

## HIV/AIDS im südlichen Afrika

### Gesellschaftliche Hintergründe und Folgen

Die 13. Internationale HIV/AIDS Konferenz mit dem Thema „Breaking the silence – das Schweigen brechen“, die im Juli 2000 in Durban/Südafrika abgehalten wurde, fand weltweit Echo in den Medien. Zum ersten Mal tagte diese alle zwei Jahre stattfindende internationale Konferenz auf dem Kontinent, wo 70 Prozent der HIV-Infizierten leben, aber nur zehn Prozent der Weltbevölkerung. Der Tagungsort befand sich in einem Land, das lange Zeit glaubte, von HIV verschont zu werden, aber innerhalb von zehn Jahren die höchste Anzahl an Infizierten erreichte. Das Thema wurde seither in vielen Konferenzen aufgegriffen, auch auf höchster internationaler Ebene. Für Ende Juni 2001 wurde sogar eine Sondersitzung der Generalversammlung der Vereinten Nationen einberufen. In jüngster Zeit erfuhr die Situation im südlichen Afrika allgemeines Interesse anlässlich der viel beachteten gerichtlichen Klage von 39 Vertretern der pharmazeutischen Industrie gegen die südafrikanische Regierung. Der Gerichtsfall löste weltweit Protestaktionen aus und wurde schließlich zurückgezogen. Nicht die mit dieser Gerichtsaktion zusammenhängenden Probleme des Zugangs zur medikamentösen Behandlung sind das Thema dieser Ausführungen, sondern die Frage nach den gesellschaftlichen Ursachen, Zusammenhängen und Folgen der Pandemie im südlichen Afrika.

### Daten und Fakten

Zunächst einige epidemiologische Daten, d. h. Zahlenangaben über die Verbreitung der Infektion mit dem Humanen-Immundefizienz-Virus (HIV) und dem sich daraus infolge zunehmender Immunschwäche entwickelnden Syndrom AIDS (Acquired immune deficiency syndrome), das letztendlich zum Tod führt. Bei den Daten handelt es sich um Schätzungen, die zum größten Teil auf Untersuchungen bei schwangeren Frauen beruhen („anonymous, unlinked sentinel-surveillance“). Sie wurden von UNAIDS veröffentlicht, der für die Bekämpfung von HIV/AIDS ins Leben gerufenen Organisation der Vereinten Nationen, in der die Weltgesundheitsorganisation (WHO) und vier weitere UNO-Organisationen sowie die Weltbank zusammenarbeiten<sup>1</sup>.

Ende 2000 lebten 25,3 der insgesamt 36,1 Millionen HIV-Infizierten in Afrika südlich der Sahara; 3,8 der 5,3 Millionen Neuinfizierten im Jahr 2000 stammten aus



Afrika südlich der Sahara; 2,4 der drei Millionen AIDS-Toten im Jahr 2000 verstarben in Afrika südlich der Sahara.

Im Jahr 1999 (für 2000 stehen detaillierte Zahlen noch nicht zur Verfügung) lebten fast zehn Millionen oder 39 Prozent aller HIV-Infizierter aus Afrika südlich der Sahara in den zehn Ländern des südlichen Afrika: in Angola, Botswana, Lesotho, Malawi, Mosambik, Namibia, Sambia, Simbabwe, Südafrika und Swasiland. Zu beachten ist, daß Berechnungen bzw. Schätzungen in den verschiedenen Ländern unterschiedliche Qualität aufweisen. Tabelle 1 zeigt die Gesamtzahlen der HIV-Infizierten wie den prozentualen Anteil der HIV-infizierten Erwachsenen (dazu werden Personen zwischen 15 und 49 Jahren gerechnet) für diese zehn Länder. Besonders erschreckend daran sind nicht nur die Höhe der Prävalenzen im zweistelligen Bereich, sondern vor allem auch die massive Zunahme der Infektionen der letzten Jahre insbesondere in Südafrika, Botswana und Namibia, die weiter anhält.

Tabelle 1: HIV/AIDS im südlichen Afrika (Juni 2000 Bericht von UNAIDS)

Land	Gesamtbevölkerung	HIV-Infizierte	Infektionsrate (%) Erwachsene (15–49 Jahre)	Infektionsrate (%) 15–24 Jahre		Zahl der Waisen kumulative
				weiblich	männlich	
Angola	12 497 000	160 000	2.8*	2.6–2.9	1.1–1.4	98 000
Botswana	1 592 000	290 000	35.8	32.6–36.1	13.7–18.0	66 000
Lesotho	2 108 000	240 000	23.6	23.9–28.9	8.0–16.0	35 000
Malawi	10 674 000	800 000	16.0	14.5–16.0	6.1–8.0	390 000
Mosambik	19 222 000	1 200 000	13.2	13.4–16.1	4.5–9.0	310 000
Namibia	1 689 000	160 000	19.5	18.8–20.8	7.9–10.4	67 000
Südafrika	39 796 000	4 200 000	20.0	22.5–27.5	7.6–15.1	420 000
Swasiland	981 000	130 000	25.3	25.9–31.2	8.7–17.4	12 000
Sambia	8 974 000	870 000	20.0	16.7–18.7	7.1–9.3	650 000
Simbabwe	11 509 000	1 500 000	25.0	23.3–25.8	9.8–12.9	900 000

