mali	130 000	1.7%
Mauritania	12 000	0.7%
Mauritius	4 100	0.6%
Mozambique	1 800 000	16.1%
Namibia	230 000	19.6%
Niger	79 000	1.1%
Nigeria	2 900 000	3.9%
Rwanda	190 000	3.1%
Senegal	61 000	0.9%
Sierra Leone	48 000	1.6%
Somalia	44 000	0.9%
South Africa	5 500 000	18.8%
Swaziand	220 000	33.4%
Togo	110 000	3.2%
Uganda	1 000 000	6.7%
Tanzania	1 400 000	6.5%
Zambia	1 100 000	17.0%
Zimbabwe	1 700 000	20.1%
Gesamt	24 500 000	6.1%
Sub-Sahara Afrika		

(Quelle 6 UNAIDS 2006, Annex 2)

Anhang A 4: Prävalenzraten Sub-Sahara Afrika (regional)

(Quelle 7 WHO 2004, 4)

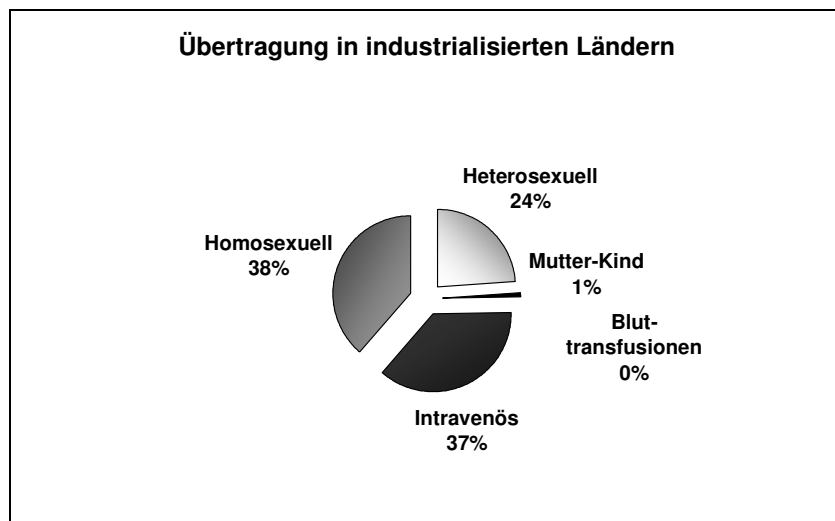
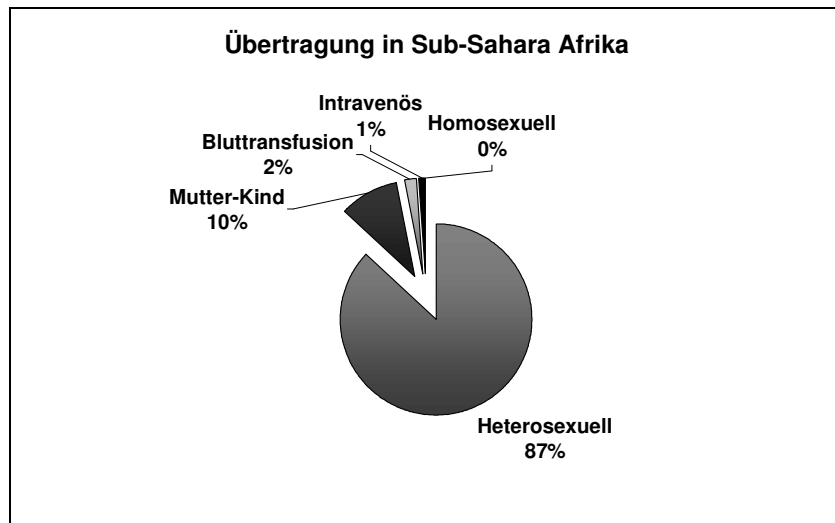
Anhang A 5: Anteil der Frauen an HIV-positiven Menschen weltweit

