



Fokus: HIV/AIDS in der OEZA

HIV/AIDS – eine globale Erscheinung

Seit der Entdeckung des Humanen Immundefizienz-Virus (HIV) vor über 25 Jahren wurden große Anstrengungen zur Bekämpfung der Krankheit unternommen. Die Geschwindigkeit der Ausbreitung übertraf jedoch alle Erwartungen und Befürchtungen.

- 2009 waren laut UNAIDS schätzungsweise 33,4 Millionen Menschen mit dem HI-Virus infiziert (das sind 0,5 Prozent der Weltbevölkerung).
- 2007 starben nach Schätzungen von UNAIDS 2,1 Millionen Menschen an AIDS, 76 Prozent davon in den Ländern Afrikas südlich der Sahara.
- Jährlich infizieren sich 2,7 Millionen Menschen neu, ein Fünftel davon sind Kinder unter 15 Jahren.
- Laut Schätzungen von UNAIDS haben bisher mehr als 11 Millionen Kinder in Afrika mindestens einen Elternteil verloren und sind AIDS-Waisen.

Afrika südlich der Sahara ist das am stärksten betroffene Gebiet. AIDS ist dort nach wie vor die häufigste Todesursache. Schätzungen zufolge waren 2009 ca. 22,4 Millionen AfrikanerInnen HIV-infiziert; das sind rund 67 Prozent der weltweit betroffenen Menschen. In den acht afrikanischen Ländern Botswana, Lesotho, Mosambik, Namibia, Südafrika, Swasiland, Sambia und Simbabwe liegt die HIV/AIDS-Rate bei über 15 Prozent. Swasiland hat mit 33,4 Prozent die weltweit höchste HIV/AIDS-Rate.

97 Prozent der Neuinfektionen erfolgen in Entwicklungsländern, 98 Prozent der Todesfälle sind ebenfalls dort zu verzeichnen. Am meisten verbreitet sich der HI-Virus laut UNAIDS nach wie vor in Zentral- und Südafrika. In Osteuropa, insbesondere in der Ukraine, Estland und Russland, stieg die Zahl der Neuinfektionen zwischen 2001 und 2008 um 66 Prozent auf über 1,5 Millionen. Weltweit ist die Zahl der Neuinfektionen in diesem Zeitraum allerdings um 17 Prozent zurückgegangen. In Afrika südlich der Sahara sank die Zahl zwischen 2001 und 2008 um 15 Prozent. In Ostasien gingen Neuinfektionen in dieser Zeitspanne um 25 Prozent, in Süd- und Südostasien um 10 Prozent zurück.

Auch die Todesrate hat sich laut Welt-AIDS-Bericht der Vereinten Nationen (VN) weltweit verringert. Dieser Rückgang ist teilweise auf Vorbeugung, teilweise auf den Zugang zu lebensrettenden Medikamenten zurückzuführen.

Weder Gesundheit noch HIV sind Schwerpunkte der Österreichischen Entwicklungszusammenarbeit (OEZA). Im Sinne der Erreichung der Millenniums-Entwicklungsziele (MDGs) können je

doch beide Bereiche nicht ausgeklammert werden. Das Regierungsprogramm für die aktuelle Gesetzgebungsperiode hält im Kapitel Entwicklungszusammenarbeit fest: „Österreich wird sich auch weiterhin aktiv für die Erreichung der Millenniums-Entwicklungsziele und für den weltweiten Kampf gegen Armut, Hunger und Krankheit (wie HIV/AIDS) einsetzen.“

HIV und Entwicklung

Zwischen HIV und den Entwicklungsprozessen eines Landes bestehen zahlreiche Wechselwirkungen. Die HIV-Pandemie hat nachhaltige negative Auswirkungen auf die wirtschaftliche und soziokulturelle Entwicklung vieler Länder. Dies manifestiert sich sowohl auf individueller als auch auf kommunaler und nationaler Ebene. Umgekehrt begünstigen Faktoren wie Armut, die Diskriminierung von Frauen, unzureichendes Mitspracherecht, mangelnde Bildungsmöglichkeiten und die Beschränkung des Selbstbestimmungsrechtes die Ausbreitung des HI-Virus.

HIV ist von einem „reinen“ Gesundheitsproblem zu einer globalen gesellschaftspolitischen Herausforderung geworden. Laut MDG 6¹ der VN sollen bis 2010 alle Betroffenen Zugang zu medikamentöser Therapie erhalten; bis 2015 soll die Ausbreitung von HIV zum Stillstand gebracht und der Trend allmählich umgekehrt werden. Dies sind zwei sehr ambitionierte Ziele, von denen man aus heutiger Sicht annehmen muss, dass sie nicht erreicht werden können. Gemäß Millennium Development Goal Report 2008 der VN ist die Zahl der Neuinfektionen zwar in manchen Ländern gesunken, global gesehen ist dieser positive Trend durch die Steigerung der Neuinfektionsraten in anderen Ländern jedoch zu relativieren.

HIV und sozioökonomische Entwicklungsprozesse

HIV-Neuinfektionen betreffen insbesondere jüngere Menschen (vor allem Mädchen und junge Frauen) zwischen 15 und 24 Jahren, also den produktiven Teil der Bevölkerung eines Landes. Unter den Auswirkungen leiden sowohl die infizierten Menschen und deren Familien als auch ganze Gesellschaften, da deren Entwicklung eng mit den Einkommen generierenden Kapazitäten und dem intellektuellen und sozialen Kapital der jungen Bevölkerung verbunden ist. Fällt ein Teil der produktiven Gesellschaft aus, führt dies zu verminderter Produktivität. Diese bedingt unter anderem geringere Steuereinnahmen, wodurch wiederum die wirtschaftliche Kapazität eines Landes beeinträchtigt wird.