\* vermutlich unzuverlässige Angabe

Laut dem inzwischen bekannt gewordenen Resultat der Untersuchungen zur HIV-Prävalenz in der Republik Südafrika wurde dort im vergangenen Jahr bei Schwangeren eine durchschnittliche Infektionsrate von 24,5 Prozent festgestellt. Diese ist mit 8,7 Prozent am niedrigsten in der westlichen Kapprovinz und mit 36,2 Prozent am höchsten in Kwazulu-Natal<sup>2</sup>. In Botswana ist die durchschnittliche Infektionsrate inzwischen auf 38,5 Prozent angestiegen<sup>3</sup>. Besonders zu beachten in Tabelle 1 ist die Rubrik über die Infektionsraten bei den 15- bis 24-jährigen; diese sind bei Mädchen und Frauen durchwegs mindestens doppelt so hoch wie bei Jun-



gen und Männern (ein Phänomen, das im Rahmen der biologischen und gesellschaftlichen Mitursachen kommentiert wird).

Die Anzahl der Waisen – zu diesen zählen Kinder, die entweder die Mutter oder beide Eltern verloren haben – ist prozentual am höchsten in den Ländern, in denen die Epidemie schon länger wütet, zum Beispiel in Simbabwe und Sambia (acht Prozent bzw. sieben Prozent der Gesamtbevölkerung), während Südafrika mit einer Gesamtbevölkerung von etwa 40 Millionen angeblich „nur“ 420 000 (ein Prozent) Waisen zählt. Kinder sind aber nicht erst als Waisen betroffen, sondern schon lange vorher, wenn sie das Leiden ihrer Eltern erleben und mittragen. Ein Teil der Waisen ist HIV-infiziert; diese Kinder sterben meist in den ersten Lebensjahren.

Die Epidemie in der Republik Südafrika ist eine der am schnellsten zunehmenden in der Welt. So stieg die HIV-Prävalenz bei schwangeren Frauen zwischen 1990 und 2000 von 0,7 auf 24,5 Prozent an. Inzwischen wird die Anzahl der HIV-Infizierten offiziell auf 4,7 Millionen geschätzt. Frauen sind am stärksten betroffen, insbesondere die in der Altersgruppe 25 bis 29 Jahre. Im Jahr 1999 wurde errechnet, daß sich durchschnittlich 1700 Personen pro Tag neu infizieren. Im Jahr 1999 wurde vorausgesagt, daß ab 2008 jährlich eine Million Menschen an AIDS sterben und daß es im Jahr 2010 zwei Millionen Waisen geben wird. Man rechnet damit, daß die Hälfte der jetzt 15jährigen Jugendlichen in Südafrika und anderen Ländern mit einer HIV-Prävalenz von etwa 25 Prozent an AIDS sterben werden, in Botswana sogar zwei Drittel.

Warum ist es im südlichen Afrika zu dieser massiven Epidemie gekommen?

Zunächst ist hinzuweisen auf die Bedeutung der verschiedenen Übertragungswege für die Verbreitung des HI-Virus sowie auf einige biologisch-medizinische Zusammenhänge. Mit 80 bis 85 Prozent ist die sexuelle, d. h. fast ausschließlich die heterosexuelle Übertragung für die Verbreitung des Virus in Afrika verantwortlich<sup>4</sup>. In etwa fünf bis zehn Prozent der Fälle wird das Virus von der Mutter auf das Kind während Schwangerschaft, Geburt und durch das Stillen übertragen, wobei das Risiko im Einzelfall 30 bis 40 Prozent beträgt. Weitere fünf bis zehn Prozent der Infektionen sind die Folge unzureichender Bluttransfusionsicherung und mangelnder Hygiene in den Gesundheitsdiensten. Eine Übertragung mittels verunreinigter Nadeln im Zusammenhang mit intravenösem Drogenmißbrauch wurde bisher für Afrika als nicht-existent angesehen; dies ändert sich, spielt aber derzeit noch keine nennenswerte Rolle für die HIV-Verbreitung.

Der vorherrschende Virus-Subtyp im südlichen Afrika ist Subtyp A des HIV 1. Trotz zahlloser Forschungsarbeiten weiß man noch immer wenig Definitives über mögliche Unterschiede in der Infektiosität der verschiedenen Virussubtypen und



ihrer sich kontinuierlich entwickelnden Mutationen. Ebenso wenig weiß man über mögliche Einflüsse genetischer Unterschiede verschiedener Rassen und Ethnien auf die Empfänglichkeit gegenüber dem Virus. Die Gefahr der HIV-Transmission vom Mann auf die Frau ist deutlich größer als umgekehrt; Mädchen und junge Frauen sind besonders gefährdet. Dies ist um so verhängnisvoller, als der Beginn sexueller Aktivität immer mehr nach vorn verlegt wird. Eine gefährliche Praxis ist die im südlichen Afrika weit verbreitete Methode, die Scheide durch Anwendung bestimmter Kräuter oder chemischer Mittel auszutrocknen, was dem Mann einen größeren Lustgewinn bringen soll. Die Folge ist eine erhöhte Vulnerabilität der Scheide und damit eine erhöhte Wahrscheinlichkeit der HIV-Transmission. Ähnlich gefährlich ist der Analverkehr, der gewählt wird, um die „Jungfräulichkeit“ zu bewahren. Die anderen sexuell übertragenen Infektionen wie Gonorrhoea, Syphilis, Chlamydia und andere, die ihrerseits die HIV-Übertragung fördern, werden häufig, infolge mangelnden Zugangs zu oder Ineffizienz der Gesundheitsdienste, nicht sachgemäß behandelt oder, besonders bei Frauen, überhaupt nicht erkannt. Diskriminierender Umgang des Personals der Gesundheitsdienste mit den betroffenen Patienten ist nicht selten der Grund, warum Gesundheitsdienste erst gar nicht aufgesucht werden.