Region	HIV-Infizierte (Erwachsen)	Anteil Frauen an HIV- Positiven Erwachsenen
Afrika südlich der Sahara	22 400 000	13 200 000 (59% ²⁹)
Lateinamerika	1 600 000	480 000 (30%)
Nordafrika und Mittlerer Osten	400 000	190 000 (48%)
Nordamerika	1 200 000	310 000 (26%)
Osteuropa und Zentralasien	1 500 000	420 000 (28%)
Südasien und Südostasien	7 400 000	2 200 000 (30%)
West- und Mitteleuropa	710 000	200 000 (28%)
Global	36 300 000	17 300 000 (48%)

(Quelle 8 UNAIDS 2006)

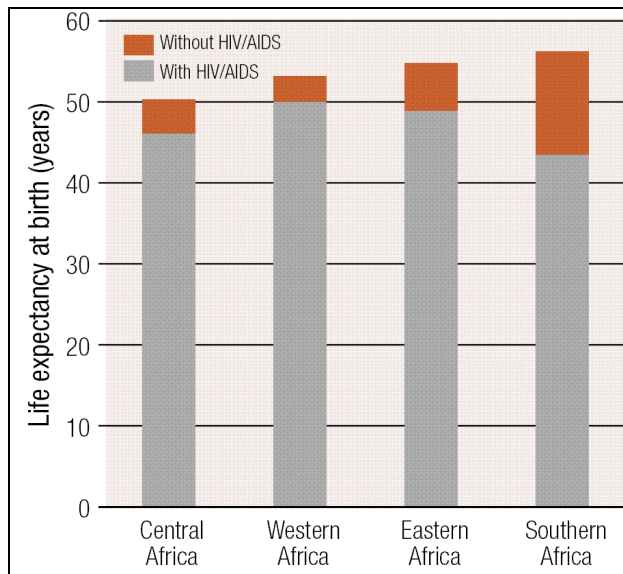
²⁹ Laut den neusten Daten aus dem „AIDS Statusbericht 2007“ von UNAIDS sind 61% der HIV-infizierten Menschen in Sub-Sahara Afrika Frauen. Für die restlichen Regionen werden die entsprechenden Daten allerdings erst Ende des Jahres 2008 im „Report on the global Aids Epidemic“ von UNAIDS veröffentlicht. Um den Frauenanteil global vergleichen zu können, werden in dieser Tabelle die Dateneinheitlich aus dem Report 2006 beibehalten.

Anhang A 6: Übertragungswege von HIV



(Quelle 9 Weinreich / Benn 2002, 10f)

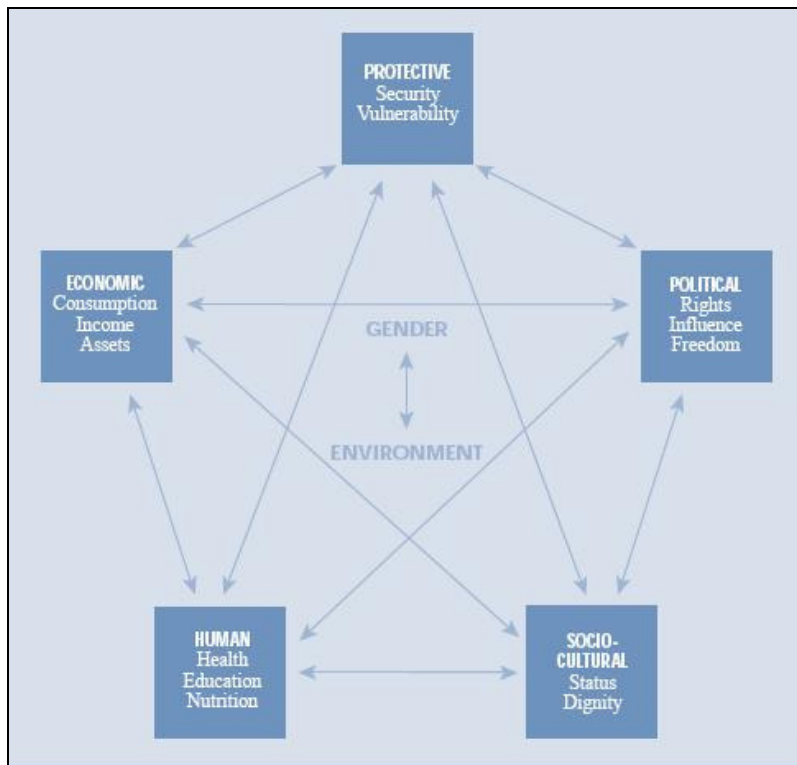
Anhang A 7: Lebenserwartung in Sub-Sahara Afrika mit und ohne HIV/AIDS