Auf familiärer und kommunaler Ebene müssen die ohnehin limitierten Ressourcen für Medizin, Krankenhausbesuche, Pflege etc. aufgewendet werden. Das Einkommen der Familien sinkt (zusätzlich) infolge krankheitsbedingter Arbeitsausfälle und durch die Notwendigkeit, Zeit und Ersparnisse in medizinische Versorgung zu investieren.

Auch wichtige staatliche Sozialleistungen sind betroffen, vor allem im Gesundheits- und Bildungssektor. Die Gesundheitssysteme in Entwicklungsländern, die ohnedies personell, finanziell und technisch mangelhaft ausgestattet sind, sind durch die HIV-Pandemie häufig überfordert. Die knappen Personalressourcen werden durch den Tod von (infiziertem) Gesundheitspersonal weiter dezimiert. Die Verknappung des Personals betrifft auch den Bildungssektor: In vielen Ländern nahm aufgrund der HIV-Pandemie die Einschulungsquote ab, einerseits durch den Tod von Lehrpersonal, andererseits durch den Umstand, dass Kinder – meist Mädchen – ihre kranken Eltern und Verwandten pflegen bzw. den Haushalt führen müssen.

HIV begünstigende Faktoren

Faktoren wie Armut, die Diskriminierung von Frauen, mangelhafte Basisgesundheitsversorgung und niedriger Bildungsstand begünstigen die Ausbreitung des HI-Virus:

- Menschen in Armut haben oft keinen Zugang zu Gesundheitsdiensten.

¹ Nähere Informationen zu den MDGs unter www.un.org/millenniumgoals/.

- Menschen in Armut ernähren sich ungesünder und sind daher anfälliger für die Ansteckung mit HIV und den Ausbruch von AIDS (vgl. MDG 1)
- Menschen ohne Zugang zu Bildung wissen weniger gut über Ursachen, Folgen und Prävention von HIV Bescheid. Der unbekannt HIV-Status bei Frauen begünstigt die Übertragung auf Neugeborene.
- Frauen mit einem eingeschränkten Selbstbestimmungsrecht können zur Ehe bzw. zu fremdbestimmtem Sexualleben gedrängt werden (vgl. "Frauen, Kinder und AIDS-Waisen").
- Menschen, die am Rande der Gesellschaft stehen, wie MigrantInnen, Homosexuellen, SexarbeiterInnen und Gefangenen, fehlt oft der Zugang zu Gesundheitsdiensten.

Auch bewaffnete Konflikte und Kriege erhöhen häufig das Infektionsrisiko und können Auswirkungen auf die Verbreitung von HIV haben. Angehörige des Militärs weisen statistisch gesehen viel höhere Infektionsraten auf als der Durchschnitt der Bevölkerung:

- Kriege fördern und erhöhen die Armut der betroffenen Bevölkerung.
- In Kriegen und bewaffneten Konflikten brechen Gesundheits- und Bildungssysteme häufig zusammen.
- Kriege verursachen Migration und belasten Gesellschaften zusätzlich, da Geldmittel, die zum Beispiel für Basisgesundheitsversorgung benötigt würden, oftmals in Kriegsführung fließen.
- Kriege gehen häufig mit einem Anstieg an Vergewaltigungen und anderen Formen sexueller Ausbeutung einher.

Assoziierte Krankheiten

Die Schwächung und die daraus resultierende Veränderung des Immunsystems haben weitreichende Folgen. Mangel- bzw. Unterernährung hat Auswirkungen auf die körperlichen Abwehrkräfte. Die Ansteckung führt bei der überwiegenden Zahl der (unbehandelten) Infizierten zu einer zunehmenden Abwehrschwäche. Opportunistische Infektionen (Erkrankungen, die auftreten, wenn das Immunsystem geschwächt ist.) erhöhen die Morbidität und Mortalität. In den meisten Fällen handelt es sich nicht um Neuinfektionen, sondern um die Reaktivierung schon vorhandener „stiller“ Infektionen. Mit fortschreitender Erkrankung ist das Abwehrsystem nicht mehr in der Lage, diese in Schach zu halten.

Aber auch Krankheiten wie Tuberkulose führen zu einem erhöhten Risiko, an AIDS zu erkranken. Umgekehrt sind HIV-infizierte Menschen anfälliger für Krankheiten wie Lungenentzündung und Tuberkulose. Dieser Teufelskreis ist für viele HIV-assoziierte Erkrankungen verantwortlich.

HIV und Drogen

Drogenabhängige (Intravenöse Drug User/ IDU) infizieren sich häufig mit HIV, wobei Jugendliche besonders gefährdet sind. Einer der Übertragungswege sind HIV-infizierte Nadeln. Schätzungen zufolge spritzen weltweit rund 16 Millionen Menschen Rauschgift. Davon ist etwa jede/r fünfte mit HIV infiziert. Die absolute Zahl an Drogensüchtigen ist in China mit 2,35 Millionen Menschen am höchsten; davon sind 15,6 Prozent mit HIV infiziert. Von den ca. 1,8 Millionen drogenabhängigen Menschen in Russland sind gemäß Schätzungen zwischen 30 und 40 Prozent HIV-positiv (Lancet Studie, Zhang et al, 2008). Etwa 65 Prozent der HIV-Infektionen in Russland sind auf intravenösen Drogenmissbrauch zurückzuführen; um die 80 Prozent der HIV-Positiven sind unter 30 Jahre.