Was den Zustand nach Zirkumzision – bei einigen Ethnien im südlichen Afrika traditionelle Voraussetzung für die Anerkennung als Mann – betrifft, so vermindert dieser, laut gängiger Meinung, die Gefahr der Virusübertragung beim Sexualakt. Der Akt der Zirkumzision, als Teil eines Ritus durch traditionelle „Beschneider“ ausgeführt, bedeutet eine mögliche Gefahr; heutzutage wird aber diese Prozedur häufig von professionellem Gesundheitspersonal hygienisch einwandfrei durchgeführt. Zirkumzision, also Genitalverstümmelung bei Frauen, spielt im südlichen Afrika kaum eine Rolle.

Kulturelle, soziale und ökonomische Bedingungen bestimmen das Sexualverhalten

Die bestimmende Rolle des Sexualverhaltens für die Virusübertragung ist unbestritten. Gleichzeitig müssen wir erkennen, daß gesellschaftliche Hintergründe, d. h. kulturelle, soziale, ökonomische und infrastrukturelle Determinanten einzeln und im Zusammenspiel mitverantwortlich sind für häufigen Partnerwechsel, das Vorhandensein multipler und überlappender sexueller Beziehungen und von Sexualverhalten, das in anderer Weise die Virusübertragung fördert.

Ganz entscheidend für das Sexualverhalten ist „gender“. Unter diesem Begriff, für den es im Deutschen kein Pendant gibt, verstehen wir das in einer Kultur übliche und allgemein anerkannte männliche bzw. weibliche Verhalten und die Rollenverteilung zwischen Männern und Frauen. Die Einehe ist nicht traditionell in Afrika. Polygamie ist zwar in einigen Staaten offiziell möglich, aber finanziell kaum



realisierbar. Beziehungen des Mannes zu einer (oder mehreren Freundinnen) neben der offiziellen Eihe wird weitgehend als „normal“ angesehen. Entscheidend ist, daß der afrikanische Mann hinsichtlich geschlechtlicher Beziehungen allein das Sagen hat. Die Frau, die vor der Ehe möglichst nichts über sexuelle Dinge wissen soll, hat keine Möglichkeit ihr Verhalten selbst zu bestimmen. Von ihr wird erwartet, daß sie dem Mann „zu Willen ist“. Über sexuelles Verhalten wird zwischen Mann und Frau nicht gesprochen, auch nicht zwischen Eltern und Kindern. Die Möglichkeit, in einer Ehe zum Beispiel Schutzmaßnahmen zu diskutieren, kommt kaum in Frage. Dazu ein Beispiel, das bei einem AIDS-Workshop in Südafrika berichtet wurde: Eine Frau erzählte, daß sie nur beten könne, daß ihr Mann das Virus nicht nach Hause bringe. Schließlich faßte sie Mut und sprach ihren Mann wegen seines risikoreichen Verhaltens an. Erzürnt über ihre „losen Reden“, schlug er sie und verstieß sie aus dem Haus. Es blieb ihr – auch der Kinder wegen – nichts anderes übrig als zurückzukehren, um Verzeihung zu bitten und zu versprechen, daß sie nie mehr darüber reden würde. Verständlicherweise will sie nichts mehr über Verhütungsmaßnahmen hören<sup>5</sup>. Solches Verhalten ist nicht auf Afrika beschränkt – man nimmt an, daß weltweit mindestens 50 Prozent der HIV-infizierten Frauen durch den Partner infiziert werden, dem sie selbst treu sind. Die Gender-Abhängigkeit wird noch potenziert durch die vorherrschende ökonomische Abhängigkeit, von der noch zu sprechen ist.

Die Akzeptanz der angeblichen männlichen Überlegenheit hat sogar dazu geführt, daß viele Mädchen und junge Frauen die Anwendung von Gewalt als „normalen“ Bestandteil geschlechtlicher Beziehungen ansehen. Aus Südafrika wird berichtet, daß junge Mädchen überzeugt sind, daß Vergewaltigung ganz einfach „dazu gehört“. Ältere Männer bevorzugen junge Mädchen, weil sie annehmen, daß sie noch nicht infiziert sind. Darüber hinaus besagt ein verhängnisvolles Gerücht, daß man sich sogar durch den Sexualakt mit einer Jungfrau von einer bestehenden HIV-Infektion befreien kann! Besonders aus Kwazulu-Natal, der am schlimmsten betroffenen Provinz Südafrikas, wird über Gerichtsprozesse berichtet, bei denen Männer der Vergewaltigung von Mädchen unter acht Jahren angeklagt sind.

