

Dokumentation

Studentag AIDS begegnen Public Health, sozioethische und entwicklungspolitische Dimensionen der weltweiten HIV Pandemie

&

Fortbildungsseminar Mainstreaming AIDS

27. Februar und 7. Mai 2004, Kardinal König Haus, Wien

Inhalt:

Zur vorliegenden Dokumentation

Grußbotschaft Auslandsreferat der Ärztekammer Wien

Protokolle der Workshops

1. Kulturelle Hindernisse bei der Bekämpfung der Pandemie
Dr. Evelyn Wladarsch, Köln
2. Fairer Zugang zu Medikamenten
Dr. Anton Petter, Ärzte ohne Grenzen
3. Dimensionen der Pandemie
Dr. Wolfgang Hladik, Atlanta;
Dr. Wolfgang Lutz /IASA
4. Armut und AIDS
Liz Vibila Vuadi, Universität Kinshasa;
Dr. Huruma Sigalla, Tansania, Universität Linz
5. Strategien gegen AIDS bei Projekten der Entwicklungszusammenarbeit
Janine Wurzer, Care
6. Komponenten multisektoreller AIDS-Bekämpfungsstrategien
Dr. Klaus-Peter Schmitz, Malteser Auslandsdienst
7. Anwaltschaftliche Arbeit im Kampf gegen HIV/AIDS
Frank Amort, AIDS-Hilfe Wien;
Dr. Christoph Benn, Global Fund
8. Erfolgreiche kurative Methoden und Therapieformen unter einfachen medizinischen
Rahmenbedingungen
Dr. Bernd Pastors, Aktion Medeor;
Dr. Rainer Brandl, Bulongwa Lutheran Hospital
9. Mainstreaming AIDS - Ergänzungsseminar am 7. Mai 2004
Dr. Julia Katzan, Deutsche Gesellschaft für technische Zusammenarbeit;
Rolf Goldstein, Konsulent, Misereor

**Zur vorliegenden Dokumentation
der Tagung „AIDS begegnen“
am 26./27. Februar 2004 im Kardinal König Haus in Wien**

Ziel der Tagung „AIDS Begegnen“ war es, Vertreterinnen und Vertreter der Wissenschaft, der Ärzteschaft, der Krankenpflege, der entwicklungspolitischen und humanitären Organisationen und engagierte Einzelpersonen in Österreich miteinander ins Gespräch zu bringen und gemeinsam Strategien im Kampf gegen die tödliche Immunschwäche AIDS zu entwickeln.

Einerseits war beabsichtigt, den aktuellen Stand über das soziale und entwicklungspolitische Umfeld, die Dimensionen der Pandemie und die notwendigen Maßnahmen zur Vorbeugung und die Behandlung von an AIDS erkrankten Menschen zu erheben.

Andererseits sollte diese Tagung mithelfen, das Bewusstsein innerhalb der Zivilgesellschaft in Österreich für eine angemessene Bereitstellung von zusätzlichen öffentlichen Finanzmitteln zur wirksamen Bekämpfung der Immunschwäche und für Solidarität mit Menschen mit HIV/AIDS zu stärken.

Rückblickend kann gesagt werden, dass die Tagung „AIDS begegnen“ dem Österreichischen Aktionsbündnis gegen HIV/AIDS (www.aidskampagne.at) einen sehr wichtigen Impuls gegeben hat. Mittlerweile haben sich bereits 23 verschiedene zivilgesellschaftliche Organisationen dem Bündnis angeschlossen, die sich nicht damit abfinden wollen, dass aus finanziellen Überlegungen Millionen von HIV-positiven Menschen das grundlegende Menschenrecht auf angemessene Betreuung und medizinische Behandlung vorenthalten wird.

Erfreut über das positive Feedback an der Tagung „AIDS begegnen“ ist an dieser Stelle auch ein Wort des Dankes angebracht: Dieser gilt allen kompetenten ReferentInnen, allen Sponsoren - ohne die diese ohne öffentliche Mittel durchgeführte Veranstaltung nicht möglich gewesen wäre - dem Standard für die Medienpartnerschaft, allen haupt- und ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern sowie allen Teilnehmerinnen und Teilnehmern für ihr Kommen und ihr Interesse.

*Gottfried Mernyi
Evangelischer Arbeitskreis für Weltmission,
Evangelische Entwicklungszusammenarbeit*

Leben retten könnte so einfach sein

Die Ärztekammer für Wien macht sich stark im Kampf gegen AIDS

Das Grundrecht auf Gesundheit: In den hochentwickelten Industrienationen nimmt sich jeder Bürger dieses Recht heraus. In den Entwicklungsländern ist es eine reine Illusion. Das grundlegende Menschenrecht auf Leben und Gesundheit wird der Bevölkerung in den Entwicklungsländern regelrecht vorenthalten.

Das österreichische Sozialversicherungssystem erlaubt es, jede noch so teure Operation zu erhalten, auch wenn man diese wahrscheinlich aus Eigenmittel nie finanzieren könnte. Viele wirksame Therapiemethoden, die in unseren Breiten zum Standardprogramm zählen, sind in armen und wenig industrialisierten Ländern einfach unfinanzierbar. Behandlungen oder Medikamente, die wahrscheinlich vielen Tausenden Menschen das Leben retten würden, sind unerreichbar. So viele Leben, um so wenig Geld, könnten auf dieser Erde gerettet werden. Und doch leben wir schon so lange mit dieser Ungerechtigkeit.

Als ärztliche Standesvertretung sieht es die Ärztekammer für Wien als ihre Aufgabe, sich für das Grundrecht auf Gesundheit für alle Menschen auf dieser Welt, stark zu machen. Als reiche Industrienation sind wir regelrecht dazu verpflichtet unser menschliches know how und die vorhandenen Überschüsse im medizinischen Bereich anderen Ländern anzubieten, um damit Leben zu retten.

Das Auslandsbüro der Ärztekammer für Wien arbeitet schon seit vielen Jahren an der Idee durch Information, Weiterbildung und Arzteaustausch, die medizinische Situation zum Beispiel in Entwicklungsländern zu verbessern. Dr. Gerhard Polak, Leiter des Auslandsbüros der Ärztekammer für Wien: "Wir kämpfen für eine globale soziale Gerechtigkeit. Es ist unsere Pflicht, als Ärzte in einem reichen Land wie Österreich eines ist, unseren Teil zur Entwicklungszusammenarbeit und zum internationalen Politikdialog beizutragen."

Der Internationale Studientag "AIDS begegnen", der gemeinsam von der Evangelischen Entwicklungszusammenarbeit, dem Auslandsbüro der Ärztekammer für Wien und dem Österreichischen Institut für Internationale Politik organisiert wird, ist ein weiterer Schritt, die Öffentlichkeit darauf aufmerksam zu machen, dass Millionen von Menschen, die an AIDS erkrankt sind, sterben und dass täglich Tausende Menschen neu mit HIV infiziert werden. Polak: "Eines unserer Ziele ist es, die gesetzlichen Voraussetzungen für den Export von dringend benötigten, kostengünstigen pharmazeutischen Produkten in ärmere Länder zu schaffen." Als ärztliche Standesvertretung sei es unabdingbar, sich auch auf multilateraler Ebene für den uneingeschränkten Zugang zu lebensnotwendigen Medikamenten für die Menschen in den Entwicklungsländern stark zu machen, so Polak weiter.

Es wurde bereits eindeutig bewiesen, dass Krankheit die wirtschaftliche Entwicklung eines Landes nachhaltig behindert. Im Zuge dessen fördert Krankheit auch die Verschuldung eines Landes. Diese Umstände führen die Entwicklungsländer in ein auswegloses Dilemma. Polak: "Nur wenn die Gesetzgeber, die Hilfsorganisationen und die Standesvertretungen zusammenarbeiten, kann in diesem Bereich auch etwas verändert werden." Die Ärztekammer für Wien sehe es als ihre Pflicht, sich im Kampf gegen AIDS stark zu machen.

Ärztekammer für Wien, am 19. Februar 2004

1. Kulturelle Hindernisse bei der Bekämpfung der Pandemie,

Dr. Evelyn Wladarsch, Köln

AIDS ist heutzutage ein weltweites, globales Thema, welches nicht nur Medizin und (inter)nationale Politik fordert, sondern vor allem auch Sozialwissenschaften. Denn die Problematik der rapiden Ausbreitung von AIDS, gerade in Afrika, ist nicht primär eine medizinische Frage, sondern eine Soziale. Die Ethnologie kann hier eine wichtige Rolle spielen, da die Ausbreitung der Krankheit mit menschlichem Verhalten zusammenhängt.

Gerade im Zusammenhang internationaler Programme, die sich auf sogenannte „Entwicklungsländer“ beziehen, machten die äußerst limitierten Erfolge der Projekte deutlich, daß Verhalten auf lokaler Ebene begriffen und begegnet werden muß, um erfolgreich und wirksam sein zu können. Häufig wurden und werden in westlichen Industrienationen entwickelte Strategien direkt in Entwicklungsländern implementiert. Vergessen wird dabei, dass das westliche Modell der AIDS Bekämpfung auf spezifisch westlichen Vorstellungen und Konzepten basiert. So stellt die Prävention eine Hauptstrategie internationaler AIDS Kampagnen dar, wobei von der universellen Anwendbarkeit dieses Modells ausgegangen wird. Das Konzept Prävention ist jedoch ein kulturspezifisches Konstrukt, das auf gewissen Vorstellungen bzgl. Risiko, Zukunft, Kausalität, Rationalität, Individualismus oder Verantwortung beruht. Diese Ideen sind keineswegs universell, sondern sind stets eingebettet in spezifische sozio-kulturelle Kontexte, in denen sie unterschiedlich definiert, verstanden und mit Bedeutung versehen werden.

Das *globale* Phänomen AIDS muß daher *lokal* untersucht und behandelt werden. Das Verstehen und Berücksichtigen der jeweiligen lokalen Gegebenheiten, Lebensweisen und Vorstellungswelten ist unabdingbare Voraussetzung für jede erfolgreiche AIDS Kampagne; Dies gilt vor allem deshalb, weil die Aussichten auf Entwicklung medizinischer Impfstoffe und/oder Therapiemöglichkeiten kurz- und auch mittelfristig nicht hoch erscheinen.

Am Beispiel ihrer ethnologischen Forschungsarbeit in Burkina Faso erläutert Evelyn Wladarsch kulturspezifische Unterschiede in oben genannten Bereichen.

Westliche Vorstellungen in Bezug auf Zeit, Risiko, Kausalität, Rationalität und Verantwortung

Zeit: In der westlichen Vorstellung ist Zeit etwas Lineares, das sich von Vergangenheit in Zukunft bewegt. Weiterhin wird Zeit als quantitativ gedacht (Uhrzeit, Stunden).

Zukunft: Sie wird als offen und gestaltbar angesehen, wohingegen die Vergangenheit bereits mit Inhalten gefüllt ist.

Risiko: wird als etwas Vermeidbares gesehen. Man soll vorausschauen und planen, um Risiken in der Zukunft zu vermeiden. Ein Risiko ist nur eine mögliche Gefahr, die auch vermieden werden kann.

Kausalität: wird sehr eindimensional (uni-direktional) gesehen. Eine Ursache hat eine Wirkung.

Rationalität: Es wird davon ausgegangen, dass Menschen rational sind, dass sie Risiken abwägen, sich fragen, was man tun kann, immer ausgehend von dem jeweiligen Wissenstand der Menschen.

Verantwortung: Sie liegt beim Individuum. Die angenommene Kontrolle über die Zukunft resultiert in einer sozialer Norm, dass man dazu angehalten ist, nach vorn zu schauen und sich entsprechend zu verhalten. Diese Verantwortung liegt beim Individuum. Das Individuum ist auch Instanz für Entscheidungen, wobei davon ausgegangen wird, dass das Individuum immer das Gleiche bleibt, also dass so gedacht wird: „Ich möchte auch in der Zukunft gesund sein, also verhalte ich mich jetzt so und so.“ Das ist ein individualistisches Modell. (Vgl. dazu Elisabeth Beck-Gernsheim: „Zwang zur Zukunft bzw. Zukunft als Weltanschauung“)

Vorstellungen zu Zeit, Risiko, Kausalität, Rationalität und Verantwortung in Burkina Faso

Ohne ein Kontrastbild aufbauen zu wollen - nach dem Motto „Die sind ganz anders“ - will Wladarsch am Beispiel Burkina Faso aufzeigen, dass es auch ganz andere Denkmodelle gibt.

Aspekte der Zeit in Burkina-Faso: Zeit ist nicht linear, sondern hat drei Ebenen:

- einen linearen Aspekt analog dem westlichen Modell;
- ein zyklisches Denken, das auf zwei Hälften/Gegensatzpaaren basiert (Tag/Nacht, Regenzeit/Trockenzeit etc.)
- Eingebunden sind diese beiden Aspekte von Zeit in eine „transzendente“ Zeit (in der auf die Vorfahren Bezug genommen wird; globalere Vorstellung über Eingebundenheit).

Zeit wird auch nicht rein quantitativ, sondern stark qualitativ verstanden:

- Z.B. werden die Wochentage nach ihrer Qualität unterschieden: Es gibt leichte, mittlere, schwere und neutrale Tage. Freitag gilt als schwerer Tag; er ist mächtig und gefährlich; man versucht, am Freitag keine Arbeiten zu beginnen, weil die Arbeit dann wahrscheinlich nicht gut gehen wird. Mittwoch und Samstag sind leichte Tage. An ihnen macht man keine Beerdigungen, weil sich das Ereignis dann bald wiederholen könnte, dafür werden an diesen Tagen gerne Hochzeiten gemacht. Als Begründung für diese Vorstellungen wird angeführt: dass die Vorfahren ausprobiert hätten, manche Menschen hätten es auch individuell ausprobiert. Ergänzung einer Diskussionsteilnehmerin: In Ghana gelte Ähnliches; Kinder werden auch nach Wochentagen benannt.

Zukunft und Kausalität: Eine Ursache kann verschiedene Wirkungen haben. Zukunft gilt als teilweise offen, teilweise auch als gottbestimmt. Wenn ein Mensch etwas erreichen will, dann soll er etwas tun, etwas dazu beitragen, und es kann sein, dass er es erreicht. Aber man geht auch von prinzipieller Unsicherheit aus - prinzipiell ist immer auch Gott dazwischen, der das Ergebnis beeinflussen kann. Dann spielt auch eine Rolle, welchen Zukunftshorizont man betrachtet: ob kurz- mittel- oder langfristig. Z.B. ist die kurzfristige Zukunft (Ernte, ein bis zwei Jahre) sehr relevant. Während die mittlere Zukunft im Westen sehr stark geplant wird, ist sie in Burkina sehr weit weg und wird nicht als besonders planbar erlebt. Hingegen ist die langfristige Zukunft wiederum sehr wichtig; da geht es um das Leben der Kinder, der Generationen. Man stellt sich mehr die Zukunft der Gruppe bzw. der Gesellschaft vor, weniger die individuelle Zukunft. Das hängt mit der Definition von Mensch und Person zusammen, bei der die soziale Eingebundenheit des Individuums besonders wichtig ist.

Es soll kein Bild der besonderen „Andersartigkeit“ präsentiert werden, aber es stellt sich die Frage, wie importierte Vorstellungen auf lokaler Ebene verstanden werden. AIDS-Prävention basiert sehr stark auf Slogans - wie erreichen sie ihr Ziel?

Folgende Slogans werden z.B. in Malawi und Burkina Faso verwendet:

- „Smart guys plan for the future“
- No condom. No sex. No regret.
- C´est ma vie!

Das Beispiel zwei ist sehr auf die Zukunft orientiert; ebenso der Slogan eins. Er bezieht sich außerdem auf junge unverheiratete Männer. Aber in Burkina Faso gelten sie noch als Kinder, die keine Verantwortung übernehmen können. Auch Beispiel drei ist ein sehr individualistischer Slogan. Das soll nicht heißen, dass die Menschen nicht fähig wären, diese Slogans zu verstehen, aber es bleibt die Frage, wie sie interpretiert werden.

Diskussion: Schlussfolgerungen für die Präventionsarbeit

Teilnehmerin (im folgenden als TN abgekürzt): In Ländern mit 80% AnalphabetInnen verstehen viele die geschriebenen Slogans nicht.

TN: Woher kommen diese Slogans konkret? Sind sie aufgesetzt oder wurden sie sehr wohl zusammen mit lokalen Gruppen entwickelt? Außerdem ist zu bedenken, dass es größte Unterschiede innerhalb der Bevölkerung von Burkina Faso gibt.

TN: Wichtig ist, sich in der Kampagnenplanung bewusst zu sein, wie sie gestaltet werden soll und wie auf die Zielgruppen eingegangen wird.

TN: Es gibt sehr erfolgreiche Kampagnen, die sich stark an den westlichen Slogans orientieren, was funktioniert, weil die Welt eben sehr globalisiert ist. Als Beispiel kann Uganda gelten; dort wurden Konzepte, die aus den USA kamen, lokal adaptiert und sehr erfolgreich angewendet. Ein Beispiel dafür ist die „Peer Education“. 1996/97 hat UN-AIDS das Konzept von Uganda adaptiert und an andere Länder weitergegeben.

TN: Die Peer Education arbeitet aber sehr stark mit genau diesen Slogans.

Wladarsch: Wollte Blick schärfen, wie Slogans in lokalem Kontext ankommen. Es gilt zu bedenken, wie Wissen über AIDS aufgenommen werden kann. Die westliche Idee dazu ist, dass das individuelle Verhalten Ursache der Krankheit ist. Das Risiko tragen bestimmte Gruppen. Die dazugehörige Vorstellung ist, dass HIV in den Körper eindringt und etwas zerstört. Dieses Konzept wird im südlichen Afrika so interpretiert, dass die Krankheit jeden treffen kann. Das Risiko wird als sehr willkürlich erlebt. In Malawi bedeutet das lokal verwendete Wort für Virus „wildes Biestlein“; das ruft Assoziationen zu Hexerei hervor. Hier gibt es also einen anderen Bedeutungsschwerpunkt.

TN: Ist das nicht eher positiv, wenn das Risiko nicht als auf bestimmte Gruppen reduziert verstanden wird?

TN: Ja und nein. Nein, weil das auch zu einer fatalistischen Haltung führen kann. Bestimmte Ursachen wie Piercing, Hygiene u.a. können dann schwierig zu erklären sein.

TN: Die Konzepte hängen auch mit der Bildung zusammen. In diesem Zusammenhang ist auch zu thematisieren, was Genitalverstümmelung und die Weiterverwendung von Instrumenten bedeuten.

TN: Es gibt vielerlei Vorstellungen über die Ursache von HIV/AIDS. Die Auswirkungen der Globalisierung sind nicht zu übersehen. In Tansania z.B. gilt AIDS als „Geldkrankheit“; es wird verbunden mit Verlust von Traditionen und traditionellen Wert- und Moralvorstellungen. Die Ursache wird damit im sozialen Verhalten verortet. Wissen, Vorstellungen und Praktiken sind nie neutral, sondern immer in soziokulturelle Vorstellungen eingebunden.

