

# Konzepte zur Entwicklungshilfe – Strategien zur Bekämpfung von HIV/AIDS im internationalen Vergleich

---

„Die Deutsche Welthungerhilfe und terre des hommes sehen in HIV/AIDS ein schwerwiegendes Entwicklungshemmnis, das grundlegende Rechte von Menschen verletzt und Erfolge aus 50 Jahren Entwicklungszusammenarbeit und Armutsbekämpfung gefährdet.“

*Aus dem 11. Bericht „Die Wirklichkeit der Entwicklungshilfe“ (2003),  
herausgegeben von der Welthungerhilfe und terre des hommes.*

München, September 2011

Projektarbeit im Rahmen der Jungen Akademie der TU München

Verfasser: Christian Franzmann, Paul Grünke, Sebastian Hambauer, Anne Hültschke, Haruko Miura

Tutor: Nadine Kammerlander

Mentor: Harry Grundmann

## Vorwort

Knapp 6,3 Mrd. EUR beträgt der Etat der Bundesregierung für entwicklungspolitische Themen im Jahr 2011 – das entspricht etwa 2 Prozent des Bruttoinlandsprodukts<sup>1</sup>. Hinzu kommen Spenden der Bevölkerung für Entwicklungshilfe in Höhe von etwa 1 Mrd. EUR jährlich<sup>2</sup> sowie der unermüdliche Beitrag von Nichtregierungs-Organisationen zu zahlreichen entwicklungspolitischen Fragen. Zusammengenommen geht es demnach um beträchtliche Summen Geld und einen nicht zu unterschätzenden Einsatz. Die Liste der zu lösenden Probleme aber ist ebenbürtig lang: Armut und Hunger, Bildung und Gleichberechtigung, gesundheits- und umweltpolitische Themen etc. Insgesamt acht Themenblöcke wurden im Jahr 2000 von den Vereinten Nationen als wichtige, gemeinsam zu erreichende „Millenniumsziele“ identifiziert. Nun, etwas mehr als zehn Jahre später, stellt sich die Frage: Was wurde erreicht? Wurden die ehrgeizigen Ziele umgesetzt? Wie soll es nun weitergehen? Auf diese Fragen gibt es naturgemäß ebenso viele Antworten wie Befragte. Die Welthungerhilfe stellte jedoch gemeinsam mit terre des hommes in ihrem 18. Bericht zur „Wirklichkeit der Entwicklungshilfe“ (2010) Folgendes fest: Nach einigen Fortschritten hatte die Finanz- und Wirtschaftskrise die Entwicklung wieder um einige Jahre zurückgeworfen, eine Verbesserung der Lage sei vorerst nicht in Sicht. Die Weltbank erwarte, dass auch 2015 noch mehr als 1,1 Mrd. Menschen in Armut leben werden. Im Zuge immer knapper ausfallender Budgets stellt sich die Frage, wie die vorhandenen Mittel möglichst wirkungsvoll eingesetzt werden können. Eine brandaktuelle Frage, mit der sich beispielsweise auch eine Gruppe von Forschern um Abhijit Banerjee am Massachusetts Institute of Technology (MIT) beschäftigt. Banerjee erörtert: »Dass die Entwicklungshilfe ihren Zweck oft nicht erfüllt, liegt weniger an strukturellen Problemen. (...) Meistens liegt es schlicht daran, dass niemand darüber nachdenkt, wie man das Geld gut investiert.«<sup>3</sup> Den dahinterstehenden Fragen „Was ist gut investiertes Geld?“, „Was sind die Erfolgsfaktoren der Maßnahmen?“ und „Welche Rahmenbedingungen sind nötig?“ soll im folgenden Artikel nachgegangen werden. Dabei wird eine in den Wirtschafts- und Sozialwissenschaften weit verbreitete Methodik, nämlich die der vergleichenden Fallstudien, angewendet. Als Untersuchungsobjekt dient der aktuelle Ausbreitungsgrad von HIV/AIDS in vier ausgewählten Ländern.

Ziel dieses Artikels ist es, einen weiteren Schritt in Richtung „Transparenz“ und „Evaluation, Vergleichbarkeit und Übertragbarkeit von Maßnahmen“ zu gehen – Ziele, auf die sich Geber- und Nehmerländer in der Pariser Erklärung von 2005 sowie der Accra Agenda for Action 2008 geeinigt haben.

Der Artikel soll seine Leser einerseits für die noch immer bestehende HIV/AIDS-Pandemie sensibilisieren, zum anderen aber auch Denkanstöße für neue Methoden in der Entwicklungspolitik geben.