Gefährliche traditionelle Praktiken sind die sogenannten Witwenheiraten bzw. die „Reinigung“ der Witwe durch Geschlechtsverkehr mit einem Bruder oder anderen männlichen Verwandten des verstorbenen Mannes, zum Beispiel bekannt bei Ethnien in Sambia und Malawi. Ähnliche Gefahren gelten für Initiationsriten bei jungen Mädchen des Stammes der Yao in Malawi, bei denen die Einführung in den Geschlechtsakt durch ältere Männer Teil des Ritus ist. Ebenfalls aus Malawi wird berichtet, daß Frauen den Beistand des traditionellen Heilers suchen, um die Begierde des Ehemannes nach neuen Beziehungen zu beschränken; diese „Hilfe“ besteht möglicherweise in einem Sexualakt mit dem Heiler selbst<sup>6</sup>.

Dies alles sind Beispiele für das Fehlen von Selbstbestimmung, besonders bei den Frauen. Als einzelne sind sie machtlos gegenüber traditionellen Gebräuchen und



Ritualen. Abhilfe ist nur möglich, wenn Dorf- oder Stammesgemeinschaften die Gefahr erkennen und bereit sind, dagegen anzukämpfen. Aus Sambia wird berichtet, daß dies mittels partizipatorischer Beratung von Gemeinden und Gemeinschaften zum Erfolg führte.

Ebenfalls traditionell und sicher von großer Bedeutung ist der weit verbreitete Glaube – quer durch alle Gesellschaftsschichten – daß Krankheiten allgemein und insbesondere eine so schreckliche wie AIDS auf Magie, in welcher Form auch immer, zurückzuführen sind und, wenn überhaupt, nur durch rituelle und magische Praktiken abgewehrt werden können.

Großangelegte Kondom-Programme und Kondom-Marketing werden besonders von Außenstehenden als die Lösung des Problems in Afrika angesehen. Vorhandene logistische Schwierigkeiten wie Verfügbarkeit, Lagerung, Kosten könnte man überwinden. Die häufig fragwürdige Qualität müßte verbessert werden. Entscheidend ist aber die „natürliche“ Abwehr des afrikanischen Mannes gegen den Gebrauch von Kondomen. So wird gesagt, daß man ein Bonbon nicht mit dem Papier ißt. Entscheidender sind die tieferen Gründe hinter dieser Ablehnung. So wird die Erzeugung von Sperma als wesentlicher Teil des Schöpfungsplans angesehen – die Quelle des Lebens darf man nicht vergeuden. Es ist die religiöse Pflicht und das Lebensziel eines afrikanischen Mannes, Nachkommen zu zeugen und selbst Ahnherr zu werden, der sich um die Nachkommen kümmert<sup>7</sup>. In ähnlicher Weise ist es der Wunsch jeder Frau, Kinder zu haben; ihr Frausein, ihre Stellung in der Familie hängen davon ab. Selbst wenn sie um ihre Infektion weiß, was meist nicht der Fall ist, so beeinflußt das häufig nicht ihren Kinderwunsch. Inwieweit die Ablehnung des Kondoms durch christliche Kirchen, insbesondere durch die katholische Kirche, in diesem Zusammenhang eine Rolle spielt, ist schwer abzuschätzen.

### AIDS ist eine „Krankheit der Armut“

Die individuelle soziale und wirtschaftliche Situation ebenso wie die Ökonomie auf der Makroebene beeinflussen die HIV-Verbreitung. AIDS wird zusammen mit Tuberkulose, Malaria und anderen Infektionskrankheiten zu den „Krankheiten der Armut“ gerechnet. Mangelnde Überlebenschancen dort, wo Menschen ihre Heimat haben, führen zu gesteigerter Mobilität und Migration, für die es im südlichen Afrika zahllose Beispiele gibt. Da Familien von Subsistenzlandwirtschaft nicht leben können, suchen besonders junge Männer aus den ländlichen Regionen Südafrikas, aus Lesotho, Malawi, Mosambik, Swasiland, Simbabwe Arbeit in den Minen und Fabriken am Witwatersrand und in der Oranje Provinz. Andere gehen in die Ballungsräume und Industriegebiete um Kapstadt, Port Elizabeth und East London. Im neuen Südafrika hat sich der Drang in die Großstadt sogar verstärkt.



Ähnliches gilt für Simbabwe, Sambia, Namibia, Malawi. Berüchtigt war und ist das System der sogenannten „Männer-Hostels“ mit ihren armseligen Bedingungen und dem einmal im Jahr stattfindenden Heimaturlaub. Wenn auch heutzutage regelmäßige Nachhausefahrten während des Jahres üblich sind – die Familientrennung bleibt, denn man will Felder und Haus in der Heimat nicht aufgeben. Auch die Frauen in den ländlichen Gebieten streben nach Arbeit fern der Heimat – als sogenannte „domestics“ (Hausmädchen) ziehen sie in die Städte, nicht selten, weil sie von ihren Männern im Stich gelassen werden oder als junge unverheiratete Frauen, ihre Kinder in der Obhut der Großmutter zurücklassend.