TN: Es geht um die lokale Adaption von Wissen und Praktiken. Importierte Vorstellungen werden immer in bestehende Vorstellungsmuster eingebunden; das ist eine kreative Leistung und etwas ganz Normales. Damit einher geht eine Selbstreflexion über die eigene Kultureingebundenheit. Es ist deshalb wichtig, Lebensweisen, Vorstellungen zu Gesundheit und Krankheiten, Geschlechterbeziehungen, Familienstrukturen zu berücksichtigen (z.B. die geringere Bedeutung der Homosexualität für Übertragung), und dann in der Folge kulturell angepasste Strategien zu verwenden. Es gilt, einen Dialog über mögliche Unterschiede im Zusammenhang mit Projekten und Programmen zu initiieren.

TN: Es wäre interessant, praktische Beispiele im Umgang mit AIDS zu erfahren. Was wurde konkret gemacht und war erfolgreich?

Wladarsch: Hat nicht konkret zu AIDS gearbeitet, sondern zu Zeit und Zukunftskonzeptionen. Aber sie hat z.B. gesehen, dass viele Leute T-Shirts mit Slogans aus der AIDS-Prävention trugen. Tatsächlich gibt es große Unterschiede der sozialen Schicht: Menschen mit mehr Einkommen und Bildung sind oft sehr westlich geprägt.

TN: In Ghana wurde über ein Spiel mit Handpuppen sehr erfolgreich mit der Zielgruppe 6-14jähriger gearbeitet. Weiters gab es Workshops mit Kindern zu ihrem eigenem Körper, wobei teilweise mit Kindern gearbeitet wurde, die schon HIV positiv sind. Eine andere Methode ist die Erarbeitung eines Theaterstücks, wobei die Theatergruppe in die Dörfer fährt und im Anschluss an die Vorstellung das Publikum involviert, um dann andere Verhaltensweisen durchzuspielen. Diese Methode hat sich bewährt; das Medium wird gut verstanden.

TN: Es gibt dazu ein Video der Jugendgruppe des ghanaischen Nationaltheaters, das auf dem Kongress in der Mittagspause angeschaut werden kann.

TN: Die Bandbreite an Präventionskonzepten ist nicht allzu breit. Überall auf der Welt werden die sogenannten ABC-Strategien eingesetzt: „Abstinence“, „Be faithful“ or „use Condoms“.

TN: Die Präventionsarbeit wird gespeist von Infos aus dem Westen. Ganz wichtig ist die Arbeit mit Mädchen, dass sie nein sagen dürfen. Vergewaltigung und Missbrauch durch ältere Verwandten ist eine große Problematik. Bei Vergewaltigungen besteht wegen Verletzungen der Vaginalschleimhaut ein erhöhtes Risiko. Die Methode des Theaters funktioniert immer, aber die Infos kommen aus dem Westen; sie können nicht aus der eigenen Kultur heraus entwickelt werden.

TN: Gibt es spezifische Strategien zur Stärkung der Selbstbestimmung von Frauen? Z.B. den Einsatz von Vaginalpessaren?

TN: Eine Organisation arbeitet damit.

TN: Ein Schlagwort für die spielerische Form von Aufklärung ist „Edutainment“.

TN: In Mozambique ist man offiziell der Meinung, dass die Strategien gegen AIDS neu überlegt werden müssen. Man ist der Auffassung, dass die Präventionskampagnen von Personen gemacht werden sollen, die die lokalen Gegebenheiten außerhalb von Maputo verstehen. Die Sozial- und Kommunikationswissenschaften haben schon vor langer Zeit aufgezeigt, dass bestimmte Slogans nichts bringen, z.B. solche, mit denen Angst geschürt wird. Z.B. wird in Maputo mit Bildern von Leichen gearbeitet, begleitet von dem Text „Weißt du, wo Maria geblieben ist? Sie wurde von HIV zum Teufel geholt“.

TN: Es ist besonders wichtig, dass die Präventionskampagnen ohne religiöse Bezüge geführt werden. So wird ja auch in anderen Bereichen z.B. über Hygiene aufgeklärt.

TN: Eine besondere Rolle spielen die Peer Educater; sie bekommen eine Schul- und Berufsausbildung und werden zu Identifikationsfiguren für die Gleichaltrigen.

TN: Dieses Konzept funktioniert nur im städtischen Bereich.
(Dazu gibt es Widerspruch.)

TN: Es gibt z.B. Organisationen, die mit Mädchen arbeiten, die sich auf der Straße von Nairobi nach Kampala prostituieren. Sobald es für die Mädchen alternative Einkommensmöglichkeiten gibt, gibt es Änderungen. Aber eine andere Frage ist, wie viele Kondome überhaupt zur Verfügung stehen.

TN: Eine Erfahrung mit Präventionsarbeit in Kenia: Hier wurden „peer groups“ in einem ländlichen Gebiet geschult. Sie mussten dann selbst weitere Gruppen organisieren. Als nächstes wurden Debatten zwischen zwei Schulen organisiert, z.B. in Form einer gespielten Parlamentsdebatte. Das war gute Gelegenheit für die SchülerInnen, Fragen zu stellen, die von der anderen Gruppe beantwortet mussten. Diese Debatten werden von erwachsenen BeraterInnen moderiert und sind eine gute Möglichkeit, Missverständnisse auszuräumen. So hatte z.B. ein Bub gesagt, dass 90% aller Frauen Prostituierte seien.

TN: Das Thema ist komplex, und man kann nicht sagen, dass immer dieselben Methoden gut sind. Z.B. haben aus einer Theatergruppe, die Präventionsarbeit machte, bis heute nur zwei Personen überlebt. Das Thema Religion ist schon sehr wichtig, und es aus der Debatte auszuschließen, vielleicht nicht so sinnvoll.

TN: Widerspruch. Wenn die Diskussion in der Kirche geführt wird, verzettelt man sich.

TN: Aber man darf nicht übersehen, dass die Vorstellungswelt von religiösen Vorstellungen geprägt ist.

TN: Da der Grund für die Stigmatisierung die Art der Übertragung ist, sind Sexualität und Religion wohl schon wichtig.

TN: Botswana liegt an erster Stelle, was den Grad an HIV-Infektionen betrifft. Zugleich ist es das am weitesten entwickelte Land in Afrika; man glaubt, man ist in Texas. Dort sind vor allem die gebildetsten Schichten am stärksten betroffen. Warum ist das so? Und was kann man dagegen tun? Der Fatalismus scheint sehr stark zu sein. Dabei sind hier Kondome wirklich frei verfügbar.

TN: Auch die WHO gibt zu, dass der Aufklärungsprozess zu spät begonnen hat. Die Lebenserwartung beträgt 34 Jahre. Die StudentInnen erleben, wie die LehrerInnen und Mitstudierende sterben, das führt zu Fatalismus und geringem Kondomgebrauch.

TN: Auch die sehr schnelle Entwicklung kann eine Rolle spielen; das bringt mit sich, das sich Vorstellungswelten überschneiden.

TN: Hat acht Jahre lang in der kirchlichen Frauenarbeit in Kamerun gearbeitet. Dort wurde auch schon vor 10-12 Jahren zu AIDS gearbeitet. Religion ist in Afrika keine Privatsache. Warum Gebildete eher gefährdet sind? Traditionell wurde Wissen über Sexualität und Verhütung über den Familienverbund weitergegeben. Durch moderne Lebenszusammenhänge gehen diese Traditionen verloren: Die Ausbildung erfolgt in Internaten, zugleich wird Sexualität tabuisiert. Oft ist es nicht üblich, dass Ehepaare für Außenstehende überhaupt als Eheleute erkennbar sind. Von der Tradition her ist es so, dass sie nur in den Privatbereich gehört. Deshalb wurde AIDS so lange tabuisiert.

TN: Ein Ansatz, der vielleicht noch nicht genug bedacht wurde, ist, mehr mit positiven Beispielen zu arbeiten, wie z.B. in der Zahnpastawerbung. Wir wissen auch genau, was Rauchen und fettes Essen für Schäden macht, aber trotzdem nutzt Angst machende Werbung nichts.

Wladarsch: Eine reine Informations- bzw. Wissensvermittlung führt noch nicht zu Verhaltensveränderungen.

TN: Sie war letztes Jahr drei Monate in Südafrika unterwegs, wo sie immer wieder mit der Vorstellung konfrontiert wurde, dass Genitalverstümmelungen oder Vergewaltigung von Babys eine HIV-infizierte Person wieder rein machen sollten. Wie kann man kulturelle Vorstellungen respektieren und gleichzeitig Aufklärungsarbeit machen?

Wladarsch: Wichtig ist, in lokale Begriffen einen Dialog zu führen und zu klären, wo es hakt und Missverständnisse gibt.

TN: Alternativen anbieten ist wichtig. Die Vorstellung von „Reinheit“ durch Vergewaltigung ist ein ähnlicher Mythos, wie es ihn auch in Europa in Form von „Jungfrau küsst Drachen, um ihn zu erlösen“, gegeben hat. Man muss gegen Gewalt eintreten. Jahrelange Bürgerkriege und Apartheid schüren die Gewaltbereitschaft, aber Gewalt muss beim Namen genannt werden.

TN: AIDS breitet sich auch in Osteuropa massiv aus, gibt es Erfahrungen aus Afrika, die dort umgesetzt werden können, um es jetzt besser zu machen?

TN: Es gibt ein Netzwerk, das in Osteuropa derzeit wächst. Hier sind weniger kirchliche, aber staatliche Einrichtungen vorhanden, um Jugendliche zu erreichen.

TN: In Russland geht es vor allem um Drogen, aber auch um Prostitution.

TN: In Tansania gibt es regulären AIDS-Aufklärungsunterricht an Schulen. Prostitution und Wanderarbeit tragen das Virus in ländliche Regionen. Die hohen Raten am Land hängen auch damit zusammen, dass die Menschen teilweise zum Sterben in die Dörfer zurückkehren.

Protokoll: Claudia Thallmayer

2. Fairer Zugang zu Medikamenten

Dr. Anton Petter

Seit Ende 1995 sind antiretrovirale Medikamente in den USA erhältlich. Seither ist dort die Sterblichkeitsrate unter HIV/Aids-Kranken deutlich gesunken. Jedoch ist diese Therapie etwa in Afrika für Privatpersonen nicht bezahlbar- hier sinkt die Lebenserwartung weiter. Die Medikamente können durchaus günstiger hergestellt werden, jedoch leisten vor allem Pharmafirmen erbitterten Widerstand gegen niedrigere Medikamentenpreise. Die internationale Gemeinschaft ist nicht bereit, die entsprechenden Gelder bereitzustellen. Finanzielle Unterstützung kommt bisher vor allem von der Clinton Foundation, dem Global Fund, der Nelson Mandela Foundation und von der Bush-Administration. Jedoch erschweren nicht nur fehlende finanzielle Mittel den Zugang zu Medikamenten zur Behandlung von Aids.

Ein weit verbreiteter Mythos ist, dass Afrikaner die komplizierte Therapie nicht korrekt einnehmen können. Bei der ARV- Therapie müssen zwei Pillen pro Tag eingenommen werden. Die Therapie ist sehr wirksam. Man hat mit der Verlässlichkeit der Patienten in verschiedensten Ländern sehr gute Erfahrungen gemacht.

Ein weiterer Vorwand ist, dass ARV- Medikamente toxische Reaktionen hervorrufen könnten. Dies ist jedoch nur bei 5-8% der Fall. Eine komplizierte medizinische Infrastruktur ist zum Behandeln und für die Bekämpfung von Nebenwirkungen nicht notwendig.

Auch wenn ein Labor nützlich ist - vor allem für Immuntests - ist es nicht unbedingt notwendig. Ein HIV- Test kann auch außerhalb eines Labors durchgeführt werden.

Neben Unwissen und Ignoranz sind Regelungen und Gesetze der WTO ein weiterer Grund für den fehlenden Zugang zu entsprechenden Medikamenten, wie etwa die Intellectual Property Rights.

Für ein Medikament muss in jedem Land, in dem das Medikament vertrieben werden soll, ein Patent beantragt werden.

Die WTO und die USA haben es sich zum Ziel gesetzt, dass Patentrecht in allen Mitgliedsstaaten bis 2005, in den least developed countries bis 2015 dem US-amerikanischen Standard anzugleichen.

Dr. Petter berichtete von einem Fall in Thailand, in dem die Zivilgesellschaft einen Patentrechtsstreit gegen eine Pharmafirma gewonnen hat.

In Thailand machen die USA seit 1975 wirtschaftlichen Druck das nationale Patentrecht anzugleichen.

Im Februar 1992 entwickelt die US- Firma NIH ein Medikament gegen HIV/Aids und vergibt die Lizenz an eine Pharmafirma- unter der Bedingung, dass beim Verkauf der Preis im Verhältnis zum Bruttonationalprodukt des jeweiligen Landes stehen muss.

Nachdem die Pharmafirma jedoch den Puffer des Medikaments geändert hat, beantragt sie in Thailand das Patent auf dieses neue, da geringfügig veränderte, Medikament.

Im Jänner 1998 akzeptiert das Thai Department of Intellectual Property Rights das Patent.

Im November 1999 beantragt die thailändische Government Pharmaceutical Organisation (GPO) Generika für das Medikament. Im Jänner 2000 wird der Antrag zurückgewiesen. Stattdessen kommt eine schlechter verträgliche Version mit einem wiederum veränderten Puffer auf den Markt.

Im Mai 2001 klagt die zivilgesellschaftliche Gruppe Aids Access Foundation wegen Menschenrechtswidrigkeit und gewinnt den Fall. Zusätzlich werden Absprachen zwischen dem thailändischen Patentamt und der Pharmafirma vermutet.

Heute produziert GPO sieben verschiedene Generika, die deutlich weniger kosten als das günstigste Originalprodukt.

Pharmafirmen fürchten insbesondere den Reimport von Generika in westliche Industrieländer.

Als ein zweites Fallbeispiel diene Südafrika. Dr. Petter arbeitet dort im Rahmen eines Programms von „Ärzte ohne Grenzen“ (MSF).

Khayelitsha- Township liegt in der Nähe von Cape Town. Unter 500.000 EinwohnerInnen beträgt die Arbeitslosigkeit 60-70%.

MSF betreibt hier drei Kliniken, in denen bereits 600 PatientInnen mit ARV- Medikamenten behandelt werden konnten. Zwölf weitere Kliniken sind von anderen Organisationen geplant.

Hier werden in einer Klinik HIV/Aids und Tuberkulose gemeinsam behandelt. Weniger die Finanzierung, sondern die Umsetzung der Behandlung stellt MSF vor große Herausforderungen. Ein wichtiges Ziel ist daher die Bildung lokaler Kapazitäten, also die Ausbildung südafrikanischer Arbeitskräfte. Damit die Arbeit von lokalen Strukturen übernommen werden kann, muss sich jedoch der gesamte Gesundheitssektor Südafrikas beteiligen. MSF kann nur als Vorbild wirken.

Eine Teilnehmerin des Workshops berichtet von positiven Erfahrungen aus Namibia. Zahlreiche Freiwillige betreuen dort erkrankte Menschen. Vorhandene Strukturen müssen genutzt werden! Auch wenn für viele eine ARV- Behandlung nicht möglich ist, muss versucht werden, den Betroffenen das Leben durch eine andere Betreuung zu erleichtern.

Für die leider notwendige Auswahl von PatientInnen gibt es keine fairen Kriterien. Man möchte auf soziale Kriterien verzichten- es zählt vor allem der Wille des Patienten, die Therapie durchzuführen. Die einzige Voraussetzung für jeden Patienten ist, dass ein treatment assistant, also eine Vertrauensperson, gefunden werden muss. Die beiden werden dann gemeinsam betreut.

Die südafrikanische Regierung war lange dagegen, Medikamente gegen HIV/Aids für den öffentlichen Sektor zur Verfügung zu stellen. Aids wurde ausschließlich als ein Problem von Armut gesehen. Auch könnte Präsident Mbeki von Aids- Dissidenten beeinflusst gewesen sein, die dem Aids-Virus die Existenz absprechen.

Im August 2003 hat das südafrikanische Kabinett schließlich ein Gesetz verabschiedet, die es dem Land bzw. einzelnen Regionen ermöglicht, sich um eine Unterstützung des Global Fund zu bewerben.

Heute muss das Medical Control Council Medikamente registrieren, bevor sie im Land verwendet werden dürfen. Es werden inzwischen in Südafrika produzierte Generika verwendet.

Heute betont auch die WHO, dass Prävention ohne eine begleitende Therapie nicht funktioniert. Wenn eine ARV- Therapie in Aussicht gestellt wird, erhöht sich die Bereitschaft, sich auf HIV/Aids testen zu lassen. Auch wird die Stigmatisierung von Aids abgebaut.

Erfolgreich Behandelte nehmen an Informationskampagnen teil und können so auch das medizinische Personal entscheidend unterstützen.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass der Zugang zu ARV- Medikamenten auch im Kontext von Armut möglich ist. Das Engagement von Zivilgesellschaften ist jedoch dringend notwendig. Vorhandene Strukturen müssen dabei genutzt werden.

Protokoll: Sophie Veßel

3. Dimensionen der Pandemie - Problematik in Forschung und Daten

**Dr. Wolfgang Hladik, Centers for Disease Control and Prevention,
Atlanta/USA**

Um die Dimensionen der HIV/AIDS Pandemie zu verstehen, bedarf es guter HIV/AIDS Surveillance Systeme. Surveillance beinhaltet das systematische Sammeln von Daten um die Pandemie auf lokalen und globalen Niveau beschreiben zu können. Surveillance ist eine kontinuierliche Aktivität, die Daten auch für Planung, Lobbying, und Monitoring bereitstellt. Erst Surveillance Daten brachten die ungeheuerlichen Ausmaße der Epidemie v.a. in Afrika ans Tageslicht und halfen jene Mittel aus dem reichen Norden freizumachen, die nun in Präventions- und Behandlungsprogramme des Südens fließen.

Nirgendwo ist die HIV Prävalenz in der Allgemeinbevölkerung höher als in Subsahara Afrika. Gleichzeitig gibt es nur wenige, gut funktionierende Surveillance Systeme. Die derzeit wichtigste Surveillance Methode in diesen „generalisierten“ HIV Epidemien mit HIV Prävalenzen über 1%, ist das Testen anonymisierten Blutes in Schwangerenvorsorgekliniken. Diese HIV Testdaten werden benützt um Trends und Prävalenzen in der Allgemeinbevölkerung abzuschätzen. Da die HIV Prävalenz in städtischen Ballungsgebieten fast immer über jenen in ländlichen Gebieten liegt, gleichzeitig aber meist städtische Schwangerenvorsorgekliniken in den Surveillance Systemen überrepräsentiert sind, macht dies ein Gewichten in der Prävalenzberechnung notwendig. Maßgeschneiderte Softwareprogramme berechnen HIV Trendkurven gesondert für die städtische, ländliche und Gesamtbevölkerung. Das Neuhinzufügen oder Stoppen einzelner Schwangerenvorsorgekliniken in solchen Surveillance Systemen kann jedoch zu künstlichen Verschiebungen in der Gesamtprävalenz führen. Daten und Testqualität sind ebenfalls von großer Bedeutung, und können bei Kompromissen oder Fehlern zu falschen HIV Schätzungen führen.