(Quelle 10 WHO 2004, 7)

Anhang B: Ursachenzusammenhänge (Abbildungen und Tabellen)

Anhang B 1: Wechselseitige Dimensionen von Armut



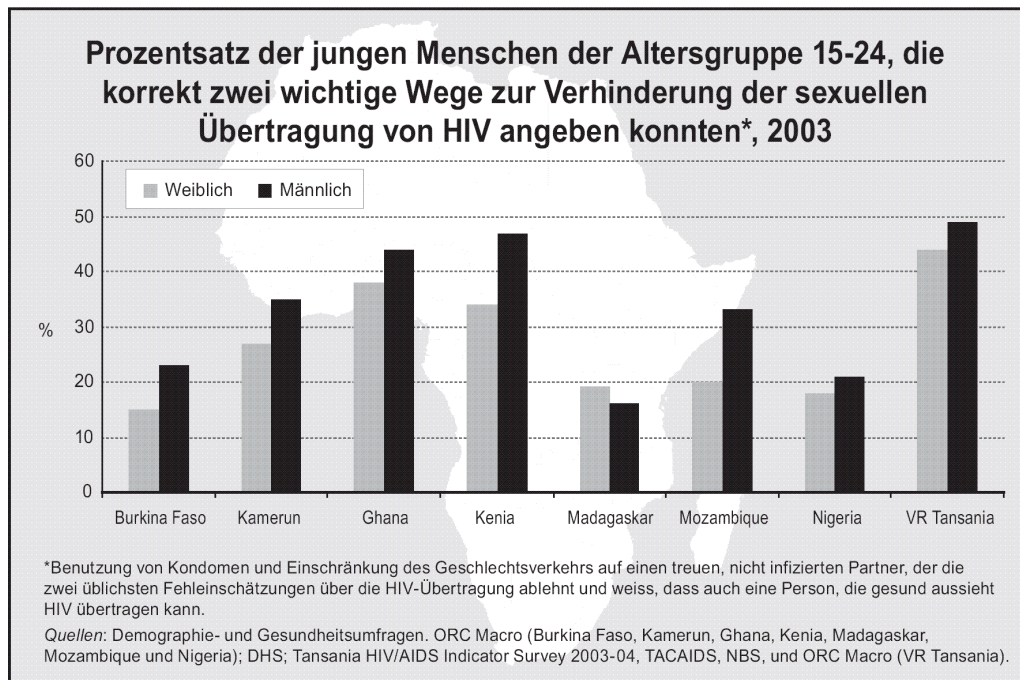
(Quelle 11 OECD 2001, 39)

Anhang B 2: Anteil junger Menschen (15-24J.) an HIV-positiven Menschen weltweit 2005

Region	HIV-Positive insg.	HIV-positive 0-14J.	prävalenz 15-24J. Frauen	Prävalenz 15-24 J. Männer
Global	38,6 Mio.	2,3 Mio.	k.A	k.A.
Afrika südlich der Sahara	24,5 Mio.	2,0 Mio.	4.3%	1.5%

(Quelle 12 UNAIDS 2006, Annex 2)