Die zunehmende Urbanisation mit ihrer Arbeits- und Heimatlosigkeit (in Südafrika spricht man von etwa 40 Prozent Arbeitslosen), völlig unzureichenden Wohnverhältnissen, Verlust der familiären und dörflichen Bindungen, der traditionellen Normen und Verhaltensmuster, ein weitgehend fehlendes Freizeitangebot, Alkoholmißbrauch in den überall vorhandenen Bierhallen – all dies und mehr bildet überall im südlichen Afrika eine Brutstätte für die HIV-Übertragung. Zu der gender-bedingten Überlegenheit des Mannes kommt die soziale Abhängigkeit der Frauen vom Ehemann und Partner. Lehrer mißbrauchen Schulumädchen, die sich einen Platz in der Schule oder ein besseres Zeugnis versprechen, Arbeitgeber nützen die Not junger Frauen, die eine Stelle suchen, Männer mit Einkommen – selbst wenn es klein ist – „kaufen“ sich ein billiges Vergnügen mit wenig Geld. Alleinstehende Frauen und Witwen sind aus finanziellen Gründen oder der Sicherheit wegen – das Leben in den „Townships“ ist sehr gefährlich – auf männlichen Beistand für sich und ihre Kinder angewiesen. Umgekehrt suchen Männer, deren Familien in der angestammten Heimat fern vom Arbeitsplatz leben, eine gewisse „häusliche Betreuung“, die inklusive ist.

Mangelnder Zugang zu und geringe Qualität von Schule und Ausbildung sind Ursachen fehlender Lebensperspektive. In Südafrika ist eine ganze Generation, die sogenannte „lost generation“, in den 80er Jahren infolge politischer Unterdrückung und dadurch ausgelöster Revolten ohne ausreichende Schulbildung aufgewachsen. In allen Ländern des südlichen Afrika entspricht das schulische Angebot weder quantitativ noch qualitativ den Anforderungen. Es geht nicht nur um die Möglichkeit einer späteren Erwerbstätigkeit; ein Mindestmaß an schulischer Bildung ist auch nötig, um Gesundheitsbotschaften zu verstehen und umzusetzen. Darüber hinaus haben viele junge Menschen trotz abgeschlossenen Studiums oder anderer Ausbildung keine Chance auf dem begrenzten Arbeitsmarkt. Probleme des Gesundheitssystems – mangelnde Bluttransfusionssicherung, unzureichende Krankenhaushygiene, Fehlen eines sachgemäßen Managements von anderen sexuell übertragenen Infektionen, ungenügende Gesundheitserziehung – tragen zur HIV-Verbreitung bei. Mangel an Ressourcen im Gesundheitsdienst fördert das rasche Fortschreiten der Infektion zum Syndrom AIDS. Auf der Makroebene haben die Verschuldung der Regierungen, Zinszahlungen und die von Weltbank und Inter-



nationalem Währungsfond geforderten Strukturanpassungsmaßnahmen der 90er Jahre den Mangel an öffentlichen Mitteln verstärkt und damit die Kürzungen auf dem sozialen Sektor aller Länder des südlichen Afrika.

Ein Beispiel über das Zusammenwirken verschiedener Faktoren und die Tatsache, daß nicht „arm“ an sich, sondern in Kombination mit „reich“ die Gefahr der HIV-Übertragung potenzieren, wurde kürzlich aus Botswana berichtet: Dieses Land mit der höchsten HIV-Prävalenz in der Welt (38,5 Prozent) ist kein armes Land. Es hat sich ökonomisch gut entwickelt, ist politisch stabil und frei. Auffällig ist ein Zusammenbruch der traditionellen Normen und ein sehr freies Sexualverhalten der Jugendlichen. Zur hohen Zahl von „Wanderarbeitern“ zählen Kraftwagenfahrer, Bau- und Straßenarbeiter, Händler, Soldaten, Distriktbeamte und Prostituierte. Für die Männer gilt, daß sie Geld haben, um sowohl am Arbeitsort sexuelle Dienste „einzukaufen“ wie auch am Heimatort, an den sie wöchentlich oder monatlich zurückkehren, Frauen durch Geld und Geschenke anzuziehen. Die Mehrzahl der Männer ist nicht verheiratet; die Verheirateten haben „parallele Familien“ am Arbeitsplatz. Trotz verbreiteten Wissens über HIV benützen nur etwa 50 Prozent der Männer Kondome bei den sehr häufigen sexuellen Kontakten mit verschiedenen Partnern<sup>8</sup>.

Nicht vergessen werden darf die Bedeutung der Gewalt in der Folge nationaler Konflikte. Vergewaltigung der Frauen des Gegners wird häufig als Waffe zu dessen Bezwingung angesehen. Schon in den frühen 90er Jahren hat sich HIV in Kwazulu-Natal, wo heftige politische Unruhen zwischen den Anhängern des African National Congress und der Zulupartei Inkatha tobten, massiv ausgebreitet. In Uganda, das als erstes Land in Afrika Mitte der 80er Jahre AIDS-Geschichte schrieb, war die Idi-Amin-Ära mit ihren schrecklichen Gewalttaten dem Ausbruch der Epidemie vorausgegangen. Bürgerkriege in Mosambik und Angola, der Einsatz von Soldaten aus Namibia und Simbabwe in der Demokratischen Republik Kongo, Flüchtlingsströme in benachbarte Länder wie zum Beispiel aus Mosambik nach Malawi und zurück sind weitere Beispiele. Überall sind Soldaten stärker durch HIV betroffen als die Zivilbevölkerung. In einer Kompanie in der östlichen Kapprovinz Südafrikas wurde (nach einer persönlichen Mitteilung) eine HIV-Prävalenz von 80 Prozent festgestellt.