Die gegenwärtigen Pläne HIV/AIDS zur Behandlung von Millionen HIV-positiver Patienten in Afrika machen neue Wege in HIV/AIDS Surveillance notwendig. Effektive Behandlungsprogramme die große Teile der HIV-positiven Bevölkerung erreichen, werden die Lebenserwartung von Menschen mit HIV/AIDS massiv verlängern. Dies wird, bei gleich bleibenden Raten von Neuinfektionen, zu einem Anstieg der absoluten Zahl HIV-positiver Menschen führen und damit auch einen paradox anmutenden Anstieg der HIV Prävalenz bewirken. Die HIV Prävalenzmessung wird daher in Zukunft nicht mehr ausreichen; eine Erfahrung die bereits in West Europa und den USA in den 90er Jahren gemacht wurde. Neue Wege die Dynamik der Epidemie effektiv zu beschreiben, beinhalten die Messung von Neuinfektionen. Neue Labortestverfahren, wie der „detuned assay“ sind in Entwicklung um Neuinfektionen epidemiologisch zu erfassen. Diese Techniken ermöglichen das Erkennen einer Neuinfektion durch das Testen einer einzelnen Blutprobe und sollten in Zukunft wichtige Zusatzdaten liefern.

Die massiv aufgestockten Mittel auch für Präventionsprogramme werden ebenfalls verstärktes Monitoring erfordern. Hier gilt es die Zahl der durch Prävention verhüteten Infektionen abzuschätzen. Bemühungen sind bereits im Gange, Präventionsprogramm Daten für diesen Umfang zu benützen. Umrechnungsfaktoren werden dazu benützt, um zum Beispiel aus der Zahl der in Umlauf gebrachten Kondome die Zahl der dadurch verhüteten Infektionen zu berechnen. Diese Umrechnungsfaktoren werden für eine Vielzahl verschiedener Präventionsaktivitäten benötigt, und werden maßgeschneidert für jedes Land berechnet. Dies macht jedoch ein genaues, in Zahlen gegossenes, Wissen über die (lokale) Effektivität der Präventionsprogramme nötig.

Massive Anstrengungen werden auch in anderen Surveillancegebieten notwendig sein, insbesondere im Bereich der Morbidität und Mortalität - hier gibt es derzeit kaum oder nur mangelhafte Datenquellen. Es gilt daher, Mortalitätsstatistiken und AIDS Meldesysteme massiv zu verstärken und zu verbessern, um die Effektivität der Präventions- und Behandlungsprogramme zu dokumentieren.

(Kritische) Ergänzungen aus der Diskussion:

- Was kostet eine durchschnittliche HAART-Therapie („hoch aktive antiretrovirale Therapie“)? Bei „uns“ zwischen 1.000 und 1.400 Euro/Monat in den „Entwicklungsländern“ bereits ab unter 10 Dollar/Monat erhältlich (natürlich nur dort, wo es bereits Verträge mit den Pharmafirmen und der Clinton AIDS gibt...)
- Es gibt Vermutung, dass sowohl die Prävalenz als auch die Inzidenz durch die Einführung besserer Therapieformen steigt (unterstellt die Haltung „die Therapie ist ja erfolgreich, das Leben bleibt angenehm“). Dies ist ein gefährlicher Ansatz, weil er unverantwortliches Handeln unterstellt. Die Prävalenz wird natürlich steigen, die Inzidenz scheint aber zu sinken, weil sich auf Grund der Therapie auch das Risikoverhalten ändert.

Protokoll: Robert Gerstbach-Muck

4. Armut und AIDS

Dr. Huruma Sigalla, Universität Linz

Liz Vibila Vuadi, Universität Kinshasa

Huruma Sigalla:

Der Begriff Armut kann von zwei verschiedenen Seiten her beleuchtet werden. Die eine Seite bezieht sich auf die materielle Armut, hier geht es um Geld und um Beschäftigung. Die zweite Komponente ist die nicht-materielle - unsere Wahrnehmungen, unsere Vorstellungen und unser Verhalten gehören zu dieser Dimension von Armut, die gerade im Zusammenhang mit HIV/AIDS eine bedeutende Rolle spielt.

HIV/AIDS betrifft nicht nur die arme Bevölkerung, Studien beweisen, dass gebildete und wohlhabende Menschen genauso wie arme Menschen davon gefährdet sind.

Von materieller Armut besonders betroffen und daher auch besonders verletzlich sind Frauen und Mädchen. In vielen Fällen sind sie von ihren Männern abhängig. Gerade was ihre Sexualität betrifft, sind Frauen in ihren Entscheidungen nicht frei. Die materielle Abhängigkeit wirkt sich auf Entscheidungen auf den verschiedensten Ebenen, und eben auch auf die Entscheidung auf sexueller Ebene aus. Die Wahrscheinlichkeit für gebildetere Frauen sich mit HIV zu infizieren ist aber trotzdem ebenso hoch wie für ökonomisch schlecht gestellte Frauen. Denn das Wissen über bestimmte Sachverhalte alleine reicht noch nicht aus, um das Verhalten zu ändern. Es geht darum, dieses Wissen in die Praxis umzusetzen - was meist sehr schwer fällt - das ist bei der Raucher-Diskussion im Westen nicht viel anders als im Fall von HIV/AIDS. Der risikoreiche Umgang mit der eigenen Gesundheit, bezogen auf HIV/AIDS betrifft dies vor allem das sexuelle Verhalten, kann auch als eine Art von Armut verstanden werden.

In einer Studie im südlichen Tanzania, in Bulongwa/Makete District, beschäftigte sich Huruma Sigalla unter anderem auch mit der AIDS-Thematik. Hier ging klar hervor, dass sich die Menschen der Krankheit und ihrer Dimension sehr wohl bewusst sind - mehr oder weniger jeder ist von der Pandemie in irgendeiner Form betroffen - dies hat aber noch nicht automatisch Auswirkungen auf das Verhalten der Menschen. Die Betroffenheit über die Krankheit und ihre Folgen ist groß, ebenso aber die Hoffnungslosigkeit und die Wut - Gründe dafür, warum man nicht über die Krankheit sprechen will. Frauen, die ihre Männer an AIDS verloren haben und selbst davon infiziert sind, die ihren Männern aber selbst immer treu waren, hinterbleiben oft mit einer furchtbaren Wut, und ohne Hoffnung weiterzuleben. Auf einen neuen Partner wird aus dieser Wut und Hoffnungslosigkeit heraus dann oft keine Rücksicht genommen.

Westliche Wissenschaftlerinnen kritisieren gerne, dass die Krankheit in Afrika stillgeschwiegen wird („die Leute reden nicht“), dabei ist fraglich, inwiefern sie überhaupt mitbekommen und verstehen können, wie mit der Krankheit umgegangen wird. Sie kritisieren vieles, ohne zu wissen, was eigentlich vorgeht. Die vereinfachte Kritik, dass die Menschen in Afrika über AIDS schweigen, ist nicht objektiv, sie berücksichtigt nur die westliche Perspektive. Die Tatsache, dass die betroffenen Menschen keine Motivation haben, sich testen zu lassen, und anders mit der Krankheit umzugehen, solange sie wissen, dass es für sie sowieso keine Behandlung geben wird, wird häufig außer acht gelassen. Wenn man ohne Hoffnung ist, dann will man vieles gar nicht wissen - tatsächlich wissen die Menschen sehr viel, sie erkennen z.B. auch vielfach die verschiedenen Symptome der Krankheit. Hier zeigt sich eine besondere Bedeutung der Verfügbarkeit von AIDS-Medikamenten: über die dadurch gegebene Behandlungsmöglichkeit hinaus, geben sie den Betroffenen auch Hoffnung, ihren Zustand zu kontrollieren, vielleicht sogar verbessern zu können. Damit ergibt sich ein Anreiz, zu wissen, ob man infiziert ist, die Situation zu akzeptieren und sich entsprechend zu verhalten.

Über das Sexualverhalten von HIV-infizierten Menschen gibt noch sehr wenige objektive Informationen. WissenschaftlerInnen sollten daher enger mit HIV/AIDS-PatientInnen zusammenarbeiten, über ihr Sexualverhalten lernen und sie andererseits über die Infektion informieren.

Zahlen und Daten sind zwar wichtig - über sozioökonomische, politische und kulturelle Faktoren, die die HIV-Infektion beeinflussen, geben sie uns aber keine ausreichende Auskunft.

HIV/AIDS und Globalisierung - sie verbinden und teilen die Welt. HIV/AIDS ist ein globales Phänomen, das Virus und die Krankheit existieren überall, auch wenn z.B. Österreich in viel geringerem Maße davon betroffen ist als Tansania. Auch die Globalisierung ist etwas, das uns verbindet - wirtschaftliche Güter sind sehr mobil, sie sind überall auf der Welt. Wenn es andererseits um Medikamente zur Bekämpfung der Pandemie geht, dann ist unsere Welt wieder eine geteilte, dann sind wir wieder verschiedene Kontinente einer ungleichen Welt. So hatten bis zum Jahr 2002 in gesamt Sub-Sahara-Afrika nur etwa 500.000 HIV/AIDS-PatientInnen Zugang zu Medikamenten. Seit 2003 gibt es nun aber einige Initiativen, um die Medikamente in Afrika billig zur Verfügung zu stellen.

Liz Vibila Vuadi: AIDS führt zum Elend

Die Probleme viele afrikanischer Ländern sind schon bekannt. Menschen leben unter ungerechten Strukturen. Es gibt in vielen Ländern katastrophale Infrastrukturen. Zugang zu Gesundheitsdiensten, zu Schulbildung ist gering. Wo es keine gerechten Strukturen gibt, herrscht soziale Ungerechtigkeit. Die Inflationsraten werden immer höher. In vielen Ländern Afrikas wüten militärische Konflikte, die zur Auswanderung vieler Menschen innerhalb und außerhalb der eigenen Länder führen. Mit diesen Konflikten und den dadurch herbeigeführten Umzügen verbreitet sich auch das Virus. Die Konsequenzen spiegeln sich im Bereich des wirtschaftlichen und sozialen Lebens wieder.

In einer „normalen“ Situation ohne Krieg, ohne AIDS, hängt das Leben vieler Menschen von der Gemeinschaft ab, in der sie auch ihre Arbeitskraft zur Verfügung stellen. Wenn jetzt nun eine Familie von der Krankheit betroffen ist, ist die Existenz vieler gefährdet, weil die Produktion stetig sinkt. Dadurch, dass die Erkrankten viel Pflege brauchen und somit auch Zeit in Anspruch nehmen, gibt es keine kontinuierliche Produktion. Aber auch auf den verschiedensten Arbeitsstellen fehlen die Angestellten. Von der Krankheit sind vor allem die aktiven Mitglieder der Familien betroffen. Sind nun einmal diese Personen erkrankt, bedeutet dies für die Familien, dass sie düsteren Zeiten entgegen blicken müssen.

Wo eine adäquate öffentliche Krankenversicherung fehlt, lastet das Pflegen der Erkrankten auf dem Rücken der Familien. Die medizinische Fürsorge wird eine Last für die Familienmitglieder. Lebensrettende Medikamente sind für viele unbezahlbar. Dazu kommt noch die teure medizinische Behandlung für die AIDS-Kranken, die für die Mehrheit der Bevölkerung kaum leistbar ist. Im Kinshasa/Kongo kostet die Antiretrovirale Therapie nach wie vor 40 US-Dollar monatlich. Dies ist natürlich für jemanden, dem schon die Mittel für die tägliche Nahrung fehlen, eine fast unmöglich zu bezahlende Summe. Frauen, die selber bereits betroffen sind, haben an der Bürde am stärksten zu tragen, weil die Betreuung von kranken Angehörigen ihre Aufgabe ist. Oft bleiben sie nach dem Tod ihrer Ehemänner ohne jegliche Hilfe - dazu gehört auch das Problem des Erbes und das Verteilen der Güter der Verstorbenen. Oft nehmen der Witwe z.B. die anderen Verwandten des Verstorbenen alles weg. Dies bedeutet eine zusätzliche Belastung; und die Lust und Kraft der Frauen weiterzuleben wird dadurch noch mehr vermindert. Trotzdem müssen sie sich um die Kinder kümmern, bis sie womöglich selber durch das Virus zu Tode kommen. Nach ihrem Tod sind es die Großeltern, die sich der Kinder annehmen müssen. Sind die Großeltern nicht dazu in der Lage, kommt es häufig dazu, dass Kinder von der Schule abgehen müssen, um sich um ihre Geschwister zu kümmern.

Kinder müssen immer öfter die Arbeit der Erwachsenen ersetzen, oder ihre erkrankten Eltern und Geschwister betreuen. Dabei begleiten sie nicht nur die anderen in ihrem Leid, sondern gefährden auch ihre eignen Zukunftsperspektiven. Ihre Wiederaufnahme in eine intakte Familie ist mit viel Aufwand in finanzieller, psychologischer so wie in geistiger Hinsicht verbunden.

Was hier geschildert wurde, zeigt, dass das HIV-Virus nicht nur ein Problem des Gesundheitswesens ist, sondern auch einen Stolperstein für die Entwicklung einer Gesellschaft darstellt. Die Abnahme der arbeitsfähigen Mitglieder einer Familie schadet nicht nur einzelnen Familien, sondern sie führt auch zu Produktionsverlusten für das Land. Dies gilt auch für die großen Firmen im so genannten formellen Sektor. In vielen Staaten Afrikas wird es nach Schätzungen des UNDP (United Nations Development Programme) in den kommenden Jahren kaum ein Wirtschaftswachstum zu verzeichnen geben.

Was tun?

In einer Welt, in der Gerechtigkeit herrscht, wird auch der richtige Weg verfolgt werden. Wer kann sich dafür einsetzen? Aufklärungsarbeit wird wichtig für alle sein, um wirtschaftliche Gerechtigkeit zu fordern, und die Bürde anderer zu erleichtern, wenn nicht sogar abzuschaffen. Nur so kann Prävention effektiver werden. Die Welt braucht jetzt eine globale soziale Gerechtigkeit. Diejenigen, die mit dem Virus leben, dürfen nicht diskriminiert werden und dürfen nicht nur deshalb sterben, weil die Pharmaindustrie nur an ihre Profite denkt. Menschen dürfen nicht, weil sie arm sind, dazu gezwungen werden, ihre Körper als Überlebensebene zu benutzen und dadurch das Risiko einzugehen, sich anzustecken. Jede/r soll mit eigener Verantwortung über seine/ihre Sexualität entscheiden dürfen. Armut ist auch kulturell - in Afrika können viele Frauen nicht über ihre eigene Sexualität entscheiden.

Regierungen, die ihre Haushalte einfach für das Töten benutzen, dürfen nicht unterstützt werden. Im Kongo sind z. B. die Ausgaben des Gesundheitsministeriums von 0,8% im Jahre 1990 auf 0,02% im Jahre 1998 gesunken. Die Anzahlen der PatientInnen von einem Arzt/einer Ärztin sind währenddessen von 23.193 im Jahre 1985 auf 32.033 im Jahre 1998 gestiegen. Gleichzeitig hat das Land Krieg geführt. Statt Schulen und Krankenhäuser zu bauen, gab man das Geld für Waffen für einen schon verlorenen Krieg aus. Weil der Kongo reich an Ressourcen ist, müssen die Menschen leiden, kommt es zum Krieg.

Die soziale Gerechtigkeit war in den meisten Ländern nie ein Thema und wird vermutlich auch weiterhin nicht zu einem wichtigen Teil politischer Programme werden.

Über die Verteilung der Ressourcen - im globalen Sinn - auf nationaler und internationaler Ebene, darf nicht länger Stillschweigen herrschen. Die gerechte Verteilung der Ressourcen muss international neu bedacht werden. Die Verfügbarkeit von Ressourcen lässt sich nicht einfach mit einem "inhumanen oder unmenschlichen Protektionismus" (offene oder geschlossenen Märkten und Grenzen) erklären.

Wem nützt denn die Ideologie der einen Welt, der Welt als ein großes Dorf, wie sie von der Globalisierung definiert wurde? Wem nützt sie, wenn Medikamente nicht allen Menschen der Welt zugänglich sind?

Um Waisenkindern heutzutage die Zukunft zu sichern, um die AIDS-Ausbreitung und das Elend zu stoppen, um den Armen Menschenwürde anzuerkennen, braucht man eine mutige Solidarität, Einsatz für mehr Gerechtigkeit. Es gibt nicht zwei Welten - es gibt nur eine Welt!

Diskussion:

Da es so schwierig ist, die Krankheit anzunehmen, offen darüber zu sprechen, etc. weil bezüglich AIDS immer die Hoffnungslosigkeit präsent ist, bietet die Antiretrovirale Therapie sicherlich einen ganz zentralen Bestandteil davon, wie gegen diese Hoffnungslosigkeit angekämpft werden kann. Inwiefern sich die Behandlung durch die Medikamente aber auf ein verändertes Verhalten - z.B. sexuelles Verhalten, sich eher testen zu lassen etc. auswirkt, ist noch ungewiss, und auch erst kaum durch Studien erforscht. Bei uns in Österreich scheint die erfolgreiche Therapie durch die Medikamente aber eher dazu zu führen, dass AIDS als keine Todesursache mehr angesehen wird, und deshalb auch leichtfertiger damit umgegangen wird. Die Tatsache, dass die Pharmaindustrie vorzugeben scheint, dass sie nun die Lösung für die Krankheit gefunden habe, im Sinne von „es ist alles kein Problem mehr“, ist beunruhigend und kann eventuell gefährlich sein.

Die Behandlung selbst sollte nicht nur auf die Medikamente beschränkt bleiben. Da die Medikamente auch Nebenwirkungen verursachen, und die Behandlung theoretisch mit einem sehr gleichmäßigem Tagesrhythmus und einer Umstellung der Nahrungsgewohnheiten einhergehen sollte, wäre eine psychisch-soziale Begleitung nötig - wie Beispiele aus Europa zeigen.

Die Behandlung mit den Medikamenten kann allerdings als erster sehr wichtiger Schritt gesehen werden. Es ist im Lobbying in der letzten Zeit vor allem um den Zugang zu den Medikamenten gegangen. Wenn dieser einmal gegeben ist, wird man sich in Zukunft auch auf die weiteren Rahmenbedingungen konzentrieren können. Dabei muss man sich vor allem auf die menschlichen Ressourcen beziehen, da momentan viele Krankenhäuser mit dem Problem konfrontiert sind, von ihrem Personal verlassen zu werden, und der „brain drain“ prinzipiell in vielen Ländern eine schwerwiegende Problematik darstellt.

Die groben Rahmenbedingungen zur Durchführung der Behandlung sind aber z.B. in Tansania bereits gegeben. Eine Studie belegt, dass die Wahrscheinlichkeit, dass die PatientInnen die Medikamente regelmäßiger schlucken werden in Afrika höher ist als in Europa. Bezüglich der psychologischen Betreuung, Aufarbeitung der Krankheit, Umgang mit Trauer etc. (nicht auf neurologische Probleme bezogen), kann das soziale Netz in weiten Teilen Afrika als relativ existent und gut genug betrachtet werden, um mit solchen Aufgaben fertig zu werden - die Kranken werden ja in den meisten Fällen auch von der Familie zu Hause gepflegt.

Im Moment stellt AIDS in Afrika eine Todesstrafe dar. Wenn Medikamente flächendeckend zur Verfügung gestellt werden, und dadurch das Töten durch die Krankheit gestoppt wird, dann wird es auch wieder Hoffnung geben, und man wird auch offener mit der Krankheit umgehen können.