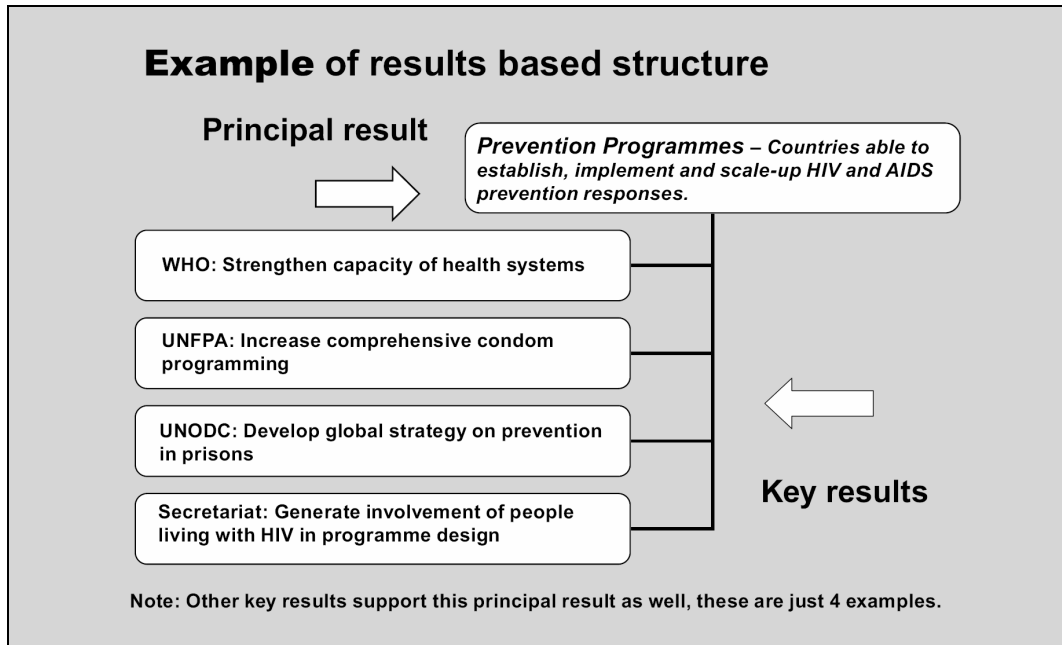
Anhang B 3: HIV-spezifisches Wissen



(Quelle 13 UNAIDS/WHO 2005, 21)

Anhang C: Bewältigungsstrategien (Abbildungen und Tabellen)

Anhang C 1: Hauptresultate und Unterresultate



(Quelle 14 UNAIDS 2005(b), S.9)

Anhang C 2: Verteilung des Budgets auf die Trägerorganisationen

Agency	Core budget (a)	Supplemental (b)	Cosponsor global/regional resources (c)	Total Unified Budget (a+b+c)	Cosponsor agency-country level resources	Grand total
UNHCR	3 400	750	9 050	13 200	26 800	40 000
UNICEF	19 800	49 000	21 000	89 800	372 200	462 000
WFP	4 000	1 100	15 524	20 624	200 000	220 624
UNDP	12 760	15 640	32 000	60 400	24 400	84 400
UNFPA	17 200	38 000	26 000	81 200	80 000	161 200
UNODC	8 500	16 000	9 000	33 500	30 000	63 500
ILO	8 500	18 500	11 500	38 500	18 000	56 500
UNESCO	9 600	10 100	10 000	29 700	28 500	58 200
WHO	25 500	70 500	30 880	126 880	212 000	338 880
World Bank	11 410	17 315	28 707	57 432	779 283	836 715
Secretariat	115 400	25 000	n/a	140 400	n/a	140 400
Interagency	84 400	21 200	n/a	105 600	n/a	105 600
Total	320 470	283 105	193 661	797 236	1 771 183	2 568 419

(Quelle 15 UNAIDS 2005 S.12)

Erklärung

Hiermit versichere ich, dass die vorliegende Diplomarbeit selbständig angefertigt wurde und nur die in der Arbeit ausdrücklich benannten Quellen und Hilfsmittel benutzt wurden.

(Datum, Unterschrift)