Letztendlich haben die Leugnung von HIV und AIDS durch die Gesellschaft, fehlende Beachtung des Problems durch die Politiker, unzureichende Bereitstellung von Finanzmitteln für die Prävention ihren Teil zur ungezügelten Ausbreitung der Epidemie beigetragen.

Folgen von HIV/AIDS für die Infizierten, ihre Familien und die Gesellschaft

AIDS ist zu einer ausgewachsenen Entwicklungskrise geworden für die betroffenen Länder, ihre Landwirtschaft und Industrie, das Erziehungs- und das Gesund-



heitssystem und die Ökonomie allgemein. Eine Zunahme der Armut ist der gemeinsame Nenner für die Folgen von HIV und AIDS.

Seit der Einführung der kombinierten antiretroviralen Therapie (ART) Mitte der 90er Jahre unterscheidet sich das Schicksal der HIV-Infizierten in Industrie- und Entwicklungsländern. Die Therapie bedeutet zwar keine Heilung, aber das Versagen des Immunsystems und das Auftreten sogenannter opportunistischer Erkrankungen und die Entwicklung des Stadiums AIDS wird auf Jahre hinausgezögert. Im südlichen Afrika, ebenso wie in anderen Entwicklungsländern, ist ART bis jetzt nur wenigen Infizierten zugänglich. Selbst die Möglichkeit einer zufriedenstellenden Behandlung der durch HIV ausgelösten sogenannten opportunistischen Infektionen – unter ihnen spielt Tuberkulose die Hauptrolle – ist in vielen Fällen nicht gegeben. Rasches Fortschreiten der Infektion, schweres physisches Leiden, eine enorme psychische Belastung und ein schweres Sterben sind die unabänderlichen Folgen.

Trotz der hohen Infektionsraten und der zahlreichen Toten leiden Betroffene weiterhin unter Stigmatisierung und Diskriminierung. Aus Furcht, daß man selbst bereits infiziert ist, wird AIDS als Todesursache nicht genannt, bestenfalls spricht man von „der Krankheit“. Nicht selten führt das Bekanntwerden der Infektion zur Gewalt gegen die Infizierten. Die Nachricht über den tragischen Fall einer jungen Frau in Kwazulu-Natal, die ihre Offenheit mit einem grausamen Tod bezahlte, ging um die Welt. Alltäglich ist, daß infizierte Frauen – die Infektion wird meist über die Erkrankung des Säuglings entdeckt – von ihrem Mann oder von den Schwiegereltern angeklagt und verjagt werden, weil sie angeblich die Infektion und damit Schande in die Familie gebracht haben. Wer kann schon nachweisen, daß die Ansteckung in umgekehrter Richtung erfolgte? Die Furcht vor Repressalien ist immer wieder der Grund, warum Frauen gar nicht wissen wollen, ob sie infiziert sind. So hemmen oder verhindern Leugnung und Stigmatisierung einen offenen Umgang mit dem Problem und eine effektive Präventionsarbeit.

In Südafrika ist eine Diskriminierung der Infizierten am Arbeitsplatz gesetzlich verboten; dies ist schwer kontrollierbar und findet trotzdem statt. Davon abgesehen führt das zunehmende Nachlassen der Arbeitskraft bei fortschreitender Erkrankung zum Verlust des Arbeitsplatzes bzw. beeinträchtigt die Arbeitsfähigkeit im landwirtschaftlichen Bereich. Der „Southern Africa AIDS Information Dissemination Service“, eine Nichtregierungsorganisation in Simbabwe, hat bereits vor einer möglichen Ernährungskrise in den nächsten 20 Jahren gewarnt wegen des Rückgangs der produktiven Bevölkerung und des landwirtschaftlich genutzten Bodens.

Wiederholte Versuche bei einem anderen Arzt, einem anderen Krankenhaus oder einem weiteren traditionellen Heiler Hilfe zu finden, führen zum Verbrauch letzter Ressourcen. So versucht man auch die Beschaffung antiretroviraler Medikamente, ohne daß eine sachgerechte und nachhaltige Behandlung möglich wäre.



Gleichzeitig schwinden die Mittel für den Lebensunterhalt der Familie. Auch die meist monatelange Pflege belastet die Familie und schränkt die Arbeitsfähigkeit des gesunden Partners ein. Bei häufiger Erkrankung beider Elternteile müssen Kinder die Pflege übernehmen und können deshalb oder aus finanziellen Gründen nicht länger die Schule besuchen. Schlechte hygienische Zustände im beschränkten häuslichen Milieu können zur Übertragung der Infektion bei der Pflege Schwerkranker führen.

Kinder erleben Leiden und Tod der Eltern und bleiben häufig mittellos zurück. Nicht selten holen Verwandte das letzte Hab und Gut weg. Die üblicherweise geregelte Versorgung der Waisen durch die traditionelle afrikanische Gesellschaft funktioniert nicht mehr, wenn mehrere Elternpaare innerhalb der Großfamilie gestorben sind. Großeltern, ursprünglich auf den Unterhalt durch Söhne und Töchter angewiesen, müssen nun ihrerseits für ihre zurückgelassenen Enkelkinder sorgen. In anderen Fällen sind letztere in sogenannten „Kinderfamilien“, in denen zum Beispiel eine 13jährige für vier jüngere Geschwister die Verantwortung übernehmen muß, auf sich selbst gestellt. Waisen werden auch als mehr oder minder geduldete zusätzliche Esser von Nachbarfamilien aufgenommen. Diese Nachbarschaftshilfe ist bewundernswert, darf aber nicht darüber hinwegtäuschen, daß Kinder unter solchen Umständen häufig nicht genug zu essen bekommen, von der Pflegemutter als Arbeitskräfte ausgenutzt und gegenüber deren eigenen Kindern benachteiligt werden. Nicht selten sind sie zusätzlich einer Stigmatisierung als „AIDS-Waisen“ oder einem sexuellen Mißbrauch ausgesetzt. In Simbabwe hat dieser in jüngster Zeit zugenommen, so daß eine Spezialsprechstunde am Krankenhaus der Hauptstadt Harare eingerichtet werden mußte<sup>9</sup>.