Medikamente sind im Kampf gegen AIDS also ganz zentral, man muss sich aber natürlich auch mit anderen Aspekten der Krankheit auseinandersetzen - so z.B. mit der stetig steigenden Zahl an AIDS-Waisenkindern, mit der Prävention, aber auch mit politischem Lobbying, um zu einer sozialen Gerechtigkeit zu gelangen. AIDS sollte als Querschnittsthema behandelt werden.

AIDS ist auch ein soziales Thema. Die Krankheit ist in den meisten afrikanischen Ländern immer präsent, auch wenn nicht darüber gesprochen wird. AIDS verändert die sozialen Strukturen einer Gesellschaft - Abhängigkeiten und Machtverhältnisse sind dadurch in starken Veränderungen begriffen. Die Menschen gehen nicht - wie oft dargestellt - verantwortungslos mit dieser Krankheit um.

HIV/AIDS und der Umgang mit der Krankheit sind in starkem Maße auch mit der Politik verwoben. Im Kongo engagiert sich die Politik nach wie vor sehr wenig für das Thema HIV/AIDS. PolitikerInnen bereichern sich hier immer wieder an Geldern, die von internationalen GeldgeberInnen zur Verfügung gestellt werden.

Prinzipiell kann aber festgehalten werden, dass die PolitikerInnen zwar sehr langsam, aber doch beginnen, in die Problematik einzugreifen, da immer klarer wird, dass man nur so auf internationaler Ebene als PolitikerIn ernst genommen werden kann. In Afrika ist der Einfluss der WählerInnen auf die tatsächliche Politik relativ gering, und so kommt Bewegung bei bestimmten Themen in der Politik nur sehr langsam in Gange. Andererseits sind auch die PolitikerInnen Teil der jeweiligen Gesellschaft, sie sind in ihr erzogen und sozialisiert worden und der Umgang mit gewissen Themen ist für sie nicht anders als für andere BürgerInnen auch. Insofern könnte AIDS ja auch zu einer Schlüsselthematik werden, weil gerade von diesem Thema wirklich alle betroffen sind. Letztendlich geht es aber um die persönlichen Einstellungen jedes/er Politikers/in, die einen Teil der Gesellschaft darstellen und durch sie geprägt sind.

Neben der Politik spielen sowohl die Kirchen, als auch die restliche Zivilgesellschaft eine bedeutende Rolle im Kampf gegen HIV/AIDS. Z.B. im Kongo hat die Kirche sehr lange zum Thema geschwiegen, und dann erst spät begonnen, darüber zu sprechen. Letztendlich konnte sie aber nicht länger dazu schweigen, weil die Betroffenheit unter den Menschen zu groß war. Jetzt ist es sogar möglich, dass über Kondome und Sexualverhalten gesprochen wird. Während die junge Generation an Priestern sehr viel mehr Offenheit gegenüber Themen wie Sexualität, Kondomen und AIDS zeigt, ist die alte Generation sehr stark in ihren Werten verhaftet. Jedenfalls kann die Kirche im Kampf gegen HIV/AIDS nicht einfach ausgeblendet werden, sie engagiert sich immer mehr dafür, sie kann die Menschen im Umgang mit der Krankheit unterstützen - aber sie muss auch sicherlich noch einiges lernen. In vielen afrikanischen Ländern ist das kirchliche System an sozialen Einrichtungen ein sehr gut funktionierendes und gut ausgebautes, das einen wichtigen Beitrag leisten kann. AIDS bringt auch Menschen verschiedener Religionen zusammen.

Die Zivilgesellschaft außerhalb der Kirche engagiert sich bereits auf vielfältige Weise im Bereich HIV/AIDS. Um etwas zu erreichen, muss man ökonomisch unabhängig sein. Gerade um dies durchzusetzen, wird die Zivilgesellschaft eine wichtige Rolle spielen.

Protokoll: Katharina Salcher

5. Mainstreaming AIDS bei Projekten der Entwicklungszusammenarbeit, Janine Wurzer, Care Österreich

In meinem kurzen Input zu Strategien und Methoden in HIV/AIDS Projekten werde ich mit einer zusammenfassenden Beschreibung des Kontexts des Projekts beginnen und dann die vom Projekt verwendeten Strategien beschreiben.

KONTEXT

CARE Österreich arbeitet seit November 2002 mit der Unterstützung des Liechtensteinischen Entwicklungsdienst in der AIDS Prävention in der Provinz Inhambane im Süden von Mozambique. Mit 1.1.2004 wurde das Projekt mit der Unterstützung der Europäischen Kommission und dem Österreichischen Außenamt ausgeweitet. Das Projekt konzentriert sich geographisch auf zwei wichtige Transportkorridore in Mozambique und Malawi (Northern Maputo transport corridor/Vilankulos - Maxixe; West Nacala Corridor/Nampula Blantyre).

Mozambique und Malawi gehören zu den 10 von der ADIS Pandemie am meisten betroffenen Ländern und auch zu den 10 ärmsten Ländern der Welt. Im Jahre 2000 wurde die HIV-Ausbreitungsrate in der erwachsenen Bevölkerung in Mozambique auf über 12% und in Malawi auf 16% geschätzt. Jeden Tag infizieren sich hunderte von Personen, besonders entlang der Transportkorridore breitet sich die Epidemie rasch aus. Das Projekt richtet sich an die mobile Bevölkerung und insbesondere an Jugendliche zwischen 10 und 24 Jahre; nach Schätzungen wird ein Großteil der Neuinfektionen, ca. 45%, in der Altersgruppe „unter 24“ registriert. Die extrem hohen Todesraten durch AIDS lassen die zukünftige Lebenserwartung in Mozambique auf 27 Jahre für 2010 sinken.

Innerhalb der Zielgruppen des Projekts wird zusätzlich auf Mädchen und Frauen fokussiert, denn sie sind auf Grund biologischer, sozialer und ökonomischer Faktoren einem höheren Risiko in Bezug auf HIV ausgesetzt.

PROJEKTANSATZ - „approach“, der konzeptionelle Hintergrund des Projekts

Mainstreaming HIV/AIDS scheint besonders im südlichen Afrika unausweichlich: Die Auswirkungen von HIV/AIDS sind so augenfällig, ihr Einfluss auf die Entwicklung der Länder kann kaum überschätzt werden; In Malawi bricht zunehmend das Schulsystem zusammen, weil zu viele Lehrerinnen und Lehrer an AIDS sterben, in Ruanda gibt es die höchste Zahl an Waisenkindern auf Grund des Genozids aber auch auf Grund von AIDS, im mehr Menschen fallen aus dem produktiven Leben aus. HIV/AIDS beeinflusst alle Lebensbereiche.

CARE arbeitet in seinen Projekten mit zwei großen strategischen Ansätzen:

1) Household Livelihood Security - dabei geht es um die Sicherung der praktischen Bedürfnisse der Haushalte - um einen angemessenen und nachhaltigen Zugang zu Einkommen und Ressourcen, um die Grundbedürfnisse der Familie zu befriedigen. Dazu zählen der Zugang zu Nahrung, Trinkwasser, Gesundheitsversorgung, Bildung, Behausung/Unterkunft und Zeit für die Teilnahme an der Gemeinschaft und für soziale Integration.

2) Der Ansatz zur Sicherung der Grundbedürfnisse von Haushalten wurde von CARE integriert in einen Menschenrechts-Ansatz, „rights based approach“. Darin wird der Mensch nicht nur als Bedürfnisträger definiert sondern vielmehr als Träger von Rechten und Pflichten. In diesem Konzept entsteht der Anspruch auf die Erfüllung von Grundbedürfnissen und die Möglichkeit verschiedene Institutionen und Personen für die Erfüllung verantwortlich zu machen. Daraus ergibt sich auch die Legitimität, Rechte für verschiedene Menschengruppen, insbesondere für marginalisiert und verletzte Gruppen, einzufordern - Advocacyarbeit/Anwaltschaftsarbeit.

Auf dieser konzeptionellen Idee baut die Arbeit von CARE in Mozambique und Malawi auf.

DAS PROJEKT

Im konkreten Fall heißt das, dass alle Partner des Projekts vertreten, dass alle Menschen, unabhängig von ihrem sozialen Status, ein Recht haben: auf Gesundheitsversorgung und Behandlung und Zugang zu Information und Wissen, um sich vor HIV Infektion schützen zu können, sowie die Erfüllung ihrer allgemeinen Menschenrechte.

Auf diese Prämisse bauen die vier wesentlichen Strategien des Projekts zur HIV/AIDS Bekämpfung auf.

- 1) Die Unterstützung bzw. der Aufbau eines integralen Systems, das die HIV Prävention sowie die Behandlung und Betreuung von HIV/AIDS Betroffenen sicherstellt.
- 2) Positive Verhaltensveränderung
- 3) Die Stärkung lokaler Ressourcen und Kapazitäten
- 4) Anwaltschaftsarbeit für die Rechte von Menschen, die von HIV/AIDS betroffen sind

1) Stärkung eines integralen Systems zu HIV Prävention, Behandlung und Betreuung:

In Entwicklungsarbeit ist es zunehmend wichtiger, neue Aktivitäten in Bestehendes zu integrieren und ergänzend zu arbeiten. Das CARE Projekt arbeitet mit dem Modell von Beratungszentren: dort können die Menschen anonyme AIDS Tests machen, sie werden beraten und an andere „Aktivitäten“ weitergeleitet.

Die Beratungszentren stehen in ein Netz von Gesundheitsaktivitäten andere NGOs, des Gesundheitsministeriums oder des Projekts - wesentlich ist, dass die Akteure das Netz kennen, zusammenarbeiten und die Klientinnen und Klienten aneinander weitervermitteln.

Z.B.: Erfährt eine schwangere Frau nach einem freiwilligen HIV-Test, dass sie HIV positiv ist, soll sie an bestehende Selbsthilfegruppen von HIV positiven Müttern weitergeleitet werden können, die sie spezifische beraten können etc.

2) Die Strategie der positiven Veränderung von Verhaltensmustern ist einer der wesentlichsten Strategien im Bereich der Erziehungs- und Bildungsarbeit - „Positive Behaviour Change Strategy“.

Wichtigste Methode dieser Strategie im Zusammenhang mit dem Projekt ist die „Peer to Peer“ Methode - dabei informieren einander Menschen mit denselben Lebensbedingungen, demselben Beruf oder aus der gleichen Altersgruppe.

Zum Beispiel wird das Projekt Prostituierte ausbilden, um ihrer Kolleginnen über HIV/AIDS Übertragung auszuklären. Weiters werden vor allem Jugendliche geschult, um Gleichaltrige zu HIV/AIDS zu beraten.

Im wesentlichsten zielt diese Strategie auf die Reduzierung des Risikoverhaltens und den Abbau von Stigmatisierung und Diskriminierung ab.

Zur Verhaltensveränderung trägt wesentlich bei, wenn auch Behandlungsmöglichkeiten zu Verfügung gestellt werden. Dabei schließt sich der Kreis zum bereits erwähnten, es ist wichtig ein integrales System zu erarbeiten, damit die verschiedenen Aktivitäten wirksam werden. Stigmatisierung und Diskriminierung entsteht auch durch fehlende oder falsche Information, insofern wird das Projekt z.B. auch breite Radiokampagnen durchführen.

Integriert in das gesamte Projekt sind Forschungsprojekte, um unter anderem die unterschiedlichen Informationsbedürfnisse von Mädchen und Burschen bzw. von Frauen und Männer unterschiedlicher Altersgruppen festzustellen. Informations-, Erziehungs- und Kommunikationsaktivitäten müssen sehr genau auf Zielgruppen zugeschnitten werden, um wirksam zu sein.

3) Die dritte Strategie des Projekts unterstützt die Stärkung lokaler Organisationen, Vereine, Gruppen, Initiativen etc.

Das Gesundheitssystem ist in der Betreuung von HIV/AIDS Kranken völlig überfordert, die Kapazitäten reichen bei weitem nicht aus. Aber auch um die Prävention von AIDS effektiv umsetzen zu können, sind die Menschen wesentlich auf lokale Aktivitäten angewiesen. Lokale NGOs und Vereine haben einen viel leichteren Zugang zu den Menschen als große staatliche Institutionen, meist kennen lokale Initiativen auch viel besser die Bedürfnisse ihrer Zielgruppen; oft fehlen den lokalen Organisationen und Gruppen aber Fähigkeiten vor allem im Bereich Management und Fund Raising, aber auch in ihrer fachspezifischen Arbeit brauchen diese Organisationen oft Unterstützung. Dennoch sind es vor allem diese lokalen Initiativen, die ein würdiges Leben von HIV/AIDS Betroffenen unterstützen und damit für die Umsetzung ihrer Menschenrechte sorgen.

Daher unterstützt das Projekt insbesondere die lokalen NGOs und Vereine in Organisationsentwicklungsprozessen sowie in der Ausbildung ihrer MitarbeiterInnen zu HIV/AIDS, Gender und Menschenrechte.

4) Als vierte und letzte Strategie habe ich einleitend die Anwaltschaftsarbeit erwähnt. Anwaltschaftsarbeit wird von CARE weniger als Beeinflussung verstanden sondern vielmehr als Informationsarbeit über Rechte insbesondere Menschenrechte. Alle Menschen in der Gesellschaft sind Trägerinnen und Träger von Rechten und Pflichten, dieses Bewusstsein muss in vielen Menschen erst geschaffen werden. Um diese Bewusstseinsbildungsarbeit leisten zu können, werden unterschiedliche Personen und Organisationen ausgebildet, insbesondere politische Akteure in den Regierungen der Provinzen aber auch MitarbeiterInnen lokaler NGOs und Netzwerke. Das Bewusstsein für die Rechte der von HIV/AIDS betroffenen Menschen muss auf allen Ebenen der Gesellschaft hergestellt werden, bei den Betroffenen wie bei politischen EntscheidungsträgerInnen auf lokaler, regionaler und nationaler Ebene.

Janine Wurzer, CARE Österreich

6. Komponenten multisektoreller AIDS-Bekämpfungsstrategien Dr. Klaus-Peter Schmitz, Malteser Auslandsdienst

Dr. Schmitz berichtet von seinen Erfahrungen beim Deutschen Entwicklungsdienst, er macht u.a. Vorbereitungsseminare zu HIV/AIDS. Er hält fest, dass es nicht nur darum geht Fachleute aus dem Gesundheitswesen auf diese Tätigkeit vorzubereiten, sondern es sind alle Sektoren davon betroffen, alle brauchen ein Handwerkszeug.

Folie: Zahlen Aids weltweit

Wie wird mit Zahlen umgegangen? Je nach Darstellung wird klarer, worum es geht. 40 Mio. weltweit, 8.500 pro Tag, wie wenn 25 Jumbojets pro Tag abstürzen, etc.

Folie Statistik Namibia

Namibia wird als Beispiel gebracht; bei Schwangeren sind bis zu 30% infiziert (ca. 200 Blutproben pro Spital werden entnommen). Bei Zahlen muss man sich immer vor Augen halten, welche Gruppe untersucht wird, hier werden Schwangere untersucht, die zur Schwangerenvorsorge kommen.

Folie mit 3 Aussagen

Dr. Schmitz möchte damit das Problem darstellen und zeigen, was man machen kann.

Folie Aids Programme

Der Begriff „home based care“ soll weit gefasst werden: Nahrungsmittelsicherung, Existenzsicherung, Pflege, etc. Es gibt Dörfer im Norden Namibias, wo nur mehr Kinder und alte Leute leben. Wie kann man diese Gruppen dazu bringen/sie unterstützen, ihre Existenz zu sichern. Auch Frauen, die als Witwen leben, wie kann man diese unterstützen, um ihre Existenz zu sichern? STDs - Sectional Transmitted Diseases - hier gehören Geschlechtskrankheiten dazu
ART - Antiretrovirale Therapie - ist nur ein Teil von dem, was man machen kann.
Man muss nicht alle Maßnahmen ergreifen, es können auch Teile herausgenommen werden.

Folie: Namibia Catholic Aids Action

Dr. Raphaela Haendler betreibt Projekt, hat erreicht, dass Kondome nicht mehr verteuert werden; ihr Programm: 1200 ehrenamtliche MitarbeiterInnen - Volunteers, die in Kursen ausgebildet werden. Kurse haben unterschiedliche Länge von 2-4 Wochen.

Die Versorgung von Waisen ist ein riesiges Problem in vielen Regionen Afrikas.

Home Based Family Care: Versorgung von Kranken, wie sie gepflegt werden sollen, wird den Familien beigebracht. Damit soll auch die Angst genommen werden, wie man mit den Kranken umgeht. Spirituelle Begleitung, Betreuung der Kinder, etc.

Es wurde ein Handbuch entwickelt, was sehr praktisch für die Ausbildung dieser Volunteers ist.

Folie: Namibia Catholic Aids Action Forts - 2

Peer Education:

Eine/r wird aus der Gruppe genommen, der seinen Gleichaltrigen Infos weitergeben soll. Spezifisch für Altersgruppen entworfen; Programme, die nach Schneeballsystem funktionieren. Programme sind in Namibia ziemlich flächendeckend verfügbar.

VCT: voluntary counseling & testing: wichtig zu vermitteln, dass auch negatives Ergebnis ein sehr wichtiges Ergebnis ist, und wie mit einem positiven Ergebnis umgegangen wird, wie man die Menschen unterstützen kann.

Folie: PMTCT

Kam 1999 auf, wo ein Medikament getestet wurde, euphorische Stimmung, da Rate von 25% auf 5% mit Gabe dieser Medikamente gesenkt werden konnte. Schnell kam jedoch folgende Frage auf: Wenn wir nun verhindern, dass Kinder krank werden, was passiert mit der Mutter? Dann habe ich die Waisenkinder. War ethisch wichtige Frage, aber nicht die einzige. Haben wir die Infrastruktur die Mütter zu beraten und zu testen? Die meisten kommen ja nicht, um sich testen zu lassen - Angst, Stigma, etc. Bei Aufforderung nicht zu Stillen - haben wir genug Flaschenmilch? Können wir sicherstellen, dass Flaschenmilch nicht weitere Krankheiten bringt?

Folie: Workplace Programmes - Bsp. Daimler Chrysler Südafrika

anderer Aspekt - kann man im informellen Sektor machen, was DC in Südafrika gemacht hat? Hier geht es darum, die Angestellten von DC entsprechend zu betreuen. Hier sieht man, dass sich die Komponenten der Programme ähnlich sind. Haben 180 ausgebildete peer educators, es gibt voluntary counselling und testing. Ärzte in Region sind auch in Programm einbezogen, damit auch Hausärzte die Tests machen und beraten können. Krankheit hat immer Einfluss auf Human Resources, 400 sind bei DC positiv getestet worden, es ist jedoch keine Pflicht, sich bei DC testen zu lassen, wenn man dort arbeiten möchte. Programm erstreckt sich auch auf Familien und Zulieferfirmen.

Wichtig ist auch das „political commitment“. Jene, die Einfluss auf die Bevölkerung haben, sollen Programme unterstützen; z.B. die Gewerkschaften, regional local governments, NGOs, community based organisations, etc.. Ganz wichtig, dass diese einbezogen werden, um Akzeptanz zu bekommen.

Folie: Malteser Auslandsdienst

welche Aufgaben und welche Projekte sie haben

Es gibt relativ großes Aufklärungsprogramm für Schulen, Militär, Grenzgebiet, Polizei. Bsp. Myanmar: riesiges Problem ist dort die Prostitution und sex traffic. Frauen werden aus Dörfern entführt und verkauft, Kombination mit Drogen - wie Benn sagt: der Virus hat wieder die Schwachpunkte erfasst.