Besonders hoch ist der Anteil der Betroffenen in Estland, der Ukraine, Burma, Indonesien, Thailand, Nepal, Argentinien, Brasilien und Kenia, wo jeweils mehr als 40 Prozent der Drogenabhängigen mit dem HI-Virus infiziert sind. In diesen Ländern ist das Spritzen von Drogen (mittlerweile) eine der häufigsten Verbreitungsformen von HIV. Hinzu kommt, dass zwischen 50 bis 80 Prozent der HIV-infizierten Drogenabhängigen mit dem Hepatitis-C-Virus infiziert sind.

Die HIV-Infektionsrate unter Drogenabhängigen ist auch davon abhängig, ob und in welchem Umfang Nadelaustausch-Programme vorhanden sind.



Frauen, Kinder und AIDS-Waisen

Frauen und Kinder sind besonders stark von HIV betroffen. Einige der Hauptfaktoren für die Ausbreitung der HIV-Pandemie in Entwicklungsländern sind der niedrige soziale Status, die mangelnde Bildung von Mädchen und Frauen (im Vergleich zu Knaben und Männern) und die ökonomische Abhängigkeit von Frauen. Hohe Ansteckungsraten bei Frauen führen zu erhöhten Ansteckungsraten bei Kindern. Die Übertragungsgefahr von schwangeren Frauen auf ihre Kinder wird durch mangelnde Aufklärung, Unkenntnis des eigenen HIV-Status, unzureichenden Zugang zu Medikamenten sowie mangelnde Selbstbestimmung über das eigene Sexualleben begünstigt.

Feminisierung der Pandemie

Die HIV-Pandemie verstärkt die Benachteiligung von Frauen, da diese besonders unter den ökonomischen und sozialen Folgen zu leiden haben. HIV-infizierte Frauen werden in vielen Gesellschaften mehr diskriminiert als HIV-infizierte Männer. Sie haben meist schlechteren Zugang zu HIV-Tests und antiretroviraler Behandlung. Für Mädchen und Frauen kann ein positives Testergebnis durch den möglichen Verlust des sozialen Umfeldes und/oder aufgrund (eingeschränkter) Zugangs zu medizinischer Versorgung fatale Folgen haben. Es fehlt an umfassenden Leistungen der Reproduktionsmedizin, die für Frauen und Mädchen wesentlich für die HIV-Prävention sind. Zudem sind es meist Frauen und Mädchen, die sich um die Pflege von AIDS-Kranken und die Versorgung von Waisenkindern kümmern müssen.

Die Zahl der infizierten Frauen nahm in den letzten Jahren weltweit stark zu. Rund die Hälfte aller Betroffenen ist mittlerweile weiblich. Weltweit leben geschätzte 15,4 Millionen Frauen mit HIV/AIDS. In Sub-Sahara-Afrika sind fast 60 Prozent der Infizierten weiblich; zwei Drittel der Neuinfizierten Mädchen sind zwischen 15 und 19 Jahre. In den meisten betroffenen Ländern ist die Neuinfektionsrate bei Mädchen fünf bis sechs Mal höher als bei Jungen. Diese Zahlen veranschaulichen die Feminisierung der Pandemie.

Frauen und Mädchen sind aus organischen Gründen gefährdeter, sich mit HIV zu infizieren als Männer und Knaben. Zusätzlich führen geschlechtsspezifische Ungleichheiten zu einem erhöhten Ansteckungsrisiko. Fehlende Selbstbestimmung und (ökonomische) Abhängigkeit führen zu sexuellen Abhängigkeitsbeziehungen und begünstigen die rapide Verbreitung von HIV.

Sexuelle Gewalt gehört für viele Frauen zur traurigen Realität. In zahlreichen Ländern Afrikas südlich der Sahara haben Frauen nicht die Macht, selbst über ihr Sexualleben zu bestimmen bzw. die Verwendung von Kondomen einzufordern. Polygamie und außereheliche Beziehungen sind in vielen Gesellschaften akzeptiert. Auch bestimmte kulturelle Traditionen wie die „Widow Inheritance“, wo einer der Brüder die Witwe seines verstorbenen Bruders heiraten muss/kann, können das Infektionsrisiko für Frauen erheblich erhöhen.

Zusätzlich haben Frauen in Entwicklungsländern meist schlechteren Zugang zu Schulbildung als Männer. Es sind vor allem Mädchen, die aus der Schule genommen werden, um für AIDS-Kranke zu sorgen oder ihre kranke oder verstorbene Mutter zu ersetzen. Gerade das Bildungsniveau und die Fähigkeit zum Schutz vor HIV/AIDS stehen jedoch in engem Zusammenhang. Eine Untersuchung aus dem Jahr 2000 hat gezeigt, dass Frauen, die die Mittelschule oder eine höhere Ausbildung abgeschlossen haben, erheblich besser darüber Bescheid wissen, wie HIV verhindert werden kann bzw. wesentlich öfter die Verwendung von Kondomen einfordern als Frauen ohne Schulbildung.