Im Gegensatz zu den meisten afrikanischen Ländern besteht in der Republik Südafrika ein staatliches soziales Netz mit Alters- und Arbeitsunfähigkeitsrenten sowie finanzieller Unterstützung für Kleinkinder und Waisen. Häufig ist aber der Zugang zu diesen Hilfen schwierig und langwierig – bis eine Arbeitsunfähigkeitsrente gewährt wird, ist der Kranke meist schon verstorben.

Die sozialen Einrichtungen und die Wirtschaft sind erheblich beeinträchtigt

Neben dem individuellen Ausfall des Schulbesuchs wegen Pflege oder aus Geldmangel beraubt die geringer werdende Zahl an Lehrern und Lehrerinnen mehr und mehr Kinder der Möglichkeit eines geregelten Schulbesuchs und damit der Chance auf eine spätere Ausbildung. Laut UNAID starben zum Beispiel in Sambia 1999 1300 Lehrer und Lehrerinnen, meistens an AIDS, während nur 700 junge Lehrer und Lehrerinnen im gleichen Zeitraum ausgebildet wurden. In Südafrika befürchtet man, daß ein Drittel der Lehrerstellen in einigen Jahren wegen Nachwuchsmangel unbesetzt bleibt. Bereits vor dem Tod vermindern die physische und psychische Belastung einer HIV-Infektion, häufige Abwesenheit wegen eigener



Krankheit, wegen Pflege von Familienangehörigen oder wegen Teilnahme an den sich häufenden Begräbnissen die Unterrichtsqualität. Es entsteht für die Kinder ein Teufelskreis: fehlende Ausbildung – mangelnde Erwerbsmöglichkeit – verminderte Lebensperspektiven – gesteigerte Gefährdung durch HIV.

Ähnliches gilt für das Gesundheitswesen: Häufiger Ausfall von Krankenschwestern und Pflegern, Ärzten und anderem Personal durch Krankheit und Tod beschränkt die Qualität der Dienste. Dazu kommen steigende finanzielle, materielle und personelle Anforderungen durch die wachsende Zahl von HIV-Infizierten mit opportunistischen Erkrankungen, insbesondere Tuberkulose (unter den Tuberkulosekranken sind 70 Prozent und mehr HIV-infiziert), sowie für die Bluttransfusionssicherung und die Krankenhaushygiene. Der Jahresbericht 2000 der Weltgesundheitsorganisation nennt HIV/AIDS mit 20,6 Prozent als Haupttodesursache in Afrika südlich der Sahara; mit einer weiteren Zunahme ist zu rechnen. 1997 wurde errechnet, daß in sieben von 16 afrikanischen Ländern zwei Prozent des Bruttosozialproduktes allein für AIDS im Bereich öffentliche Gesundheit ausgegeben wurde, bei insgesamt nur drei bis fünf Prozent für den Gesundheitssektor. Es ist deshalb nicht verwunderlich, daß insbesondere Regierungskrankenhäuser die Behandlung von AIDS-Kranken ablehnen, zumal die große Zahl von HIV-Kranken die Behandlungsmöglichkeiten für Menschen, die wegen anderer Erkrankungen oder in Notfällen Hilfe suchen, beeinträchtigt.

Wenn 20 bis 25 Prozent der Altersgruppe zwischen 15 und 49 Jahren von einer chronischen, zum Tod führenden Erkrankung betroffen sind, so wirkt sich das auch auf die Industrie aus. Betriebe leiden unter gehäufter Abwesenheit von Mitarbeitern und dem Verlust von Facharbeitern und Managern, höheren direkten und indirekten Kosten zum Ausgleich geleisteter Überstunden, für vermehrte medizinische Dienste, häufige Begräbnisse und Zahlungen an die Hinterbliebenen. Laufend müssen neue Fachkräfte angeworben und ausgebildet werden. So wurde aus Simbabwe berichtet, daß einige Firmen jeweils zwei Anwärter gleichzeitig für jeden höher qualifizierten Posten ausbilden.