Wie geht man mit Thema AIDS um? Wir stricken an einer aids policy für den Malteser Auslandsdienst; nicht nur humanitäre Hilfe sondern auch Entwicklungszusammenarbeit ist wichtig.

Folie: Uganda Story

Es gibt nicht nur *eine* Lösung, sondern es ist immer eine Zusammenstellung aus verschiedenen Komponenten. Bevölkerung wurde mittels Plakat (1987) aufgefordert, die Anzahl der Sexualpartner zu reduzieren.

Uganda hat ca. 10 Jahre Vorsprung gegenüber anderen Ländern, da Präsident Museveni Prävention schon früher gepusht hat.

ABC - Abstinenz ist das beste Mittel, um Infektion zu vermeiden. Auch monogam leben und die partnerschaftliche Beziehung pflegen, etc. Es gibt aber viele Leute, die sich weder A noch B leisten können, diese sollen dann Kondome nehmen.

Frauen haben aber oft nicht Chance/Möglichkeit, selbst diese Entscheidung zu fällen. Selbst wenn frau sich entscheidet, ist sie nicht sicher, ob Mann treu ist.

Es hat bereits eine Verhaltensänderung gegeben. Mädchen haben ersten Sexkontakt nicht bereits mit 12 sondern erst mit 13 oder 14. Auch ist wechselnder Geschlechtspartner vor der Ehe weniger geworden, was enorme Auswirkungen hat.

es gibt die Befürchtung, dass die Zahlen in Uganda beschönt sind, Lebenserwartung steigt jedoch, Erfahrungen, die in Uganda gemacht wurden sind wichtig.

Folie: Social Marketing

social marketing (PSI) - Kondome lokal vermarkten

Kondome - man muss sie nicht benutzen, aber man kann sie in die Hand nehmen und darüber reden. Gerade mit Jugendlichen, soll man über Sexualität reden. Gehört auch zu social marketing dazu. Die Botschaft ist wichtig, Bilder die benutzt werden beruhen auf Marktanalysen, wie muss Produkt aussehen, damit es hip ist, man muss es verkaufen wie Zigaretten oder Medikamente. Das ist Werbegeschäft, gerade bei Kondomen, gibt auch dazu passende t-shirts, Kappen, Theatergruppen. Händler sollen eine kleine Marge verdienen können, damit wird Distribution gesichert.

Die Botschaft und Bilder, die man benutzt, müssen verständlich sein, Leute müssen wissen worum es geht.

Folie: IEC - Slogans

Wir verstehen die Sprache nicht, jedoch die Bilder. Wie wird Virus übertragen und wie nicht. Schlimmstes Beispiel, das ich kenne: Namibia, Gesundheitsministerium: produzierte Aufkleber mit Text: „say no to sex!“ Ist völliger Schwachsinn. Man muss aber auch verstehen, wie es dazu kommt. Warum wird so etwas produziert? Im Ministerium gibt es die Planstelle Marketing, bekommt Auftrag Aufkleber zu machen mit irgendeinem Slogan. Und so entsteht so ein Slogan, der niemanden anspricht. Wichtig zu überlegen, welche Botschaft wollen wir überbringen, Eigenheiten der Kultur müssen in Betracht gezogen werden, z.B. werden bildliche Darstellungen von einem Paar im Bett mit Decke drüber und Kondom am Nachttisch nicht akzeptiert.

In Namibia wurde gemeinsam mit Mitarbeitern ein nettes Poster gemacht, das die Leute anspricht. Bilder von lokalen Bars auf einem Poster; in diesen Bars soll es Kondome geben.

Folie: Probleme/Widerstände

Was sind denn Probleme und Widerstände, mit denen ich konfrontiert werde, wenn ich mit Menschen zu tun habe. Stigma und Diskriminierung sind ein riesiges Problem - hier übrigens auch. In einem Land, wo ich nicht aufgewachsen bin, ist es noch schwieriger, die Stigmatisierung zu verstehen. Kollegin in Namibia, ist seit mehr als 35 Jahren Krankenschwester, ihre Tochter ist an Aids gestorben. Konnte Wort Aids nicht in den Mund nehmen, sobald ihre eigene Tochter davon betroffen war.

Wichtig ist Unterstützung von Senioren und lokalen Autoritäten. Gouverneur in der Region kümmerte sich darum, dass in seiner Region etwas passierte, war sehr engagiert, da Frau + Tochter Krankenschwestern waren. Half dabei, die lokalen Autoritäten zusammenzubringen und darüber zu sprechen. Heute gibt es genug Senioren in den Gesellschaften, die an entsprechenden Schlüsselpositionen sitzen und wissen, dass sie das Problem lösen müssen. Entscheidend ist, dass die lokalen Entscheidungsträger Aids auch als Problem sehen und sich engagieren.

Schwache Infrastruktur ist immer noch ein Problem.

Mangel an Kompetenz - ist großes Problem

Man muss mit viel Frustration rechnen, kann aber auch positive Erlebnisse haben. Man muss sich immer fragen, wie kann ich Strukturen schaffen, um solche Projekte durchzuführen. Gibt es die Kapazitäten, um Programme abzuwickeln, Aids Komitee in Regionalverwaltung installieren, in Krankenhäusern, in den Schulen, etc.

Beschäftige mich seit Mitte der 80er Jahre mit Aids. Lokale Betroffenheit ist enorm groß, die Daten sind bekannt, Menschen sterben wie die Fliegen, macht alle betroffen, Betroffenheit ist so groß, dass man nicht mehr wegschauen kann. Bereitschaft darüber zu reden ist viel größer als bisher. Ist eine starke Motivation, jetzt etwas zu machen und sich nicht frustrieren lassen.

Diskussion:

zuerst Fragen/Anmerkungen (F), dann ev. Austausch, Erfahrungen

F: Inwiefern spielen Traditionelle Heiler eine Rolle?

Schmitz: Namibia, Simbabwe und Mocambique: es wurden Workshops mit traditionellen Heilern gemacht. Endeten damit, dass erkannt wurde, dass es hier ein Problem gibt. Praktizierten viel mit Blut, erkannten, dass sie Wirkung auch ohne Blut erzeugen können. Bereitschaft sich mit Aids auseinander zu setzen, ist gewachsen. Auch Dorfvorsteher hatten beschlossen, dass Aids gesehen und benannt wird.

Simbabwe: frühzeitig Kontakte mit traditionellen Heilern. Offizielle Strukturen der trad. Heiler sind anerkannt, es besteht Kontakt und Austausch. Gibt aber noch genügend Scharlatane, die auch in den Zeitungen annoncieren, teilweise schlimme Vorfälle, wo empfohlen wird, mit kleinen Kindern/Jungfrauen Sex zu haben, um sich zu säubern bzw. zu heilen. Wird aber gerichtlich geahndet. Es gibt immer wieder welche, die mit Leid und Krankheit der Menschen Geld verdienen wollen.

F: Dialog zwischen trad. Medizin und westl. Medizin wird vorangetrieben - möchte das unterstreichen. Zusammenarbeit in Mocambique wird gesucht, es gibt ein Programm seit 4 Jahren, wo es darum geht, diesen Dialog zu führen. Heiler soll Patienten, die TBC oder Aids haben nicht behandeln, sondern zu Medizinern führen.

F: Stigma - interessiert mich persönlich, habe mit verschiedenen graden des Stigma gearbeitet. Wie messen wir Stigma? können wir Stigma reduzieren?

Schmitz: Ugandischer Kollege hat gesagt: wenn wir soweit sind, dass Leute nach Hause gehen und mit Nachbarn über Testergebnis reden, dann haben wir Ziel erreicht. Soweit sind wir noch nicht. auch wichtig der Moment, wo Therapie mit Medikamenten beginnt. Dann sind Leute wieder arbeitsfähig, erzeugt ziemlichen aha-Effekt. Da liegt die größte Chance darin, deshalb ist auch Zugang zu Medikamenten so wichtig. Simbabwe: es wird über Aids schon viel mehr geredet, v.a. in der eigenen Gruppe, sie hören auf zu reden, wenn jemand dazukommt, der davon betroffen ist aus angst, der Person weh zu tun. Hier gibt es eine Menge zu tun, obwohl Bereitschaft zu reden bereits gestiegen ist. Auch Politiker müssen dazu gebracht werden, darüber zu reden.

F: in Namibia habe ich gearbeitet, wo auch home based care angeboten wurde. Anbieter wurden anfangs vertrieben, heute ist es viel besser. Es gibt Rollenspiele, Chor wurde gegründet, „aids-präventions-lieder“, damit begannen sich die Leute zu öffnen und darüber zu reden. Es gab sogar Ärzte, die darüber nicht sprachen.

F: bei Stigma Frage muss auch gefragt werden, in welcher Einheit soll Stigma gemessen werden? Könnte sein, inwieweit darüber gesprochen wird. z.B. Senegal hat eine relativ geringe Rate. Dortige Politik: eine Prostituierte kann wesentlich mehr Leute anstecken, weshalb sich die Maßnahmen speziell auf Prostituierte gerichtet haben. Schulungen, Aufklärung, gratis Kondome, etc. dadurch konnte Infektionsrate niedrig gehalten werden.

Schmitz: Prävention wirkt dort, wo spezielle Zielgruppen angesprochen werden.

F: Wenn von sektorübergreifenden nationalen Aids Programmen gesprochen wird, welche Rolle haben z.B. der Landwirtschaftssektor, Verteidigungssektor, etc.?

Schmitz: War Schlüsselerfahrung in Namibia: 1999 wurde natl. aids Programm aus der Wiege gehoben, es wurden sektorale Obligationen festgelegt. Für jedes Ministerium, für die Post, Telekom etc. wurde peer education festgesetzt. Kondome wurden zur Verfügung gestellt, care-programme für eigene Mitarbeiter, wichtig war auch die klare Zielsetzung zu sagen, es ist nicht nur ein Problem der Gesundheitsdienste, sondern auch für die Postverwaltung, Telekom, für jeden eigenen Betrieb etc. Das hat sich praktisch so ausgewirkt, dass es in den Regionen Planungsmeetings gab, es entstanden Arbeitspläne der verschiedenen Sektoren (Landwirtschaft, Immigration, etc.), wo reingeschrieben wurde, welcher Beitrag zur Aids Prävention geleistet werden kann. Es musste auch dafür budgetiert werden (z.b. Ankauf von Kondomen, Info-broschüren, etc.). Man soll nicht auf Hilfe von außen warten. Wichtiger Prozess für die Bewusstseinsmachung. Im Vorfeld ist der Prozess der Planung, Absprache, Einbeziehung, etc. auch in Deutschland war dieser Prozess notwendig. Es muss auf jeden Fall darauf geachtet werden, welche Auswirkungen Aids auf die einzelnen Sektoren hat, um dann die entsprechenden Maßnahmen und Prozesse festzusetzen.

Schmitz: Es ist auch ein Aspekt in der Personalplanung: wenn ich für eine Funktion Leute ausbilden will, die ich in 5 Jahren brauche, hole ich mir 10 Leute, damit ich dann 5 habe. Heute muss man sich 20 holen, um nach 5 Jahren noch 5 zu haben. Das kann man nicht ins Programm schreiben, da es unethisch ist, dennoch muss es in Betracht gezogen werden, Bsp. Kambodscha

F: Präventionsmaßnahmen - infizierte Personen müssen einbezogen werden in alle Präventionsmaßnahmen sonst funktioniert das nicht mehr. Es sollen nicht die Gesunden die Gesunden schützen, es müssen alle einbezogen werden. Infizierte müssen aktiv mitarbeiten.

F: Ich arbeite in Eritrea in der Gesundheitserziehung. Unsere Berater sind HIV positiv. Wenn jemand ein positives Ergebnis hat, dann ist er der Glaubwürdigste, um andere wieder aufzurichten. Teilnehmerin bringt Bsp. aus ihrer Beratung, wo der Berater die Menschen erreicht. Menschen helfen einander, alle sind eingebunden.

F. In Kenia habe ich das auch erlebt, vor allem bei den Jugendlichen.

Schmitz: KAP-Survey ist Meßmethode um festzustellen, ob sich etwas geändert hat, was es gebracht hat. K=Knowledge; A=Attitude, P=Practise

Auch die Leute im Busch wissen eine ganze Menge. Attitude: wie gehen die Leute damit um, was tun sie - Practise. Es wird Eingangsstudie gemacht, und nach 5 Jahren werden Ergebnisse überprüft. Ist mühselig, man darf Ansprüche nicht zu hoch stecken. Verhalten ändern ist wesentlich schwieriger, als Medikamente einzunehmen.

F: Es braucht oft 1,5 Generationen, um ein Verhalten zu ändern. Siehe bei uns, wie lange es gedauert hat, über Familienplanung öffentlich zu reden.

Schmitz: in Namibia war die lokale Betroffenheit für mich ein aha-Erlebnis. Dann wenn Leute es annehmen, dass sie ein Problem haben. Man kann nicht alles steuern und planen, es muss auch von den Leuten selbst kommen. Deshalb bin ich mit Statistiken sehr skeptisch.

Man muss sich klar sein, dass es ein mühseliges Geschäft ist. Beobachte, dass sich erst seit 4-5 Jahren wirklich etwas bewegt. Man soll weiter motiviert sein, alle Bereiche abdecken und massiv weitermachen. Nicht entmutigen lassen von Fehlschlägen, die es immer wieder gibt.

Je mehr man sich mit dem Problem beschäftigt, desto größer wird das Problem, desto weiter verzweigt es sich. Mainstreaming Prozess ist kein einfacher Prozess. Viele Fragen und Definitionen sind noch offen.

F: Man darf sich auch nicht von Rückschlägen entmutigen lassen. USA forderte bei Aidskonferenz, dass Homosexualität und Prostitution in Programmen nicht stehen dürfen. Ist ein Rückschlag, der einen aber nicht aufhalten soll. Ist auch ein Grund, warum es keine Bevölkerungskonferenz mehr gibt (Kairo 10+), um USA oder Muslimischen Organisationen keine Plattformen zu geben, ihre Entscheidungen von vor 10 Jahren wieder rückgängig zu machen.

Schmitz: Mir sind auch die Waisenkinder ein Anliegen. Projekt in Thailand, EU gefördert, von EU festgelegt, dass nicht Waisen sondern Aids-Waisen im Programm stehen, da es genauso viele Waisen gibt, deren Eltern nicht durch Aids starben. Diese sind vom Programm ausgeschlossen. Konnte letztendlich umgangen werden.

Auch in Namibia wurde darauf geachtet, Menschen durch Aids-Bezeichnung nicht zu stigmatisieren.

Protokoll: Lilli Gneisz, OIIP

7. Anwaltschaftliche Arbeit im Kampf gegen HIV/AIDS

Dr. Christoph Benn, Global Fund, Genf;

Mag. Frank Amort, AIDS-Hilfe Wien

Amort:

- Bestandsaufnahme für Österreich: 1983 wurde der erste AIDS-Fall in Österreich bekannt; 2004 gibt es ein sinkendes öffentliches Interesse bei 442 Neuinfektionen/Jahr. Seit 5,5 Jahren gab es keine österreichweite Kampagne mehr zu diesem Thema, seit 20 Jahren gibt es keine relevanten Zahlen aus Österreich (die Angaben schwanken zwischen 4.000 und 15.000 infizierten Menschen). Die Mortalität ist seit der Verbesserung der Therapie drastisch gesunken; es gibt einen „Megatrend“ bei nicht drogenabhängigen Frauen. 60 Prozent der Menschen, die in die Klinik kommen und AIDS krank sind, wussten nicht, dass sie HIV-positiv sind.
- Der typische Klient (der AIDS-Hilfe) ist ein Mann zwischen 30 und 40 Jahren, hat keinen Arbeitsplatz, lebt von der Notstandshilfe und eine lange Lebenserwartung. Er steht vor dem Dilemma „Was mache ich mit diesen 15, 20 Jahren?“ - Die beste Hilfe innerhalb der EU ist die Erhaltung des Arbeitsplatzes!
- Herausforderungen sind Kooperationen mit Osteuropa (vermutete hohe Prävalenzzahlen) und der Umgang mit den neu auftretenden „Neben-Krankheiten“ wie TBC, Hepatitis und STDs (Sexuell übertragbare Krankheiten) besonders bei MigrantInnen

Benn:

- In Deutschland gibt es rund 2.000 Neuinfektion/Jahr. Das öffentliche Interesse ist stark zurückgegangen. 2001 kam es zur Bildung des Netzwerkes <http://www.aids-kampagne.de/> aus AIDS-Hilfen und NGO mit Blick auf globale Zusammenhänge. Ein wichtiger Schritt für die Bewegung war die Einbindung von Menschen mit HIV.
- Der Global Fund hat im Moment ein Budget von 1 Milliarde Dollar/Jahr, soll bis 2005 auf 3 Milliarden gesteigert werden (60% für AIDS, 20% Tuberkulose, 20% Malaria). 75 Personen arbeiten in Genf. Die „differenzierte Preisgestaltung“ setzt sich immer mehr durch (es müssen nur noch 3% des Originalpreises der Medikamente bezahlt werden; gilt noch nicht in Osteuropa).

(Kritische) Ergänzungen aus der Diskussion:

- In Europa wird sicherlich das Thema HIV und Migration noch brennend werden (kann in Ausländerfeindlichkeit enden)
- Österreich hat 2002 und 2003 nicht in den Global Fund eingezahlt; der angemessene Beitrag wäre 15 Millionen Euro (entsprechend der Wirtschaftskraft); Deutschland zahlt 50 Millionen Euro, sollte aber 200 zahlen
- Frauen in extremer Armut sind eine „neue“ Risikogruppe
- Der wichtigste Aspekt der anwaltschaftlichen Arbeit für die Zukunft ist die Vernetzung der lokalen und globalen Gruppen. Nur so kann effizient gearbeitet werden, es passiert Know-how- und Erfahrungstransfer und der gemeinsame Druck auf die Regierungen verstärkt sich
- Das Thema muss permanent präsent gehalten werden

Protokoll: Robert Gerstbach-Muck

8. Protokoll: Workshop Kurative Methoden

Dr. Rainer Brandl - Bulongwa Lutheran Hospital, Tansania

Bernd Pastors, Aktion Medeor

Dr. Brandl entwickelte gemeinsam mit seinen Kollegen am Bulongwa Lutheran Hospital ein Programm, das auf den Ressourcen der lokalen Dorfgemeinschaften aufbaut (community based), berichtet von seinen Erfahrungen und stellt die Grundzüge der HAART (Highly Active Antiretroviral Therapy) vor:

Die Therapie setzt sich aus mindestens drei antiretroviralen Medikamenten zusammensetzt, ist sehr wirksam und hat AIDS von einer rasch tödlichen zu einer chronischen, bzw. sehr langsam verlaufenden Krankheit gemacht. Die Patienten müssen bei den einfachsten Therapieschemen nur mehr zwei bis drei Tabletten pro Tag einnehmen, womit die Viruslast unterdrückt wird und die Krankheit nicht ausbricht. Die meisten Menschen leben sehr lange und gut mit der Therapie, allerdings bekommen derzeit nur 5% der Betroffenen auf der Welt die Therapie verschrieben, die fast ausschließlich in den reichen Industrienationen leben.