HIV und Kinder bzw. AIDS-Waisen

Weltweit leben etwa 2,5 Millionen Kinder mit HIV/AIDS. Jährlich sterben 330.000 Kinder und werden 420.000 Kinder neu angesteckt. Südlich der Sahara ist die Zahl der infizierten Kinder weltweit am höchsten.

HIV-infizierte Kinder leiden häufig unter Ängsten und Depressionen. Stigmatisierung und Diskriminierung erschweren die Situation zusätzlich. Die seelische Verletzung beginnt lange vor dem

Tod der Eltern: „An important factor in their mental health ‘is the mental health of their parents’ (...). The health and mental health of ill or depressed caregivers, unable to provide basic nurturing and stimulation, can have a profound impact on children’s developing brains – their cognitive, emotional and social development” (Whitman, 2005).

AIDS-Waisenkinder leben oft ohne die Unterstützung von Erwachsenen unter der Obhut des ältesten Kindes der Familie. Diese Kinderfamilien leben in primitivsten selbstgebauten Behausungen und sind häufig sexuellen Übergriffen ausgesetzt. Durch unzureichendes Wissen über HIV/AIDS und aus Angst vor Ansteckung sind sie oft aus der Gesellschaft ausgeschlossen und bekommen keinerlei Unterstützung.

Internationale Abkommen und Akteure

Als Mitgliedsstaat der Vereinten Nationen hat sich Österreich 2006 auf der UNGASS+5 Konferenz zur Fortschrittsüberprüfung der Ziele der Sondersitzung der VN-Generalversammlung zu HIV/AIDS in New York zur Universal Access Initiative bekannt. Diese sieht verstärkte Anstrengungen zur Erreichung des MDG 6 vor. Ziel ist es, Menschen in Entwicklungsländern bis 2010 Zugang zu HIV-Prävention, Therapie und Pflege zu ermöglichen. Zu den Umsetzungsprinzipien der Initiative zählen der Ausbau bestehender Programme, die Übernahme der Verantwortung durch die jeweiligen Länder (Country Ownership), wirksame Zusammenarbeit, Koordination und Harmonisierung zwischen multilateralen, staatlichen, privaten und zivilgesellschaftlichen Akteuren sowie Basis-Gesundheitsversorgung inklusive HIV-Prävention, -Behandlung, -Betreuung und Unterstützung.

Am MDG-Gipfel 2010 in New York wurde festgestellt, dass sich die Verbreitung von HIV/AIDS stabilisiert hat und die von HIV/AIDS betroffenen Menschen heute deutlich bessere Überlebenschancen haben.

Verschiedene VN-Sonderorganisationen wie WHO, Weltbank und UNAIDS engagieren sich im Kampf gegen die HIV-Pandemie.

Die WHO war die erste internationale Organisation, die Initiativen im Bereich HIV setzte. Sie engagiert sich im Rahmen der „3 by 5“-Initiative für einen verbesserten Zugang zu antiretroviralen Therapien (ART) und kämpft gegen die Diskriminierung von HIV-Infizierten bzw. AIDS-Kranken. 2006 erklärte die WHO den universellen Zugang zu HIV-Prävention – Versorgung und Behandlung – zu einem ihrer Kernziele.

Die Weltbank entwickelte 2000 ein länderübergreifendes AIDS-Bekämpfungsprogramm für Afrika, dessen Ziel die Intensivierung von Prävention, Pflege und Therapie ist.

UNAIDS hat das Mandat, einen koordinierten und komplementären Ansatz zur HIV-Bekämpfung zu fördern. Zu den Aufgaben gehören die Entwicklung entsprechender Strategien, Bewusstseinsförderung für Ursachen und Folgen, die Erhebung und Veröffentlichung epidemiologischer Daten, die Evaluierung von Maßnahmen sowie die Mobilisierung notwendiger Ressourcen auf nationaler und globaler Ebene. UNAIDS fördert die Zusammenarbeit zwischen Gebern, Entwicklungsländern, Zivilgesellschaft und Privatwirtschaft. Die Umsetzung erfolgt über VN-Organisationen im Rahmen von „Thematic Trust Funds for HIV“.

UNDP ist einer der Träger von UNAIDS und legt mit seinem Programm besonderes Gewicht auf die Integration von HIV-Bekämpfung in die nationalen Armutsminderungs- und Entwicklungsstrategien von Entwicklungsländern.

Ein weiterer Träger von UNAIDS ist UNODC. Einer der Schwerpunkte von UNODC ist HIV-Prävention bei Drogenabhängigen und Gefangenen in Entwicklungsländern, da diese Gruppen eine besonders hohe HIV-Rate aufweisen.

2000 wurde auf dem G8-Gipfel der Global Fond zur Bekämpfung von AIDS, Tuberkulose und Malaria als Stiftung außerhalb des VN-Systems begründet, um zusätzliche Mittel im Kampf gegen AIDS, Tuberkulose und Malaria zu mobilisieren.

In den letzten Jahren hat auch die Europäische Union ihr Engagement im HIV-Bereich deutlich intensiviert. Heute zählt die EU zu den volumenstärksten Gebern weltweit. Grundlage der EU-HIV-Bekämpfungsstrategie ist das 2001 verabschiedete Aktionsprogramm „Beschleunigte Aktion zur Bekämpfung von HIV, Malaria und Tuberkulose im Rahmen der Armutslinderung“. Kernkomponenten sind die Verbesserung vorhandener Präventionsmaßnahmen und der verbesserte Zugang zu antiretroviraler Therapie. 2005 veröffentlichte die EU das „Europäische Aktionsprogramm zur Bekämpfung von HIV, Malaria und Tuberkulose durch Außenaktionen“. Dieses umfasst Maßnahmen wie die Verteilung von Kondomen, die Förderung universellen Medikamentenzugangs, den Aufbau von Humanressourcen, die Bekämpfung von Stigmatisierung und Diskriminierung und die Linderung der Folgen von Ansteckung bzw. Erkrankung von Waisen und alten Menschen.