---

<sup>1</sup> [www.bmz.de](http://www.bmz.de)

<sup>2</sup> Roland Bunzenthal in Frankfurter Rundschau (Online), 7. April 2011

<sup>3</sup> In: „Was wirklich hilft“, Zeit Online, 02.09.2011 (Artikel verfasst von Max Rauner)

## Abkürzungsverzeichnis

AIDS	acquired immunodeficiency syndrome (erworbenes Immundefektsyndrom)
ANC	antenatal care (Schwangerenvorsorge)
ART	antiretroviral therapy (antiretrovirale Therapie)
ARV	antiretroviral (antiretroviral)
BIP	Bruttoinlandsprodukt
CHAMP	Community HIV/AIDS Mobilization Project (spezielles HIV/AIDS Präventionsprogramm)
CSW	commercial sex workers (Prostituierte)
DHHS	Department of Health and Human Services (Gesundheitsministerium)
FSW	female sex worker (weiblicher Sexarbeiter)
HCT	HIV Counselling and Testing Campaign (Kampagne zur HIV-Aufklärung und HIV-Tests)
HIV	human immunodeficiency virus (Menschliches Immundefekt-Virus)
IDU	injecting drug user (injizierender Drogenkonsument)
MOPH	Ministry of Public Health (Gesundheitsministerium)
MSM	men having sex with men (männlicher Homosexueller)
MSW	male sex worker (männlicher Sexarbeiter)
NAPAC	National AIDS Prevention and Alleviation Committee (Nationales Komitee zur AIDS-Vorbeugung und -Bekämpfung), Swaziland
NERCHA	National Emergency Response Committee on HIV/AIDS (spezielles Komitee zur HIV/AIDS-Bekämpfung)
NESDB	National Economics and Social Development Board (Nationale Behörde für Wirtschaft und Soziales)
NGO	non-governmental organization (nicht-staatliche Organisation)
NPACP	National Emergency Response Committee on HIV/AIDS (spezielles Komitee zur HIV/AIDS-Prävention und -Bekämpfung)
OVC	orphans and vulnerable children (verwaiste und gefährdete Kinder)
PLWHA	people living with HIV/AIDS (Personen mit HIV/AIDS), Thailand
PMTCT	prevention of mother-to-child transmission (Vorbeugung der Mutter-Kind-Übertragung)
STI	sexually transmitted disease (Geschlechtskrankheit)
SW	sex worker (Sexarbeiter)
UNAIDS	United Nations Programme on HIV/AIDS (HIV/AIDS-Programm der Vereinten Nationen)

UNDP	United Nations Development Programme (Entwicklungsprogramm der Vereinten Nationen)
U.S.	United States (Vereinigte Staaten von Amerika)
VAAC	Vietnam Anti-AIDS Committee (Anti-AIDS Komitee von Vietnam)
WHO	World Health Organization (Weltgesundheitsorganisation)

## Inhaltsverzeichnis

1.	Globaler Überblick zur Geschichte und zum Status Quo von HIV/AIDS.....	5
2.	Situation zu HIV/AIDS in ausgewählten Ländern .....	9
2.1	HIV/AIDS in Südafrika .....	9
2.1.1	Daten .....	9
2.1.2	Ursachen.....	11
2.1.3	Politik.....	11
2.1.4	Interventionsmaßnahmen.....	12
2.1.5	Diskussion und Empfehlungen .....	15
2.2	HIV/AIDS in Swaziland .....	17
2.2.1	Daten .....	18
2.2.2	Ursachen.....	19
2.2.3	Politik.....	20
2.2.4	Interventionsmaßnahmen.....	20
2.2.4	Diskussion und Empfehlungen .....	21
2.3	Vergleich von Südafrika und Swaziland.....	22
2.4	Empfehlungen für Südafrika und Swaziland .....	23
2.5	HIV/AIDS in Thailand .....	24
2.5.1	Daten .....	24
2.5.2	Ursachen.....	25
2.5.3	Politik.....	26
2.5.4	Interventionsmaßnahmen.....	27
2.5.5	Diskussion und Empfehlungen .....	30
2.6.	HIV/AIDS in Vietnam.....	32
2.6.1	Daten .....	32
2.6.2	Ursachen.....	33
2.6.3	Politik.....	34