Die Einwände, dass die Patienten die Einnahme der Tabletten nicht zustande brächten und die Behandlung nicht verstünden, haben sich als falsch herausgestellt, da die Adhärenz (Folgsamkeit des Patienten zur Therapie) in Afrika oft sogar besser ist als in Europa, wo eine gewisse Nachlässigkeit bei der Einnahme festgestellt wurde.

Bei uns steigt auch die HIV Rate wieder an, weil die Menschen sorgloser geworden sind.

Ein Problem bei der Therapie stellen die medizinischen Vorbedingungen dar, die in Europa anders sind, als in Afrika. Die Therapie wird in Europa in einem früheren Stadium begonnen, nämlich sobald bestimmte Immunzellen einen gewissen Wert unterschreiten. In Afrika, wo die medizinisch technische Grundversorgung viel schlechter ist und auch komplizierte Laboruntersuchungen nicht durchgeführt werden können, sind die Patienten oft schon sehr krank und der Arzt sieht sie in der Regel erst mit voll ausgebildeten AIDS Symptomen, was auch unter der Therapie eine schlechtere Zukunftsprognose mit sich bringt.

Im Gegensatz zu Europa, wo der Schrecken der Krankheit aufgrund der Therapieeinführung in den frühen 90er Jahren, schon etwas nachgelassen hat, herrscht in Afrika oft die ‚Ich will es nicht wissen, wann ich sterbe‘ - Haltung, was auch dazu führt, dass wenige Menschen zum freiwilligen Testen und zur Beratung gehen. Ein positives Testresultat kommt der Übermittlung eines Todesurteils gleich.

Ein weiteres Problem in Afrika sind die menschlichen Ressourcen. Es gibt wenig Schwestern oder Ärzte, die auf diesem Gebiet ausreichend ausgebildet sind, und diese sterben auch oftmals an AIDS. Obwohl auf die Wichtigkeit eines Tests hingewiesen wird, wird dieser eben oft nicht in Anspruch genommen, wenn die Menschen keine Aussicht auf Therapie haben.

Durch eine Therapie sinkt die Viruslast im Körper sehr stark und damit sinkt auch die Übertragungsfahr und die Therapie ist so auch als Vorbeugung gegen Neuinfektionen zu sehen. Die Mutter-Kind Übertragung ist unter HAART von ca. 30% auf ca. 1% gesunken. Rainer Brandl stellt fest, dass es durch Einsatz der Therapie statistisch als Folge der längeren Lebenserwartung (AIDS ist kein Todesurteil mehr) mehr HIV-Kranke geben wird, aber langfristig durch die Einführung der Therapie die Zahl der HIV positiven Menschen sinken könnte (weniger Übertragungen als Folge der Therapie und des Anstiegs der Testungen).

Der Umgang mit dem Tod ist immer schwierig, allerdings ist den Menschen in Afrika Sterbebegleitung nicht so fremd wie uns, da sie ständig mit dem Tod konfrontiert sind. Die psychologische und emotionale Zuwendung zu den Patienten ist in Afrika vielleicht oft besser als bei uns, die Versorgung durch Medikamente schlechter.

Es wäre wichtig, die ganze Community in die Betreuung der Patienten mit einzubeziehen, ein System zu finden, wie die Menschen regelmäßig an ihre Medikamente kommen. Es muss den Menschen ermöglicht werden, über ihre Krankheit zu sprechen, über Sexualität, Therapie oder auch Prostitution. Das kann durch die Therapie ermöglicht werden. Durch die Einführung der Therapie ist die Anzahl der Menschen, die sich einem Test unterziehen an den meisten Orten signifikant (300%) angestiegen. Die Zahlen der Infizierten haben sich in den Ländern, in denen die Therapie eingeführt wurde eingependelt und entwickeln sich nicht nach oben.

Ein Problem bei der Prävention ist, dass das Verhalten der Menschen sich durch Wissen und Aufklärung alleine noch nicht verändert. Außerdem sind Verhaltensänderungen schwer zu untersuchen, weil die Aussagen der Befragten oft nicht der Wahrheit ihrer Taten entsprechen. Als Werkzeug zur Verhaltensänderung gibt es Peer-Group-Meetings, Theatergruppen, Beratung, Videos - aber es ist immer noch einfacher über Dinge zu sprechen, als aktiv etwas zu tun, das Verhalten zu ändern.

Bernd Pastors stellt sich und die action medeor vor:

medeor besteht seit 40 Jahren, lässt generische Präparate herstellen und versorgt nun rund 10.000 kirchliche und nicht kirchliche Partner in rund 140 Ländern, inklusive Medizintechnik.

1998 begann medeor auch noch selbst Projekte durchzuführen

medeor verfolgt zurzeit folgende Ziele:

- 1.) Zugang sichern zu unentbehrlichen Arzneimitteln
 - Aufbau von logistischen Vertriebsstellen in Afrika
 - Förderung von Partnern, die in der Lage sind zu helfen
- 2) Aufbau von Health Care, Mutter-Kind-Basisgesundheitsdiensten
- 3) Bekämpfung der drei großen Krankheiten (AIDS, Malaria und Tuberkulose)
- 4) Not- und Katastrophenhilfe (gepackte Health Kits versorgen rund 10.000 Flüchtlinge für 3 Monate)

Die Patente der essentiellen Medikamente (essential drugs) sind mittlerweile abgelaufen und diese können nachgebaut werden.

Zum Thema AIDS stehen für Medeor 5 Punkte im Vordergrund:

- Prävention
- Diagnostik - Der Zugang zu preiswerter Diagnostik ist genauso wichtig wie der Zugang zu preiswerten Medikamenten und zu Nachfolgetechnologie. Es gibt billige CD-4 Counter Varianten, wo der Test nur 1 bis 2 EURO kostet, aber die Lobbyisten der Firmen, die die teureren Apparate herstellen, setzen sich durch. Das sollte kontrolliert werden. medeor ist auch Verfechter von Markt und Wettbewerb, um das Preis-Leistungs-Verhältnis zu steigern. Wichtig ist der Zugang zu den Produkten und keine Aushebelung durch TRIPS¹
- Therapie - medeor kauft Antiretrovirals in Indien, ist jedoch auf der Suche nach einem Weg, die ARVs in Afrika vor Ort herzustellen.
- Homecare
- Medizinische Betreuung von AIDS-Waisen

Die Therapiekosten für die HAART können durch Generika und günstige Geräte auf 200-300 US\$ pro Patient pro Jahr gesenkt werden.

Durch das Angebot bzw. die Androhung von generischen Alternativen kann man den Druck auf die Pharmaindustrie erhöhen und die Preise zum Sinken bringen. Wichtig dabei ist, dass die ARVs lokal in Afrika vorbereitet und hergestellt werden. Ein anderes Beispiel ist das Anpflanzen von Pflanzen aus Thailand gegen Malaria. Für den Erfolg notwendig ist das Know-How, die Pharmafirma, die das Produkt herstellt, lokale Partner für die Distribution und die Unterstützung des Staates sowie Logistiker wie z.B. medeor. Dadurch können die Kosten pro Patient pro Jahr auf 200-300 US\$ gesenkt werden.

Die wichtigsten Faktoren dabei sind, die ARVs verfügbar zu machen, selbst mitzuproduzieren bzw. bei der Produktion helfen und das notwendige Know-how ins Land zu bringen.

¹ TRIPS kann man umgehen durch die Ausrufung des medizinischen Notstandes, was sich allerdings schlecht auf den Tourismus auswirkt

Fälschungen:

Leider gibt es eine Art Fälschermafia, die überall und auf allen Märkten vorhanden ist. Wichtig wäre es hier, den Staat zu stärken, damit dieser auf Qualitätssicherung achten kann. Man braucht Schulungen von Pharmazeuten zur Feststellung der Echtheit, außerdem müssen Registrierungsbehörden und Einführungsbehörden Qualitätslabors aufbauen, wozu sie nicht die Möglichkeit haben. Es wird ihnen geraten, mit zuverlässigen Lieferanten zu arbeiten. Technisch gute, lokale Produktion, ist auch eine Möglichkeit, die Fälschungsquote zu reduzieren, denn dadurch herrscht eine hohe soziale Kontrolle und wenn jemand vor Ort eine Fälschung auf den Markt bringt, kann er sofort geschnappt werden.

Eine Teilnehmerin merkt an, dass es billiger ist, Medikamente im Land herzustellen, wegen der hohen Einfuhrzölle, worauf Bernd Pastors entgegnet, dass es auf dem Papier keine Zölle auf Spenden gibt, die Waren aber dann im Lager liegen gelassen werden und Lagergebühr verrechnet wird.

Wie wird Homecare gefördert?

Dr. Brandl bedauert, dass das Projekt selbst nicht die Kapazität hat, die Homecare in befriedigendem Ausmaß zu fördern, doch sie passiert ohne großen finanziellen Einsatz von engagierten Krankenschwestern aus dem Krankenhauspersonal. Es sterben jedoch die meisten Patienten ohne viel Hilfe in den Hütten, es gibt zu wenig Personal, das oft selbst durch die Krankheit belastet ist, so können die wenigsten Kranken bemerkt und besucht werden.

Es wird viel Geld in Bildungsprogramme (awareness-programmes) investiert, die dann von NGOs (national oder international) durchgeführt werden. Einfache Krankenschwestern können aber meistens keine gut formulierten Programme schreiben und einreichen und bekommen daher auch keine finanzielle Unterstützung um zum Beispiel home-based care besser machen zu können.

Eine Teilnehmerin berichtet von einem Programm von Ärzten ohne Grenzen in Kenia, bei welchem Freiwillige ausgebildet wurden, mit Fahrrädern und einem sogenannten Health-Kit ausgestattet und zu den Patienten gesandt wurden, was sich als erfolgreich erwiesen hat und sehr community-bezogen ist.

Es ist wichtig, dass Menschen, die von der Krankheit betroffen sind in die Programme einbezogen werden, allerdings ist es schwer jemanden zu finden, der sich in der Öffentlichkeit zu seiner HIV-Infektion bekennt.

Eine Teilnehmerin berichtet vom World-AIDS-Day, der von Ärzten ohne Grenzen stark initiiert wurde, und der Bereitschaft einer Frau dort zu sprechen und die Auswirkungen ihrer Behandlung sowie über ihre Hoffnung und Diskriminierung sehr berührend zu erzählen. Am nächsten Tag gab es eine 100-prozentige Steigerung der Tests, auch wenn die Wirkung nur einige Tage anhielt.

Hilfreich ist auch das Outing von Pop Sängern sowie Gründung von Selbsthilfegruppen, wo tatsächlich Leute hingehen und Hilfe suchen.

Liz Vibila Vuadi erzählt von einem 17-jährigen Mädchen, das sich durch Bluttransfusionen angesteckt und die Krankheit entwickelt hat. Durch Ärzte ohne Grenzen kann sie die Medikamente bekommen und sie versucht jetzt bei jüngeren Leuten zu sprechen. Eine andere Frau lebt durch die Behandlung seit 12 Jahren mit dem Virus. Tatsache ist, dass der Zugang zur Therapie die Bahnen öffnet, darüber zu sprechen. Ähnliche Entwicklungen waren auch beim Thema Krebs und Vorsorge zu beobachten.

Ein Teilnehmer merkt an, dass große Kliniken sich cd4 counter leisten können, kleine Kliniken nicht. Mutter-Kind-Untersuchungen funktionieren allerdings super und einfach, warum sollte das nicht bei HIV auch so sein? Man ist sich einig, dass prinzipiell zu viel diskutiert und „herumgeredet“ wird, anstatt zu handeln.

Bernd Pastors merkt an, dass das neue und billige cd4 Gerät anfangs massiv bekämpft wurde und nun wird es einfach eingesetzt und scheint seinen Markt zu erobern.

Auf die Frage einer Teilnehmerin, ob nicht eine Simplifikation der Tests ohne CD 4-Count möglich wäre, antwortet Rainer Brandl, dass diese ohnehin bereits durchgeführt würden und dass für die Feststellung einer Infektion und die Umsetzung lebensrettender Interventionen die Informationen, die ein CD 4-Count liefert nicht unbedingt notwendig sind. Der cd4 count stellt jedoch eine beträchtliche Verbesserung der Therapiequalität dar.

Es ist wichtig, die Therapie klinisch gut zu beobachten, was mit wenig Ausbildung und einfachen Mitteln gut möglich ist und sehr viele Menschenleben retten kann. Gegen das Argument, dass es unethisch sei, eine weniger gute Technik als bei uns anzuwenden verwehrt sich Rainer Brandl. Es sei noch unethischer Menschen sterben zu lassen, nur weil die Behandlung eventuell Nebenwirkungen zeigt und vielleicht nicht so gut geführt wird wie bei uns. Außerdem brauchen gut ausgebildete Mediziner weniger Labortechnik. Es müssen zur richtigen Zeit die richtigen Dinge getan und diskutiert werden und im Moment ist es nötig so viele Menschen wie möglich zu behandeln, mit den vorhandenen Mitteln, so gut als möglich und längerfristig die Qualität zu steigern und an den höchsten Standard heranzuführen.

Ein Teilnehmer spricht die Verantwortung an, die man hat, wenn man ein Land finanziell unterstützt, denn man kann sich nicht nach 3 Jahren der Finanzierung wieder zurück ziehen, wenn die Dinge nicht ideal laufen.

Bernd Pastors entgegnet daraufhin, dass es wichtig ist, Einkommen schaffende Maßnahmen zu ergreifen, denn Geld entwickelt sich. Vor einiger Zeit wurde der Beginn einer Therapie sehr kontrovers diskutiert, weil die Kapazität der Hilfe zu gering war - aber man muss anfangen, statt viel zu diskutieren und zeigen dass es möglich ist und dann andere auffordern mitzumachen und ihre Verantwortung zu übernehmen (NGOs, staatliche Organisationen, die internationale Gemeinschaft und letztlich jeden Menschen).

Eine Gefahr der unkoordinierten Therapieversuche an zu vielen Menschen bei denen die regelmäßige Versorgung durch das Programm nicht sichergestellt ist, ist, dass sich viele Resistenzen entwickeln können. Aber auch zu dieser immer wieder auf den Tisch gebrachten Gefahr gibt es kontroverielle Betrachtungen in verschiedenen Studien. Trotzdem, im Sinne der Patienten ist die Sicherstellung der Versorgung mit ARVs eine große Verantwortung.

Auf die Frage wie lange es dauert, bis die Krankheit ausbricht, antwortet Rainer Brandl, es dauere 5 - 15 Jahre, wobei das Virus einen Rezeptor braucht um in die Zelle eindringen zu können. Wenn man den Rezeptor (CCR5) genetisch nicht angelegt hat ist man zwar ansteckend, wird aber selbst nie erkranken, was in Afrika aber sehr wenige Menschen zu betreffen scheint. Eine Teilnehmerin merkt an, dass es von ganz verschiedenen Faktoren wie Ernährung, körperliche Beschaffenheit des Menschen, die Art des Virus, Sub-Typen abhängt, wie schnell AIDS ausbricht.

Wenn es gelingt, hier eine nationale Plattform zu gestalten, die Aktionen setzt um das Thema bzw. das Bewusstsein immer hochzuhalten, dann ist viel gewonnen.

Protokoll: Ingrid Stejskal

9. Mainstreaming AIDS in der Entwicklungszusammenarbeit

Dr. Julia Katzan, Gesellschaft für technische Zusammenarbeit,

Rolf Goldstein, Konsulent, Misereor

Zu den ReferentInnen:

Julia Katzan ist Medizin-Ethnologin und seit Ende der 80er Jahre in der EZA tätig. Sie hat in Westafrika und Asien gearbeitet und ist seit dreieinhalb Jahren bei der deutschen Gesellschaft für technische Zusammenarbeit (GTZ) in Bonn tätig. 2001 wurde im BMZ (Bundesministerium für Zusammenarbeit) entschieden, als Sektorvorhaben eine Sonderinitiative zu AIDS zu gründen. In der Folge wurde ein entsprechendes Sekretariat in der GTZ eingerichtet, für das Katzan die Verantwortung trägt. In der GTZ ist es ein interdisziplinäres Team von zehn bis 15 Personen, das sich mit dem Thema beschäftigt; zwei Drittel sind keine MedizinerInnen.

Rolf Goldstein ist Mitarbeiter der deutschen katholischen Organisation Misereor. Er arbeitet seit 30 Jahren in der Afrika-Abteilung von Misereor, zuletzt vor allem in Ländern des südlichen Afrikas, wo es eine hohe AIDS-Prävalenzrate gibt. Weiters leitet er länderübergreifende Projekte zu AIDS in drei Kontinenten sowie Inlandsarbeit zu medizinischen und ethnologischen Themen. Seit 1.1.2004 gibt es bei Misereor eine Vollzeitstelle für Mainstreaming AIDS, d.h. Berücksichtigung von HIV/AIDS als eine Querschnittsaufgabe in der EZA.

Mainstreaming von HIV/AIDS-Maßnahmen in Organisationen der Entwicklungszusammenarbeit Referat von Julia Katzan

Inhalt

- Einleitung: Historischer Rückblick
- Definitionen von Mainstreaming
- Internal und external Mainstreaming
- Schlüsselfragen des multisektoralen Ansatzes
- Sonderinitiative Mainstreaming HIV/AIDS in der deutschen EZ (SIMHA)

Einleitung: Rückblick auf die Diskussion

HIV/AIDS-Pandemie als Entwicklungshemmnis?

Bereits in den 80er Jahren wurde die Dimension der Folgen der Epidemie problematisiert. In der Folge wurde stark mit dem Begriff „multisektoral“ gearbeitet, unter dem einerseits verstanden wurde, sich fachlich in den verschiedenen Disziplinen (Landwirtschaft, Rechtsbereich, Psychologie, Wirtschaft u.a.) mit dem Thema HIV/AIDS auseinanderzusetzen. Andererseits war damit auch die Zusammenarbeit zwischen staatlichen Sektor, NGOs und Wirtschaftssektoren gemeint.

Eine weitere Frage, die sich stellte, war, dass die Organisationen selbst Personal vor Ort haben und es notwendig war, sich damit auseinanderzusetzen, was HIV/AIDS für die eigenen Leute bedeutet, einerseits in Hinsicht auf das Infektionsrisiko, andererseits, wie sich die Organisation auf der Policy-Ebene auf die Problematik einstellen sollte. Z.B. wurde in UN-Organisationen schon vor vielen Jahren bekannt, dass auch eigene Leute betroffen sind.

UNAIDS

Am Anfang war das Thema HIV/AIDS in der WHO angesiedelt. Inzwischen gibt es eine eigene Sonderorganisation UNAIDS. Wegen der Therapiemöglichkeiten verschieben sich derzeit gerade wieder die Bedeutung der einzelnen Organisationen.

UNGASS

War eine Sonderkonferenz auf UN-Ebene im Jahr 2001 zu HIV/AIDS, auf der eine ausführliche Strategie entwickelt wurde, zu der sich alle teilnehmenden Staaten verpflichtet haben. Diese „Declaration of Commitment“ findet sich auf der UNAIDS-Webseite. (www.unaids.org)

UNDP

Ergänzung aus dem Publikum: Zwischenzeitlich war HIV/AIDS beim UNDP angesiedelt, weil wegen der Prävention mittels Kondomen ein Zusammenhang mit der Familienplanung gegeben war.