Darüber hinaus gibt es eine Reihe anderer internationaler Organisationen, die sich der Bekämpfung von HIV/AIDS verschrieben haben, zum Beispiel UNIFEM, UNICEF, UNITAID.

Positionierung der OEZA

Umfassende, multisektorale und koordinierte Zusammenarbeit gefragt

HIV ist derzeit eine der größten globalen gesellschaftspolitischen Herausforderungen. Die Bekämpfung des HI-Virus bedarf aufgrund seiner weitreichenden Wechselwirkungen mit wirtschaftlichen, sozialen und kulturellen Entwicklungsprozessen eines möglichst umfassenden, multisektoriellen, koordinierten Ansatzes. Sämtliche Programme im HIV/AIDS Bereich müssen den soziokulturellen, epidemologischen und geographischen Gegebenheiten angepasst werden. Interventionsmaßnahmen sind aber auch von der Häufigkeit der Krankheit und der Zahl an Neuerkrankungen abhängig.

Neben dem Gesundheitssektor sind unter anderem der Bildungs- und Landwirtschaftssektor, die Privatwirtschaft und religiöse Institutionen wichtige Bereiche und Akteure. Bedingungen für erfolgreiche, multisektorale Zusammenarbeit sind effektive Koordination sowie das Engagement und die entsprechende Verpflichtung der nationalen Regierungen und Entscheidungsträger von Entwicklungsorganisationen. Wirksame Entwicklungszusammenarbeit muss auch in diesem Kontext gesehen werden.

Der Schwerpunkt der Österreichischen Entwicklungszusammenarbeit im Gesundheitssektor lag in den vergangenen Jahren in erster Linie auf Aktivitäten im Bereich HIV/AIDS (vgl. Fokuspapier „Gesundheit“). Eine wirksame Strategie gegen HIV ist aber nur dann möglich, wenn auch die Grundlagen für eine effiziente und gendergerechte Basisgesundheitsversorgung geschaffen werden. Basisgesundheitsversorgung stellt eine Grundvoraussetzung für sinnvolle Maßnahmen zur HIV-Prävention und -Bekämpfung dar.

Kompetenzen und Kapazitäten sowohl in Basisgesundheitsversorgung als auch in HIV-Prävention und -Bekämpfung können nur dann entwickelt und gestärkt werden, wenn den Betroffenen entsprechende Informationen zugänglich gemacht werden. Dadurch kann ein differenziertes Problembewusstsein entwickelt und notwendige Fähigkeiten im Umgang mit und zur Bewältigung der Problematik erworben werden. Kapazitätsentwicklung (Capacity Development) muss auf politischer, gesellschaftlicher, sozialer, institutioneller und individueller Ebene stattfinden. Dazu gehören auch Information und Sexualaufklärung im Schulunterricht, in der Berufsbildung von Jugendlichen, in der Aus- und Weiterbildung von MitarbeiterInnen von Nichtregierungsorganisationen (NRO) und staatlichen Dienstleistungsbetrieben sowie die Stärkung der individuellen und kollektiven Handlungskompetenz, die u.a. durch die Organisation und Unterstützung von Selbsthilfegruppen gewährleistet werden soll.

Aktive Netzwerkarbeit, um vorhandene Ressourcen zu nutzen und voneinander zu lernen sowie die Institutionalisierung der Teilhabe der jeweiligen Kommunen und Gruppen an der Projektentwicklung und -durchführung sind wichtige Voraussetzungen für den Erfolg von Kapazitätsentwicklung. Der Informationsaustausch ermöglicht es, die jeweiligen Bedürfnisse zu erkennen und gemeinsame Lösungsansätze zu finden. Die Partizipation der lokalen Bevölkerung ist Voraussetzung für die Akzeptanz von (Verhaltens-)Änderungen. Dadurch wird auch die Eigenverantwortung der jeweiligen Gemeinschaft gefördert.

Ansätze zur HIV-Bekämpfung

Obwohl Gesundheit kein Schwerpunktsektor der Österreichischen Entwicklungszusammenarbeit ist, fördert diese aufgrund historischer Entwicklungen und/oder aus humanitären Gründen auch Programme und Projekte im Gesundheitsbereich (z.B. in Nicaragua).

Auf internationaler Ebene unterstützt Österreich das Engagement der Europäischen Union für HIV-Bekämpfung durch jährliche Beitragsleistungen zum EU-Entwicklungsprogramm. Zudem arbeitet die OEZA mit VN-Organisationen im Rahmen von „Thematic Trust Funds“ zusammen. Insbesondere sind dies UNAIDS, UNDP und UNODC, wobei aus österreichischer Sicht der inhaltliche Schwerpunkt weiterhin auf Prävention und der Stärkung von Frauen und anderen benachteiligten Bevölkerungsgruppen liegen sollte. Die HIV-Thematik wird nicht als Spezialthema, sondern als integrativer Bestandteil von Entwicklungsstrategien, -plänen und Maßnahmen angesehen. Die Höhe der OEZA-Mittel für die spezifischen VN-Programme richten sich nach den budgetären Möglichkeiten.