Es ist schwierig, die wirtschaftliche Auswirkung der Epidemie auf der Makroebene richtig einzuschätzen, zumal zusätzliche Faktoren eine Rolle spielen. Laut UNAIDS ist damit zu rechnen, daß Länder mit einer HIV-Prävalenz von 20 Prozent und darüber eine Abnahme des Bruttosozialproduktes von bis zu zwei Prozent jährlich erfahren. Studien haben ein besonders düsteres Bild für Südafrika ergeben. Dort entspricht das Pro-Kopf-Einkommen dem sechsfachen des Subsahara-Durchschnitts und die nationale Ökonomie trägt 40 Prozent zum Gesamteinkommen in der Region bei. Wenn Vorhersagen stimmen, würde das Bruttosozialprodukt im Jahr 2010 um 17 Prozent niedriger sein als ohne AIDS<sup>10</sup>. Nicht zuletzt rechnet man in Südafrika wegen der Zunahme an Jugendlichen, die ohne ausreichende elterliche Betreuung aufwachsen und infolge mangelnder Bildung und Ausbildung kaum Lebensperspektive haben, mit einem Anwachsen der



Kriminalität. Die wachsende Verelendung großer Teile der Bevölkerung könnte zur Destabilisierung eines Landes oder Teilen eines Landes führen.

Säuglings- und Kindersterblichkeit steigen an, die durchschnittliche Lebenserwartung sinkt

HIV macht die seit den frühen 80er Jahren erzielten Rückgänge der Kinder- und Säuglingssterblichkeit zunichte, wie Tabelle 2 hinsichtlich einiger ausgewählter afrikanischer Länder zeigt. Säuglinge und Kinder sterben nicht nur infolge eigener HIV-Infektion, sondern auch wegen mangelnder Fürsorge infolge Erkrankung oder Tod der Mutter. Länder wie Botswana und Simbabwe, die ursprünglich dank relativ guter wirtschaftlicher Entwicklung und funktionierender Gesundheitsdienste eine niedrige Kindersterblichkeit erwarten ließen, sind von den AIDS-Auswirkungen stärker betroffen als ärmere Länder wie Malawi oder Sambia.

Tabelle 2: Geschätzter Einfluß von AIDS auf die Kindersterblichkeit in einigen afrikanischen Ländern, 2001

Land	Sterbefälle per 1000 Lebendgeborene		
	ohne AIDS	mit AIDS	Zunahme
Malawi	ca. 137	ca. 238	74%
Sambia	98	202	106%
Botswana	39	148	279%
Simbabwe	36	154	328%

Quelle: U.S. Census Bureau, 2000

Wie Tabelle 3 zeigt, wird ein ähnlicher Verlust für die durchschnittliche Lebenserwartung von im Jahr 2000 in Hochprävalenzländern geborenen Kindern erwartet. Sie wird sich in Simbabwe und Botswana infolge AIDS um etwa 30 Jahre oder fast die Hälfte verkürzen.

Tabelle 3: Geschätzter Verlust der Lebenserwartung für im Jahr 2000 geborene Kinder in einigen afrikanischen Ländern als Folge von HIV/AIDS

Land	Geschätzte Lebenserwartung		
	ohne AIDS	mit AIDS	Rückgang
Südafrika	ca. 65 Jahre	50 Jahre	23%
Sambia	58	36	38%
Simbabwe	68	37	46%
Botswana	71	39 1/2	44%

Quelle: U.S. Census Bureau, 2000



Zweck der zahlreichen AIDS-Konferenzen in diesem Jahr ist es, die Weltöffentlichkeit, große internationale Organisationen, die Regierungen der betroffenen Länder im Süden sowie die „reichen“ Staaten im Norden, wachzurütteln und zu animieren, endlich Kräfte und Ressourcen in großem Stil aufzubieten. Inwieweit die vielen Reden, Bekenntnisse, neuen Initiativen, finanziellen Versprechungen letztendlich überzeugende Ergebnisse hinsichtlich der Eindämmung der Seuche und der sachgemäßen Behandlung und kontinuierlichen Betreuung aller Betroffenen liefern, bleibt abzuwarten. Auf alle Fälle besteht weiterhin großer Bedarf für die Fortsetzung der geduldigen und effizienten Arbeit und Sorge der zahllosen Nichtregierungsorganisationen verschiedener Größe und Bedeutung, die seit vielen Jahren in vielfacher Weise aktiv sind zur Verhütung der Virusausbreitung und in der Sorge für die Betroffenen. Unter ihnen spielen kirchliche Organisationen eine weitreichende und ganz wesentliche Rolle.

#### ANMERKUNGEN

<sup>1</sup> UNAIDS Report on the global HIV/AIDS epidemic (June 2000) und AIDS epidemic update (November 2000).

<sup>2</sup> Department of Health 2000 Antenatal Survey and Health News Service.

<sup>3</sup> Botswana Government, Botswana 2000 HIV Sero Prevalence Sentinel Survey Amongst Pregnant Women and Men with STDs. A Technical Report, The National AIDS Co-ordinating Agency in collaboration with the AIDS/STD Unit, District Health Teams, WHO and CDC.

<sup>4</sup> Der in Gefängnissen verbreitete Sexualverkehr zwischen Männern wird nicht als homosexuell angesehen; der eine Partner wird als „Ersatzfrau“ betrachtet.

<sup>5</sup> L. Memela and R. Cochrane, AIDS & Religion: Cul de Sac?, January 1999.

<sup>6</sup> AIDS Analysis Africa 4/1998.

<sup>7</sup> Vgl. A. 5.

<sup>8</sup> K. R. Hope, Mobile workers and HIV/AIDS in Botswana, AIDS Analysis Africa 10 (4) Dec 1999/Jan 2000.

<sup>9</sup> SafAIDS News, Vol. 7 (März 1999), Nr. 1, 9.

<sup>10</sup> „AIDS epidemic update“, UNAIDS, December 2000, 17.