Millennium Development Goals

Das 6. Ziel der MDGs befasst sich neben Tuberkulose und Malaria ebenfalls explizit mit HIV/AIDS.

XV. International AIDS Conference

Auf der 15. internationalen AIDS-Konferenz, die heuer am 15. Juli in Bangkok stattfinden wird, wird auf hoher politischer und fachlicher Ebene über sozialpolitische Maßnahmen diskutiert.

Regionale AIDS-Konferenzen

Auf regionaler Ebene wird schon lange sehr stark auf soziale/sozialpolitische Aspekte eingegangen.

Definitionen des Begriffs „Mainstreaming AIDS“

Der Begriff „Mainstreaming AIDS“ lehnt sich an den Begriff des Gender-Mainstreaming an.

Eine sehr umfassende Definition ist etwa folgende:

„Mainstreaming the fight against HIV/AIDS is the process of assessing the implications for people and populations affected by the HIV/AIDS-epidemic of any planned action, including legislation, policies or programmes, in all areas and at all levels.

It is a strategy for making the concerns and experiences of people and populations affected by the HIV/AIDS-epidemic an integral dimension of the design, implementation, monitoring and evaluation of policies and programmes in all political, economic and societal spheres so that people and populations affected by the HIV/AIDS-epidemic benefit equally and nor neglect nor discrimination is perpetuated.

The ultimate goal is to overcome the HIV/AIDS-epidemic and secure the optimal quality of life for people already infected with HIV (and affected by HIV).“

In der Abteilung Südliches Afrika der GTZ hat man eine eher pragmatische und kurze Definition ausgearbeitet:

„Mainstreaming (MS) HIV/AIDS is the process by which an institution (organization, programme, project) systematically and adequately incorporates HIV/AIDS related issues into its mandate and its activities.“

Internes und externes Mainstreaming

Unter internem Mainstreaming wird verstanden, in der eigenen Organisation eine Arbeitsplatzpolitik und Programme für das eigene Personal zu entwickeln sowie sich in Bezug auf die eigenen Programme mit dem Thema auseinanderzusetzen, was Veränderungen in der Organisation mit sich bringen kann.

Externes Mainstreaming bezieht sich auf die Planung und Durchführung von EZA- und humanitären Programmen.

Internal Mainstreaming

- Changing organizational policy
- Focus: HIV/AIDS and the organization
- HIV/AIDS-work with staff
- Modifying the ways in which the organization functions

External Mainstreaming

- Adapting a development or humanitarian programme work
- Focus on core programme work in the changing context created by HIV/AIDS

Schlüsselfragen für externes Mainstreaming und den multisektoralen Ansatz

Welche Auswirkungen hat HIV/AIDS auf eine Maßnahme/Programm/Projekt innerhalb eines Sektors?

Im Bereich Bildung muss man sich etwa folgende Fragen stellen: Wie viele SchülerInnen sind z.B. in einer Schule in Malawi wegen Krankheit abwesend; wie viele LehrerInnen sind krank oder verstorben? Auch auf der Ebene eines Distrikts können diese Fragen gestellt werden. Es geht um Wissen um die HIV/AIDS-Prävalenz und Einschätzung der Folgen.

In welcher Weise kann eine Maßnahme zur Verbreitung von HIV/AIDS beitragen?

Es gilt auch zu fragen, ob geplante Maßnahmen nicht unter Umständen ungewollt zur Verbreitung von HIV/AIDS beitragen können. Als Beispiele werden die Erhöhung der Mobilität durch Entwicklungsprojekte genannt, schlechte Bildungsprogramme oder die ungleiche Verteilung von Einkommen.

Wie kann ein Sektor zur Reduzierung von HIV/AIDS beitragen?

Wichtig ist, nicht nur ein punktuelles „add-on“-Projekt zu machen, sondern Projekte auf der Basis einer möglichst gründlichen Analyse zu planen.

In welcher Weise müssen unter Umständen die Strategien/Instrumente eines Sektors angesichts von HIV/AIDS angepasst werden?

Z.B. gilt es bei Kleinkreditprogrammen zu hinterfragen, ob die Kreditfähigkeit der involvierten Personen realistisch gegeben ist, wenn man davon ausgehen muss, dass immer mehr Menschen im produktiven Alter sterben.

Sonderinitiative Mainstreaming HIV/AIDS in der deutschen Entwicklungszusammenarbeit

Diese Sonderinitiative wurde 2001 vom BMZ ins Leben gerufen. Ihre Ziele sind:

- Bestandsaufnahme des Potentials für Mainstreaming der HIV/AIDS-Bekämpfung in den EZA-Organisationen und bei der PartnerInnen
- Identifizierung realistischer Schritte zur Umsetzung von Mainstreaming HIV/AIDS mit den Organisationen und interessierten Akteuren, Angebot einer begleitenden Beratung
- Planung und Umsetzung von Mainstreaming-Strategien und Aktivitäten;
- Erfahrungsaustausch, Netzworfbildung und -stärkung (Nutzung synergetischer Effekte)
- Planung und Umsetzung von Mainstreaming-Strategien und -Aktivitäten
- Verbreitung der deutschen EZ-Erfahrungen auf internationaler und nationaler Ebene
- Dokumentation und Monitoring sowie Evaluierung.

Strategien

Schwerpunkt ist „Advocacy“ in Deutschland und den Partnerländern. Wichtig ist eine bessere Vernetzung von staatlichen Organisationen, Durchführungsorganisationen, politischen Stiftungen, NROs und dem Privatsektor. Es wird der Dialog zwischen Fachleuten und Entscheidungsträgern gefördert, um Veränderungen zu erreichen.

Aktuelle und geplante Aktivitäten

- Seit letztem Jahr werden systematisch organisationsübergreifend Fortbildungen durchgeführt
- Regelmäßige Meetings der „Donor Organisations“
- Bestandsaufnahme der Strategien zu Mainstreaming HIV/AIDS in staatlichen und nichtstaatlichen Organisationen
- Durchführung von Workshops, Konferenzen, etc. zu ausgewählten Themen: Oktober 2003 Workshop mit DOen und NROen, WeltAidsTag 2003
- Durchführung von Fallstudien in zwei bis drei Ländern Afrikas (Burkina Faso, Malawi)
- Bearbeitung von Anfragen (APs zum Thema in Ländern, Referenten, Literatur)
- Geplant ist der Austausch mit Universitäten
- Im November 2004 soll es eine Veranstaltung zu sektorspezifischen Ansätzen geben
- Bestandsaufnahme von Vorbereitungs- und Fortbildungsveranstaltungen

Beispiele aus den Durchführungsorganisationen

Die Kreditanstalt für Wiederaufbau (KfW) hat begonnen, bei ihren Aktivitäten HIV/AIDS-Maßnahmen zu integrieren und das Thema bei Baumaßnahmen zu berücksichtigen.

In der GTZ gab es 1999 den OFK-Beschluss, 2002 die Entscheidung einer HIV/AIDS-Politik für GTZ-Personal und 2003 die Entscheidung für Mainstreaming-AIDS in den EZA-Programmen.

Im DED wurde entschieden, dass 3% der EntwicklungshelferInnen im HIV/AIDS-Bereich tätig sein sollen, sei es als HIV/AIDS-KoordinatorInnen oder in HIV/AIDS-Maßnahmen (Burkina, Uganda, Niger, Malawi u.a.)

HIV/AIDS als Querschnittsaufgabe in der Entwicklungszusammenarbeit Referat von Rolf Goldstein

Das deutsche Aktionsbündnis gegen HIV/AIDS wird heute von 17 Organisationen getragen. Seit 1.1.2004 wurde bei Misereor eine Vollzeitstelle für Mainstreaming-AIDS eingerichtet.

Damit sollen drei Schwerpunkte verfolgt werden:

- 1.) ein stärkeres Bewusstsein für Pandemie durch stärkere Vernetzung zu schaffen,
- 2.) anwaltschaftliche Arbeit für mehr finanzielle Mittel in der AIDS-Bekämpfung,
- 3.) Austausch und gemeinsame Qualifikation von NGOs. Es geht darum, voneinander zu lernen, sich austauschen, Kontakte zu ausländischen Netzwerken schaffen.

Es wird nach zwei Bereichen unterschieden:

Interner Bereich: Workplace Policy

Externer Bereich: Blick nach außen; wie arbeite ich mit Projektpartnern zusammen?

Mainstreaming bedeutet:

- HIV/AIDS in den Blickpunkt aller Bereiche der EZA zu rücken
- Auswirkungen in allen Bereichen zu analysieren
- Die Fragen in den kompletten Projektzyklus einzubauen (Planung, Durchführung, Evaluierung)

Direkt HIV/AIDS-bezogene Projekte und HIV/AIDS-Projekte als Querschnittsaufgabe ergänzen einander. Man darf nicht „entweder-oder“ sagen.

Unterschiedliche Ansätze von Mainstreaming:

- Multisektoraler Ansatz: an jedes Projekt wird ein HIV/AIDS-Projekt angehängt.
- Oder: HIV/AIDS-Projekte werden in bestehende Projekte integriert (z.B. im Bildungsbereich)
- Man bleibt beim „Kerngeschäft“ der jeweiligen Organisation, führt aber eine grundlegende Analyse durch, wie das Projektkonzept auf HIV/AIDS-Problematik eingestimmt werden kann.

Zentrale Fragen für Mainstreaming-AIDS:

- Welche Auswirkungen hat HIV/AIDS in meinem Projektgebiet auf die Zielerreichung meines Projekts?
- Trägt mein Projekt ungewollt und unerkannt zum Problem bei?
- Kann mein Projekt so konzipiert werden, dass es zum Kampf gegen HIV/AIDS und seinen Auswirkungen beiträgt?

Wie sieht Mainstreaming-AIDS in der Praxis aus?

Überwiegend sind es kirchliche Partner, mit denen über ihr Engagement im Entwicklungsbereich gesprochen wird. Bei der Thematisierung von HIV/AIDS ist auch der seelsorgerische, pastorale Bereich enorm wichtig. Inzwischen sucht auch UNAIDS die Zusammenarbeit mit kirchlichen bzw. „faith-based organisations“.

- Im pastoralen Bereich geht es um die seelsorgerische Begleitung von HIV-positiven und AIDS-kranken Menschen, die eine enorme psychische Stütze sein kann.
- Eine weitere Aufgabe ist, gegen Ausgrenzung und Stigmatisierung zu arbeiten.
- Ermutigung zu „positivem“ Leben (Förderung von Selbsthilfegruppen)

- Motivation zur Freiwilligenarbeit in der häuslichen Krankenpflege (hier helfen sehr arme Menschen anderen, z.B. NachbarInnen)
- Motivation und Organisation zur Betreuung von Waisenkindern
- Motivation zur Wahrnehmung von AIDS-Tests
- Prävention, Aufklärung, Hinwirken auf verantwortliches Verhalten von HIV-Positiven

Es gilt, die weitverzweigten Vernetzungs-, Organisations- und Kommunikationsstrukturen der katholischen Kirchen zu nutzen, als da sind:

- Kontinentalverbände der nationalen Bischofskonferenzen
- Nationale Bischofskonferenzen
- Die Diözesen
- örtliche Pfarreien mit Außenstationen bis in die entlegendsten Gebiete
- Verbände: Jugendverbände, Frauenverbände, berufsbezogene Verbände usw.
- kirchliches Schulwesen
- kirchliches Gesundheitswesen
- kirchliche Medien: Presse, Radio, TV, Fachpublikationen

Ein Beispiel aus der Arbeit der Erzdiözese Abuja, Nigeria

Diese Diözese, die eine Region von 3-4 Millionen EinwohnerInnen umfasst, ist lokal sehr gut organisiert. Leute aus Pfarrei-Komitees treffen sich zu Fortbildungen. Es gibt lokale „Parish-Committees“, die sich darum kümmern, dass Waisenkinder nicht zu Straßenkindern werden, sondern von der Großfamilie oder der Gemeinde aufgenommen werden.

Weiters wird Motivationsarbeit geleistet, damit sich die Menschen testen lassen. Das ist sehr schwierig, weil das Testergebnis ja das Todesurteil sein kann. Trotzdem werden die Menschen dazu motiviert, weil sie mit dem entsprechenden Wissen auch eher ihr Verhalten anpassen. All das wird nur aus Mitteln der eigenen Pfarrgemeinde finanziert.

Aufgabenbereich der EZA der katholischen Kirche in einer Diözese in einem afrikanischen Land sind häufig folgende:

- Betreiben mehrerer kleiner Allgemein-Hospitäler in ländliche Mittelpunktorten
- flächendeckende Basisgesundheitsdienste
- Grundschulen in allen Pfarreien
- Eine oder mehrere Sekundarschulen auf Internatsbasis
- informelle berufliche Ausbildung für Jugendliche mit minimaler Schulbildung
- Kleingewerbeförderung im informellen Sektor
- Kleinbauernberatungsprogramm
- Einkommenschaffende Aktivitäten für Frauen in Elendsvierteln von Stadtrandgebieten

An diesen Nahtstellen ist es wichtig, Mainstreaming HIV/AIDS zu betreiben. Das bedeutet, sich mit folgenden Fragen auseinanderzusetzen:

- Was sind die HIV/AIDS-Daten in der Region? (Man muss sich drastisch vor Augen halten, dass mancherorts geschultes Personal in ein paar Jahren zu einem Viertel nicht mehr leben wird)
- Was sind staatliche Programme und Vorgaben?
- Aktivitäten anderer Organisationen?
- Kulturelle und traditionelle Verhaltensweisen?
- Gibt es in der Region HIV/AIDS-bezogene Programme oder nicht?
- Untersuchen der eigenen Projekte sind auf ihr Potenzial zur Einbindung von HIV/AIDS-Aktivitäten.

Mainstreaming wird dann komplex, wenn in der Region sonst nichts an HIV/AIDS-Projekten läuft. Z.B. in Regionen ethnischer Minderheiten, wo Informationsmaterialien nicht in der lokalen Sprache erhältlich sind und das Wissen in der Bevölkerung sehr niedrig ist. Die Projektdurchführung wird entsprechend schwieriger, wenn man nicht selbst hauptsächlich HIV/AIDS-Arbeit leisten will.

Diskussion

Sprache

Der Begriff „Mainstreaming AIDS“ wird mitunter als sprachlich unsauber kritisiert; er kann dahingehend missverstanden werden, dass es schließlich nicht darum geht, AIDS zu verbreiten. In Österreich ist die Diskussion allerdings noch nicht so weit gediehen; hier ist der Begriff neu und wurde noch kaum rezipiert.

Publikationen zu Mainstreaming-AIDS

Die derzeit aktuellste Publikation zu Mainstreaming-AIDS ist eine umfassende Zusammenstellung praktischer Erfahrungen durch Oxfam (Autorin: Sue Halden). Sie wurde Ende 2003 veröffentlicht und ist abrufbar unter : http://www.oxfam.org.uk/what_we_do/resources/aidsontheagenda.html (aufgeteilt auf mehrere pdf-Dokumente, die von dieser Adresse aus direkt abgerufen werden können)

Fragen

- *Mainstreaming ist ein umfassender Begriff - was fällt nicht darunter?*
- *Welche Methoden gibt es zur Bearbeitung der Schlüsselfragestellungen?*
- *Warum soll man ausgerechnet AIDS mainstreamen? Die Aufteilung in Spezialthemen ist zu hinterfragen, denn im Süden gibt es ein globales Gesundheitsproblem. Man müsste viel globaler ansetzen und fragen, wo der Gesundheitsaspekt in den EZA-Projekten enthalten ist. Dort, wo HIV/AIDS häufig vorkommt, muss es natürlich besonders beachtet werden.*
- *Wie gehen wir mit der katholischen Religion um, die gegen Empfängnisverhütung auftritt?*
- *Besteht beim Ansatz Mainstreaming-AIDS nicht die Gefahr, dass dasselbe passiert wie mit dem Gender-Mainstreaming, wo in den 90er Jahren innerhalb der UNO überall Gender-Components eingeführt wurden, das Thema dabei aber häufig nur oberflächlich abgehandelt, „abgehakt“ wird?*

Welche Aktivitäten fallen nicht unter den Begriff „Mainstreaming“?

Katzan: Es gibt einerseits spezifische AIDS-Arbeit, dann „integrierte“ Maßnahmen („add-on“-Maßnahmen), weiters internes und externes Mainstreaming sowie komplementäre Partnerschaften. Spezifische Arbeit und „add-on“-Maßnahmen fallen nicht unter den Begriff „Mainstreaming“.

Goldstein: Die Frage ist, wie weit die eigenen Programme reichen können. Denn bei EZA-Projekten muss sozusagen immer von unten nach oben gearbeitet werden; d.h. es muss gefragt werden, wo die größten sozialen Schwachstellen sind, wo also sofort gearbeitet werden muss, damit Verbesserungen möglich sind. Zur Veranschaulichung kann man sich ein Fass mit Löchern vorstellen; man muss von unten her anfangen, die Löcher zu stopfen.

Die Schwierigkeit für umfassende Perspektiven liegt aber auch in der Hierarchie: Je höher oben jemand agiert, desto weiter ist er/sie von den Bedürfnissen an der Basis entfernt. Das gilt es zu bedenken, ebenso, dass die EZA „donor-driven“ funktioniert. Die Geber haben ihre Programme und Budgetlinien; das gilt für NGOs ebenso wie für Regierungen.

Die Stärkung des Gesundheitssystems ist gerade für den Einsatz von Therapien besonders notwendig. Aber international gesehen gibt es immer wieder „Moden“ für EZA-Themen; Gesundheit wird stark vernachlässigt.

Mainstreaming muss doch heißen, dass man das Thema zum Mittelpunkt des Denkens macht. Hier gibt es Bedenken, weil sich die Frage stellt, ob überall die gleichen Gesundheitsprobleme vorherrschen. Wie weit muss Mainstreaming-AIDS überall betrieben werden? Oder ist es nur in Ländern mit hoher Prävalenz wichtig? Geht es nicht darum, genaue lokale Analysen zu machen und entsprechende Schwerpunkte im Bereich der Gesundheit zu setzen?

Goldstein: Es wäre abschreckend, wenn AIDS bei EZA-Projekten nur pro forma abgehandelt würde. Wie sieht Mainstreaming in der Praxis aus? Ein Beispiel aus dem ländlichen Raum in Südafrika, wo nur wenige Organisationen tätig sind. Bei drei Partnern wurde entschieden, dass ein Prozess durchlaufen wird, um zu analysieren, welche Auswirkungen AIDS auf die Nahrungssicherung und umgekehrt das Nahrungssicherungsprojekt auf AIDS hat. Resultat war eine lange Liste von Fragen, die sicher nicht immer alle durchlaufen werden können. Grundsätzlich aber soll in der Projektkonzeption das Thema jedoch schon berücksichtigt werden. Wie das ganz ohne „Abhak-Liste“ funktionieren kann, erscheint schwierig.