Auf nationaler Ebene können über das Instrument der NRO-Kofinanzierung Projekte im Bereich HIV/AIDS-Prävention gefördert werden, sofern diese den Interventionsebenen und Prinzipien der Österreichischen Entwicklungszusammenarbeit entsprechen.

Prävention als Kernelement der HIV/AIDS-Bekämpfung

Solange HIV/AIDS nur behandelt, aber nicht geheilt werden kann, bleibt Prävention ein Kernelement im Kampf gegen die Pandemie. Im Gegensatz zu vielen anderen Infektionskrankheiten hängt die Übertragung von HIV direkt vom individuellen Verhalten ab. Maßnahmen zur Änderung von Verhaltensweisen, die die Ansteckung mit dem HI-Virus begünstigen, sind demnach eine unabdingbare Komponente effektiver Präventionsprogramme (z.B. Behaviour/Change/Communication – BCC). Die Ursachen für „gefährdendes“ individuelles Verhalten sind vielfältig. Im Rahmen der OEZA können Maßnahmen gefördert werden, die sowohl die BCC-Strategie, als auch den jeweiligen sozialen, kulturellen und wirtschaftlichen Kontext einbeziehen.

Präventionsmaßnahmen, die von Österreich unterstützt werden, sollen in die Schaffung bzw. Verbesserung von Basisgesundheitsversorgung eingebettet und mit der jeweiligen nationalen Gesundheitsstrategie abgestimmt sein. Besonderes Augenmerk soll auf die Vernetzung von HIV-Präventions-Initiativen mit Dienstleistungen der sexuellen und reproduktiven Gesundheit gelegt werden. Darüber hinaus sollen bereits bestehende lokale Ressourcen, Dienstleistungen und Einrichtungen genutzt bzw. gestärkt werden. Beispiele sind die Stärkung bzw. der Ausbau des Gesundheitswesens, der Aufbau und die Verbesserung von Angeboten für Pflege- und Betreuungsmöglichkeiten, die Schulung lokaler GesundheitsarbeiterInnen in HIV-Prävention und – falls erforderlich – die Rekrutierung zusätzlicher GesundheitsarbeiterInnen. Außerdem sollen (hinderliche) soziale, kulturelle und wirtschaftliche Faktoren berücksichtigt und durch adäquate Schritte förderliche Rahmenbedingungen im Sinne der Effektivität und Nachhaltigkeit der Präventionsinitiativen geschaffen werden. Aktive Anwaltschaft, soziale Mobilisierung, nationales staatliches „Commitment“ und die Verabschiedung bzw. Einhaltung der Gesetze und Menschenrechte (z.B. Recht auf Gesundheit, Recht auf sexuelle Selbstbestimmung, Gesetze und Maßnahmen gegen Stigmatisierung und Diskriminierung von HIV-infizierten Menschen) sollen eingefordert bzw. bestmöglich sichergestellt werden. Insbesondere zu berücksichtigen sind die Rechte von Frauen und Kindern. Maßnahmen sollen auf kommunaler Ebene („Community Based Approach“) stattfinden, um die aktive Einbeziehung lokaler ExpertInnen, HIV-infizierter Menschen, lokalen Gesundheitspersonals und weiterer lokal relevanter Akteure in Bedarfsanalyse, Design, Implementierung und Evaluation

zu garantieren. Dadurch soll die bestmögliche kulturspezifische Anpassung der Initiativen ermöglicht und nachhaltige individuelle und kollektive Verhaltensänderungen eingeleitet werden.

Welche Maßnahmen im Präventionsbereich werden gefördert?

Aufgrund der erhöhten Verletzbarkeit von Frauen und Kindern und der zunehmenden Feminisierung der Pandemie gehören Frauen und Kinder zu den Hauptzielgruppen der OEZA. Wichtig ist die Vernetzung der Aktivitäten mit lokalen Programmen und Einrichtungen auf dem Gebiet der reproduktiven und sexuellen Gesundheit. Präventive, von Österreich geförderte Maßnahmen unter besonderer Berücksichtigung der speziellen Bedürfnisse von Frauen und Kindern inkludieren:

- HIV-Tests und Beratung im Rahmen von Dienstleistungen der reproduktiven Gesundheit, um die Kenntnis von Frauen und werdenden Müttern über ihren eigenen HIV-Status zu erhöhen;
- Maßnahmen, die das Ansteckungsrisiko verringern, etwa die Beschneidung von Knaben und jungen Männern;
- Maßnahmen, die die Wahrscheinlichkeit einer Übertragung von der Mutter auf das Kind verringern, z.B. intravenöse Therapie während des Geburtsvorganges, Kaiserschnitt und Muttermilch-Ersatzprodukte;
- Maßnahmen, die den Zugang zu bzw. die Inanspruchnahme von essentiellen Dienstleistungen wie Bildung und Gesundheit einschließlich reproduktiver Gesundheit für Frauen und Kinder sicherstellen bzw. verbessern;
- Maßnahmen, die Wissen über HIV/AIDS und die Rechte von Frauen fördern und die politische Partizipation von Frauen verbessern sowie Aktivitäten zur Erleichterung des Zugangs zum Rechtssystem;
- Maßnahmen, die im Speziellen die Stigmatisierung HIV-infizierter Frauen verringern und dadurch Frauen den Zugang zu medizinischer Versorgung und Unterstützung ermöglichen;
- Maßnahmen zur Förderung sexueller Selbstbestimmung
- Maßnahmen, die die Unterstützung von Betroffenen fördern, die Lebensqualität der Menschen verbessern und einer kontinuierlichen Therapie dienen;
- Maßnahmen zur Förderung der wirtschaftlichen Unabhängigkeit von Frauen und Familien, die AIDS-Kranke betreuen, z.B. durch Schaffung von Einkommensmöglichkeiten;
- Maßnahmen, die in Zusammenarbeit mit nationalen Regierungen die Fähigkeiten von Familien stärken, Kinder zu beschützen und zu umsorgen, z.B. durch wirtschaftliche und/oder psychosoziale Unterstützung, die Verabschiedung entsprechender Gesetze oder die Zuteilung staatlicher Ressourcen an Familien und Gemeinden;
- Maßnahmen gegen Stigmatisierung und Diskriminierung; adäquate Aktivitäten im Bereich Mental Health sollen das Risiko psychosozialer Störungen vermindern. Dadurch sollen die Menschen in die Lage versetzt werden, mit dem Leid, den Ängsten und der Ausgrenzung, die häufig mit einer HIV-Infektion einhergehen, besser umzugehen;
- Maßnahmen, die Aufklärung und Sexualerziehung in den Schulen fördern, insbesondere die sexuelle Selbstbestimmung von Mädchen stärken, die Einbeziehung von Jugendlichen in Strategieentwicklungen unterstützen, die Ansteckungsgefahr verhindern, im Rahmen der BCC-Strategie die Eigenverantwortung des Individuums fördern, die Anzahl der SexualpartnerInnen senken, ungeschützte Sexualkontakte verringern sowie Beratung und Hilfe zur Prävention anbieten.

HIV und Emergency Response

Humanitäre Krisen können mit einem vollständigen oder teilweisen Zusammenbruch der sozialen und medizinischen Infrastruktur einhergehen. HIV-Präventionsmaßnahmen können dann oft gar nicht oder nur eingeschränkt durchgeführt werden. Für Verletzte steigt die Gefahr, durch kontaminierte Blutderivate mit dem HI-Virus infiziert zu werden. Nicht die Zahl der Verletzten per se erhöht das Übertragungsrisiko, sondern unzureichende Blut-Screening-Methoden infolge zerstörter medizinischer Infrastruktur.

Häufig führen humanitäre Krisen auch zu Bevölkerungsbewegungen in Gegenden oder Staaten, die besonders von HIV betroffen sind. Die erhöhte Verletzbarkeit der Not leidenden Bevölkerung



kann zu sexueller Gewalt und Ausbeutung führen; davon sind insbesondere Frauen und Kinder betroffen.

Auch in Wiederaufbauphasen besteht erhöhte Ansteckungsgefahr. Bewusstseinsfördernde Maßnahmen für die HIV/AIDS-Problematik wären somit auch bei Interventionen während humanitärer Krisen zu berücksichtigen.

Prinzipien der OEZA

Menschenrechte und Gesundheit

Von Österreich unterstützte Maßnahmen zur Bekämpfung von HIV folgen dem menschenrechtsbasierten Ansatz der Entwicklungszusammenarbeit. Die Achtung der Menschenrechte ist eine grundlegende Voraussetzung für die erfolgreiche Bekämpfung von HIV und für einen universellen Zugang zu HIV-Prävention und Therapie.

Menschenrechte und HIV stehen in engem Zusammenhang. Menschenrechtsverletzungen verstärken die Verletzbarkeit von HIV-Infizierten, insbesondere wenn diesen der Zugang zu Information, Behandlung und Pflege verwehrt wird. Frauen und Mädchen sind davon besonders betroffen, da sie u.a. Opfer sexueller Gewalt sein können, wodurch sich das HIV-Risiko erhöht und der Zugang zu Information und Hilfe erschwert wird. Kinder und Jugendliche erhalten oft keinen uneingeschränkten Zugang zu Informationen über HIV und entsprechende Gesundheitsleistungen. Darüber hinaus mangelt es häufig an sexueller Erziehung und an der Unterstützung ihrer sozialen Mündigkeit.

Die Menschenrechtskommission der VN hat verschiedene Resolutionen verabschiedet, die sich direkt oder indirekt mit HIV auseinandersetzen, u.a. eine Resolution, die Diskriminierung aufgrund des Gesundheitsstatus – einschließlich HIV – als unzulässig erklärt. Zudem definiert sie den Anspruch auf adäquate Therapie als Teil des Rechts auf Gesundheit. Im Jahr 2006 bestätigte die Menschenrechtskommission, dass „die vollständige Verwirklichung aller Menschenrechte und grundlegenden Freiheiten für alle Menschen ein wesentliches Element im weltweiten Kampf gegen die HIV-Pandemie darstellt“.

Auch die Problematik von Stigmatisierung und (systemischer) Diskriminierung aufgrund von HIV wird in den Menschenrechtsdeklarationen berücksichtigt. Derzeit werden Menschen mit HIV/AIDS noch immer in fast 40 afrikanischen Ländern kriminalisiert. Besonderes Augenmerk sollte hier auf die Rechte von Frauen, Kindern und besonders gefährdeten Gruppen wie MigrantInnen, Homosexuellen, Prostituierte und Gefangene gelegt werden. Das Recht von HIV-infizierten bzw. an AIDS erkrankten Menschen an der Entwicklung von HIV/AIDS-Politiken und Programmen teilzunehmen, stellt einen wesentlichen Aspekt des Menschenrechtsansatzes dar. Dafür bedarf es noch vieler nationaler Rechtsreformen. Nachhaltige Entwicklungszusammenarbeit kann nur dann gelingen, wenn den Rechten von Menschen mit HIV/Aids die notwendige Geltung verschafft wird.