Die in der EZA Tätigen sind die „Tropfen auf dem heißen Stein“-Leute. Aber Mainstreaming muss eigentlich auf anderen Ebenen passieren, auf der Ebene der politischen EntscheidungsträgerInnen. Wie weit wird in der GTZ Entwicklungspolitik und nicht Entwicklungshilfe betrieben? Inwieweit tritt die deutsche Regierung auf und diskutiert mit Staaten in der Dritten Welt über ihre Gesundheitspolitik? NGOs sind ein Feigenblatt für nicht stattfindende Politik, und Armutsbekämpfung wird auf Wirtschaftsebene abgehandelt. Warum fahren bei Auslandsreisen nur Wirtschaftsdelegationen und nicht die Gesundheitsminister mit und fordern Programme ein? Warum setzt man nicht dort an, wo Leute sitzen, die tatsächlich Entscheidungen treffen?

Wenn es z.B. um „care“ und „treatment“ geht, gibt es immer zuwenig Geld. Wenn die Leute von den Grassroot-Organisationen nicht aufstehen und z.B. Medikamente einfordern, wird nichts passieren. Wichtig wäre zu diskutieren, mit welchen Mitteln das Thema in die Öffentlichkeit gebracht und Geld dafür lukriert werden kann. In diesem Zusammenhang wurde zuletzt sogar diskutiert, ob durch die jetzige verstärkte Thematisierung von AIDS vielleicht sogar die Möglichkeit besteht, den Aufbau von Gesundheitseinrichtungen zu forcieren.

Katzan: Ein Problem ist wohl die Aufsplitterung von Kompetenzen zwischen BMZ, Gesundheitsministerium und Außenministerium. Innerhalb des BMZ werden sehr wohl bilaterale Dialoge mit Ländern des Südens geführt.

Die deutsche Regierung arbeitet nach dem Prinzip von Anfragen, die aus Ländern des Südens kommen müssen. Es gibt Protokolle, in welchen Bereichen schwerpunktmäßig zusammengearbeitet wird. Inzwischen werden seitens des BMZ immer häufiger HIV/AIDS-Maßnahmen als Voraussetzung für die Zusammenarbeit verlangt.

Auch die Regierungen der Entwicklungsländer verfügen über Budgets. Oft fließt viel zu viel Geld z.B. ins Militär.

Wirtschaftliche Entwicklung und EZA sind in Deutschland miteinander verbunden. Auf Zimbabwe wurde z.B. ein entsprechender Druck ausgeübt und die Zusammenarbeit aufgekündigt.

Bei der Analyse der Folgewirkung von Projekten kann eine Unterscheidung mit Hilfe der Begriffe „susceptibility“ und „vulnerability“ sehr sinnvoll sein. Das bedeutet zu fragen, wie ein Sektor zur Prävention beitragen und damit „susceptibility“ (Faktoren, die zur Verbreitung förderlich sind) verhindern kann. Diese Analyse kann sehr tief gehen und z.B. Gender-Ungleichheiten zutage fördern. Um solche Grundfragen zu thematisieren, braucht es viel Engagement und Mittel. Wir brauchen nicht nur technische Tools, sondern auch Mittel, um Verantwortung, Leadership und eigenes Engagement aufzubauen bzw. zu stärken. Gibt es in diesem Bereich spezielle Erfahrungen und Methoden?

In vielen Organisationen gibt es vorbereitende Programme, in denen in der Regel alle Hierarchie-Ebenen vertreten sind, wobei die in den Zentralen arbeitenden Personen nicht so stark in den Genuss von Fortbildungsprogrammen kommen. Aus dem Erfahrungsaustausch mit den politischen Stiftungen lässt sich sagen, dass dort, wo auch mit den ParlamentarierInnen auf politischer Ebene gearbeitet wird, dieser Dialog als schwieriger erlebt wird als die konkrete HIV/AIDS-Präventionsarbeit auf Dorf-Ebene und das Empowerment an der Basis. Warum ist das so? Gerade auch bei den EntscheidungsträgerInnen gibt es einen verinnerlichten Widerstand, sich mit dem Thema HIV/AIDS auseinanderzusetzen. Diese Resistenz gibt es überall, da das Thema jeden individuell auch betrifft. Die EZA-Organisationen holen sich für ihre Fortbildungen in der Regel auch Leute aus ärztlichen Dienst dazu, um das Thema gut besprechen zu können, weil da viele Fragen zur Sprache kommen, die aus Ängsten und Unwissenheit resultieren.

Es stellt sich die Frage, wie sehr einzelne Maßnahmen sinnvoll sind; ein einzelner Workshop allein bewirkt noch nicht viel. Änderungen können aber z.B. durch breit angelegte Maßnahmen wie jenen des UNDP zu „Leadership“ erreicht werden, mit deren Hilfe das Engagement im Bereich HIV/AIDS verstärkt werden konnte.

Um das Thema HIV/AIDS ins Bewusstsein zu bringen, ist es notwendig, dass sich die betroffenen Menschen artikulieren. In Europa/USA waren das vor allem die Homosexuellen. Das heißt in der Folge, dass es nötig ist, auf die Betroffenen zuzugehen und sie zu stärken. In Österreich sind die Probleme vielfach dieselben, und es ist hier wie dort für die Betroffenen selbst nicht so leicht, sich zu Wort zu melden.

Das Thema ist nach wie vor sehr vorurteilsbehaftet. Man sieht das z.B. daran, dass bei Spendensammlungen dazu kein Geld hereinkommt.

Es ist ein sehr langfristiges Problem, wenn man HIV-positiv ist. In Afrika ist die Lebenserwartung bei HIV niedriger, was das lokale Engagement sehr gebremst hat. Zugleich ist es wegen der vielen Waisenkinder ein stärkeres Thema und Problem für die Menschen.

In jenen Ländern des Südens - z.B. in Uganda -, wo das Thema von Regierungsseite her aufgegriffen wurde und die Beamten Stellung genommen haben, wurde die Ausbreitung der Krankheit viel effektiver bekämpft. Daher ist es wichtig zu erreichen, dass das Problem unbedingt auch auf hohen Regierungsebenen behandelt wird.

Wie kann Commitment/Engagement erreicht werden? Engagierte Leuten, die z.B. im Bereich der ländlichen Entwicklung aktiv sind, empfinden HIV/AIDS nicht als ihr Thema. Und es ist nicht notwendig, dass alle Leute selbst AIDS-Arbeit leisten, sondern für sie geht es darum, durch Berücksichtigung der Problematik die eigene Arbeit zu verbessern.

Problematisch ist, wenn etwa in der NEPAD-Initiative AIDS in nur zwei Zeilen thematisiert wird, in denen zwar gesagt wird, dass die Bekämpfung von HIV/AIDS eine Grundvoraussetzung für Entwicklung ist, das Thema aber nicht weiter in seinen Auswirkungen analysiert wird.

Zugänglich-Machen von antiretroviralen Medikamenten: Das Engagement dazu kommt vor allem aus der evangelischen Kirche. Wichtig ist hier auch der „Globale Fonds zur Bekämpfung von AIDS, Malaria und Tuberkulose“. Neben der Forderung nach Erhöhung der Beiträge zum Global Fund fordert das deutsche Aktionsbündnis, dass die Bundesregierung auf WTO-Ebene darauf hinwirken soll, dass Zugang zu Generika geschaffen wird.

Nachmittags-Diskussion

Themen des Arbeitskreises „External Mainstreaming“

- Konkrete Methoden zur Projektbeurteilung
- Bedeutung des Networking
- Statistiken: Werden die Zahlen zu AIDS in Afrika nicht übertrieben hoch angegeben? Wird AIDS dämonisiert, und wem nützt das? Werden damit Geschäfte gemacht?
- Kulturelles Umfeld bei der Thematisierung von AIDS beachten: Bei HIV/AIDS geht es um Reproduktion und Sexualität; in vielen Gegenden wird aber über Sex nicht gesprochen. Ist es richtig, dieses Tabu zu brechen und über AIDS, Verhütungsmethoden und Sexualität zu sprechen?
- Mainstreaming - Analyse von Fragen bei der Durchführung nicht AIDS-spezifischer Projekte
- Bedeutung der Stärkung der Gesundheitssysteme, Zugang zu antiretroviralen Medikamenten, Lobbying

Zahlen zu AIDS, Dämonisierung

Die Zahlen waren in der Vergangenheit oft falsch. Wurden sie in früheren Jahren unterschätzt, so gab es zuletzt teilweise Überschätzungen. Dennoch ist das Problem sehr real, HIV/AIDS ist eine der großen Epidemien, wenn auch nicht die einzige, und auch die Situation in den verschiedenen Ländern ist sehr unterschiedlich. In einem ländlichen Hospital in Tansania waren/sind z.B. 70% der Kranken HIV-positiv. Dieser Prozentsatz gilt natürlich nicht für die Gesamtbevölkerung, weist aber auf das hohe Ausmaß der Verbreitung hin. In Uganda war der Verbreitungsgrad hingegen immer niedriger (höchstens 25% der Kranken in Spitälern), und Uganda war/ist sehr erfolgreich in der Präventionsarbeit.

Zu den Daten wird angemerkt, dass die Datenlage in Österreich schlechter ist als in manchen Entwicklungsländern. Sehr umfassende und seriöse Information kann auf den Webseiten der WHO und UNAIDS abgerufen werden.

Bedeutung des Networking

In Eritrea gab es eine Konferenz von kirchlichen („faith-based“/christlichen und moslemischen) Einrichtungen, bei der zusammengetragen wurde, welche Initiativen und Projekte es im Land gibt. Es gab großes Interesse an Verhütungsmethoden. Ähnliches Engagement in der Vernetzung gibt es auch in anderen Ländern; aus Ghana wurde berichtet, mit welchem Engagement hier viele Menschen in der Bildungs- und Präventionsarbeit aktiv sind. Vor Ort ist der Austausch meistens intensiver als wir von außen her annehmen.

Jahre nach Beginn einer von der GTZ finanzierten Beratungseinrichtung wurden in dieser Einrichtung sehr offene Gespräche über die Anwendbarkeit verschiedener Bildungsmaterialien geführt; HIV-positive Frauen tauschten sich z.B. in LeserInnenbriefen in einer Zeitung darüber aus, wie sie mit ihrer Sexualität umgehen.

Sprechen über Sexualität, Verhütung und AIDS

Es wird als sinnvoll eingeschätzt, dort, wo über diese Themen nicht gesprochen wird, im Zusammenhang mit AIDS dieses Tabu zu brechen. Es ist ein überlebensnotwendiger Tabubruch, und es ist auch eine Erleichterung für die betroffenen Menschen, über ihre Krankheit und ihre Situation sprechen zu können. Sie dürfen dann allerdings nicht allein gelassen werden. Es ist wichtig, AIDS zu entmythologisieren: AIDS ist einfach eine Krankheit.

Ehrenamtliche Arbeit

In vielen Gegenden wird in einem „Buddy-System“ ehrenamtliche Betreuung von AIDS-kranken Menschen geleistet, sei es durch NachbarInnen oder unbezahlt am Wochenende arbeitenden Krankenschwestern. Die Förderung solchen ehrenamtlichen Engagements ist sehr sinnvoll und bedarf wenig finanzieller Mittel. In der Praxis ergibt sich oft eine Diskrepanz zwischen bezahlten und z.B. mit Auto ausgestattetem professionellen Personal, das in der Prävention aktiv ist, und den unbezahlten ehrenamtlich Tätigen. Es wird angemerkt, dass das bezahlte Personal an grundlegenden Veränderungen tendenziell weniger interessiert ist als andere Personengruppen, weil diese Leute ja von dem Problem leben. Die Betroffenen selbst werden hingegen als besonders wichtig eingeschätzt, damit Bedürfnisse und Forderungen artikuliert werden und es zu Veränderungen kommt.

Methoden zum „Durchchecken“ von Projektanträgen

Derzeit gibt es noch keine Tools für „Mainstreaming AIDS“; sie müssen im gemeinsamen Austausch erst entwickelt werden, was auch hier im Seminar versucht wird. Folgende Punkte werden festgehalten:

- Es ist wichtig, sich mit den länder- und regionenspezifischen Gegebenheiten in Bezug auf die HIV/AIDS-Prävalenz zu beschäftigen, da es große Unterschiede zwischen den Regionen gibt.
- Es ist notwendig, den Versuch einer Analyse der Ist-Situation von HIV/AIDS vor Ort vorzunehmen und die Konsequenzen für das geplante Projekt so gut wie möglich abzuschätzen (z.B. Krankheit und Tod eines gewissen Prozentsatzes der geschulten Leute, zu erwartende Mehrkosten durch Personalausfall)
- Es ist zu unterscheiden zwischen HIV/AIDS-Projekten (Prävention und medizinische Betreuung); Projekten, die sich mit den Folgen von HIV/AIDS beschäftigen (wie die Betreuung von Waisenkindern) und Projekten, die sich nicht mit HIV/AIDS beschäftigen, in denen es aber darum gehen muss, die Problematik für eine erfolgreiche Projektdurchführung miteinzubeziehen (Mainstreaming AIDS). Als Beispiel für letzteres wird die Durchführung von Kleinkreditprogrammen genannt, die durch eine hohe Prävalenz von HIV/AIDS in Frage gestellt sein kann; oder z.B. eine hohe Fluktuation der TeilnehmerInnen in einem Jugendprojekt, was u.U. mit der Krankheit zu tun haben kann.
- An eine EZA-Organisation wurde das Ansuchen herangetragen, den Ankauf von ARV-Medikamenten zu finanzieren. Das war finanziell unmöglich und musste abgelehnt werden. Als Alternative wurde vorgeschlagen, dass Geld für Lobbyarbeit zum Zugang zu Medikamenten zur Verfügung gestellt werden könnte.
- Es sollten keine isolierten HIV/AIDS-Projekte gestartet werden, sondern von vornherein das Vorhandensein bestehender Einrichtungen und Initiativen erkundet werden und Vernetzung und Einbindung jeder neuen Initiative in vorhandene Strukturen beachtet werden.

- Für die NGOs als Projektträger ist es auch besonders wichtig, in HIV/AIDS-Projekte von Anfang an lokale staatliche Stellen und/oder etablierte kirchliche Strukturen miteinzubeziehen und zu gewährleisten, dass das Projekt nach einer anfänglichen Förderung mit lokalen staatlichen Mitteln, kirchlichen Mitteln oder aus Mitteln des Global Fund weiterlaufen kann.
- Auch aus medizinischer Sicht ist es notwendig, die Langfristigkeit der Versorgung von Gesundheitseinrichtungen mit ARV-Medikamenten zu gewährleisten, um der Entwicklung von Resistenzen durch eine unterbrochene Medikamenteneinnahme entgegenzuwirken. Dennoch darf diese Überlegung nicht dazu führen, dass Behandlungen aus diesem Grund erst gar nicht begonnen werden.
- Es ist eine Problematik nicht nur der HIV/AIDS-Projekte, sondern auch z.B. von UNO-Hilfeinsätzen, dass dabei in der Regel das beste Personal aus den lokalen Bildungs- und Gesundheitssystemen abgezogen wird, da die Verdienstmöglichkeiten bei den ausländischen Arbeitgebern sehr viel besser sind. Daher ist in der Projektarbeit darauf zu achten, dass kein Fachpersonal abgezogen wird.
- Es ist wichtig, AIDS nicht losgelöst als einzelnes Thema, sondern im Zusammenhang mit Gesundheit zu thematisieren und die lokalen Gesundheitssysteme zu stärken. Der Global Fund arbeitet in diese Richtung; die lokalen Büros haben eine reine Koordinationsfunktion. Die WHO arbeitet nach demselben Konzept.
- Beim Mainstreaming von AIDS ist es wichtig, sich Gedanken über eventuell notwendige Präventionsarbeit zu machen (z.B. im Zusammenhang mit Infrastrukturprojekten, wo es zu Wanderarbeit kommen kann) oder andere als die ursprünglich geplanten Maßnahmen zu setzen (z.B. in der Landwirtschaft weniger arbeitsintensive Methoden zu fördern).
- Es sollte auch thematisiert werden, wie in der eigenen Organisation mit HIV/AIDS umgegangen wird; welche Möglichkeiten betroffenem eigenen Personal zur Verfügung stehen. Oxfam etwa bietet seinen MitarbeiterInnen für die Dauer von zwei Jahren kostenlos eine ARV-Therapie. Das wird als besser als nichts beurteilt, ist aber zu wenig, weil eine ARV-Therapie lebenslang notwendig ist.
- In einzelnen Fällen konnten Firmen dazu motiviert werden, ihren betroffenen MitarbeiterInnen eine ARV-Therapie zu bezahlen. Ausschlaggebend dafür war, dass ansonsten die ökonomische Belastung für das Unternehmen noch größer gewesen wäre.

Lobbying für den Zugang zu Mittel für Prävention und Medikamenten

- Lobbying wird als äußerst wichtig eingeschätzt, um Veränderungen zu erreichen.
- Derzeit stehen Patentrechte und WTO-Regeln einem effektiven Einsatz von Generika entgegen. Zwar sind im WTO-Recht Ausnahmen möglich, es bleibt aber abzuwarten, ob sie von den Entwicklungsländern genutzt werden oder ob sie zu hohe Hürden beinhalten.
- Mit der Errichtung des Global Fund zur Bekämpfung von AIDS, Malaria und Tuberkulose ist in kurzer Zeit viel erreicht worden. Die Schaffung des Global Fund ist eine Erfolgsgeschichte, die dazu motivieren kann, am Lobbying dranzubleiben. Der Global Fund ist als dauerhafte Fundraising-Organisation eingerichtet worden. In ihn zahlen Staaten und private Geber ein. Der Fonds arbeitet auf der Basis von Richtlinien, mischt sich aber in lokale Projekte nicht ein, sondern koordiniert nur die Vergabe von Mitteln in den einzelnen Länder und bietet technische Unterstützung. Wenn die Rahmenbedingungen staatlicherseits nicht erfüllt werden, sperrt der Fonds als Druckmittel die Gelder; das geht zwar kurzfristig auf Kosten der betroffenen Menschen, hat aber bisher den notwendigen Druck auf einzelne Staaten erzeugt und Richtungsänderungen ermöglicht (als Beispiel wurde ein osteuropäisches Land genannt).
- Beim Lobbying gilt es ebenso wie in der konkreten Projektarbeit, darauf zu achten, dass die lokalen Gesundheitssysteme gestärkt werden; dass AIDS nicht als isolierte Problematik behandelt wird und nicht personelle Ressourcen und Mittel vom Gesundheitssystem insgesamt abgezogen werden.

- Beim Lobbying gilt es auch, in die Richtung zu arbeiten, dass man nicht die Interessen der großen Pharmakonzerne bedient, sondern Zugang zu den kostengünstigen Generika schafft. Hier hätte die Clinton-Initiative einen Durchbruch schaffen sollen. Durch die neue „Presidential Initiative“ von Bush wird die Strategie des Zugangs zu Generika für Entwicklungsländer wieder unterlaufen. Gemäß dieser Initiative müssen sich die Entwicklungsländer im Gegenzug für Projektgelder zum Ankauf amerikanischer Pharmaka verpflichten.
- Vernetzung ist auf allen Ebenen notwendig. Auch die Diskussion mit HIV-positiven Menschen in Österreich wäre sinnvoll, da die Probleme teilweise die gleichen sind.
- Es muss unbedingt langfristig gedacht werden, und hier ist das Empowerment der verarmten Bevölkerung besonders wichtig, insbesondere der Frauen, die ein größeres HIV-Risiko tragen und zwei Drittel der Armen weltweit ausmachen. Wenn sich die Betroffenen nicht zu Wort melden, wird zuwenig geschehen.

Protokoll: Claudia Thallmayer