Effizienz, Effektivität sowie Signifikanz/Relevanz

Es ist wichtig, messbare Kriterien für Interventionen im Bereich HIV-Bekämpfung zu definieren, auch wenn der Gesundheitsbereich einige spezifische Besonderheiten bei der Festlegung relevanter Nachhaltigkeitsaspekte aufweist. Bei der Umsetzung von Gesundheitsvorhaben sind drei (Prüf-)Kriterien von besonderer Bedeutung:

- Nachhaltige Effizienz: Darunter versteht man ein ausgewogenes Verhältnis zwischen Kosten und Nutzen. Es muss gewährleistet sein, dass der Mitteleinsatz angemessen ist. Dies kann an spezifischen Interventionskosten gemessen werden. Nachhaltige Effizienz ist dann gegeben, wenn nach Beendigung der Projektinitiativen die Kosten, die für weitere Maßnahmen notwendig sind, aus Eigenmitteln aufgebracht werden können. Zusätzlich sollen im Vorfeld

partizipativ Indikatoren zur Effizienzmessung entwickelt werden, aus denen die Wirksamkeit der Maßnahmen abgeleitet werden kann.

- Nachhaltige Effektivität: Um nachhaltige Effektivität zu gewährleisten, sind für das Projekt bzw. die Zielerreichung Indikatoren zu formulieren, die auf die Qualität und Wirksamkeit der Maßnahmen abzielen.
- Nachhaltige Signifikanz und Relevanz beurteilen, inwiefern Maßnahmen Auswirkungen (bzw. Einflüsse) auf die Verbesserung des Gesundheitszustandes der Zielgruppen (u.a. hinsichtlich MDG 4, 5 und 6) haben. Mit den Maßnahmen wird eine nachhaltige Veränderung von Strukturen verfolgt, wobei ein entsprechendes Risikomanagement zur Abfederung von Einflüssen auf die Nachhaltigkeit von Gesundheitsvorhaben zu inkludieren ist.

Eigenverantwortung und Ausbau der Leistungsfähigkeit aller Akteure

Auf nationaler Ebene sollen institutionelle und politische Rahmenbedingungen gefördert sowie Gesetzesreformen unterstützt werden, die Demokratie und Rechtsstaatlichkeit im Umgang mit HIV sicherstellen. Verantwortungsvolle Regierungsführung (Good Governance), Wille und Motivation der politischen Entscheidungsträger sind unumgänglich. Ein entsprechender Gesetzesrahmen, der den Menschenrechten den notwendigen Stellenwert gibt, ist eine wesentliche Voraussetzung dafür.

Präventionsinitiativen sind dann effektiv und nachhaltig, wenn Fähigkeiten sowohl auf individueller als auch kommunaler und nationaler Ebene aufgebaut werden. Dadurch wird sichergestellt, dass personelle Ressourcen effektiv eingesetzt werden. Die aktive Einbindung der Zielgruppen in die Projektentwicklung, Entscheidungsprozesse und Zieldefinitionen ist ein partizipativer Prozess, der die Eigenverantwortung der Betroffenen fördert (Ownership). Nur so kann Identifikation mit dem Projekt/Programm entstehen und können Initiativen von lokalen Akteuren (weiter-)getragen werden.

Koordination der Maßnahmen

Alle Initiativen sollen mit der jeweiligen nationalen Gesundheitspolitik bzw. mit nationalen Gesundheitsprogrammen, anderen Gebern und Durchführungsorganisationen sowie mit lokal tätigen NRO-Netzwerken abgestimmt sein.



Weiterführende Literatur / Informationsquellen

Actionaid (2008): Securing women's right to land and livelihoods, www.actionaid.org

BMZ (2007): Gesundheit fördern, HIV/AIDS bekämpfen, BMZ Materialien 177, Rostock

Global HIV prevention working group (2007): Bringing HIV prevention to scale – an urgent global priority, www.globalhivprevention.org

IFRC: World disaster report 2008 – a focus on HIV/Aids

Lancet (2008): Kong-Lai Zhang, Roger Detels, Susa Liao, China's HIV/AIDS epidemic: continuing challenges.

UNAIDS (2001): Bunmi Makinwa und Mary o'Grady (Hg.), Best practises in prevention collection

UNAIDS (2004): The framework for the protection, care and support of orphans and vulnerable children living in a world with HIV and Aids

UNAIDS (2007): 2007 Aids epidemic update, www.unaids.org

UNAIDS (2008): Aids outlook 2009, www.unaids.org

UNIFEM (2008): All women, all rights – a 2008 delegate's guide to women and Aids, 17. internationale Aids Konferenz, Mexico City

Whitman (2005): HIV and Aids – The impact on the mental health of children & caregivers: In what ways can the scientific mind and new mindsets improve the response to this neglected aspect of the pandemic? Panel presentation, www.learndev.org/dl/BtSM2005-Whitman.pdf.

WHO (2008): Priority Interventions – HIV/Aids prevention, treatment and care in the health sector, www.who.int/hiv/mexico2008/interventions/en/

World Vision (2004): ADP toolkit for HIV/Aids programming