2.6.4 Interventionsmaßnahmen.....	34
2.6.5 Diskussion und Empfehlungen .....	38
2.7 Vergleich von Thailand und Vietnam .....	39
2.8 Empfehlungen für Thailand und Vietnam .....	41
3. Interkontinentaler Vergleich .....	42
3.1 Diskussion der Datenlage .....	42
3.2 Möglichkeiten der Übertragbarkeit.....	47
Literatur.....	50

# 1. Globaler Überblick zur Geschichte und zum Status Quo von HIV/AIDS

Im Jahr 1981 wurde von Wissenschaftlern in den USA erstmals eine neuartige Erkrankung beobachtet, die später unter dem Namen AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrome) bekannt geworden ist. Zuerst hauptsächlich unter homosexuellen Männern und Drogenabhängigen verbreitet, entwickelte sich AIDS im Laufe des Jahrzehnts zur Pandemie. 1990 waren etwa acht Millionen Menschen mit dem HI-Virus (Human Immunodeficiency) infiziert, das nach meist mehrjähriger Inkubationszeit zu AIDS führt. In den vergangenen Jahren hat sich die Zahl der mit HIV lebenden Menschen bei etwa 33,3 Millionen stabilisiert (siehe Abbildung 1). Im Jahr 2009 haben sich etwa 2,6 Millionen Menschen neu mit HIV infiziert, 1,8 Millionen Menschen sind an den Folgen von AIDS gestorben. Seit Beginn der Pandemie fielen der bis heute unheilbaren Krankheit etwa 30 Millionen Menschen zum Opfer (UNAIDS, 2010).

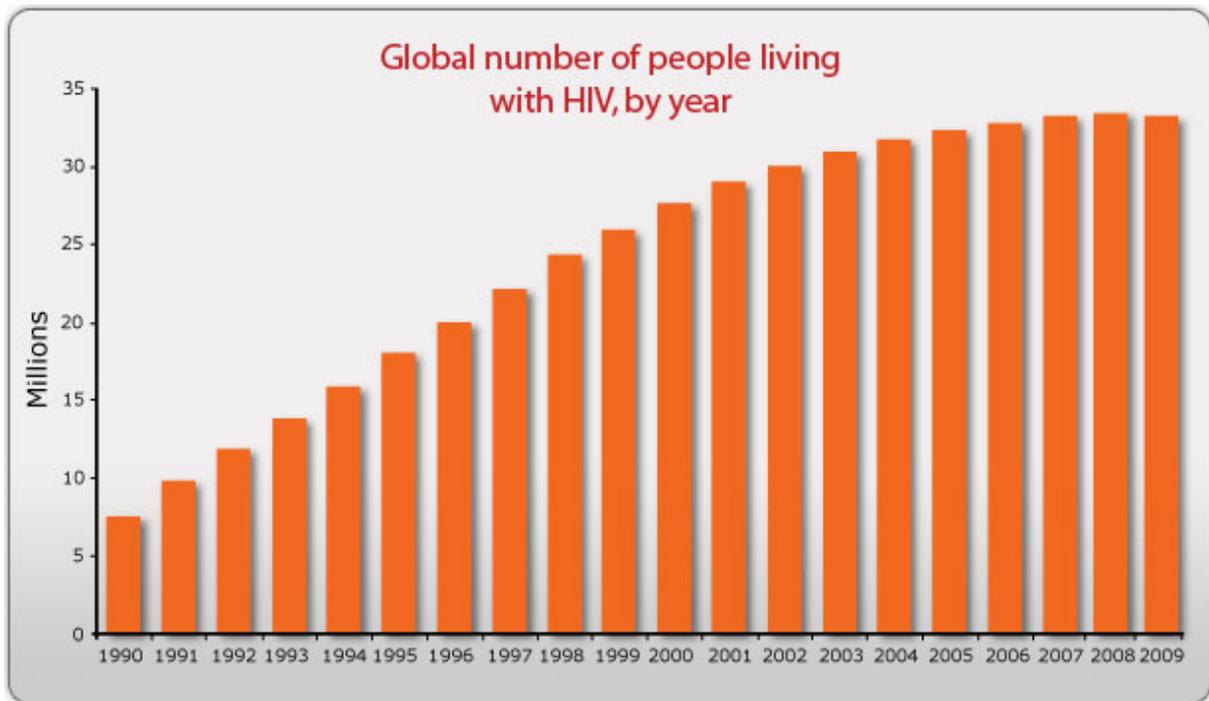


Abbildung 1 Anzahl der mit HIV infizierten Menschen von 1990 bis 2009 (AVERT, 2009)

Dass HIV/AIDS keine rein gesundheitlichen Themen darstellen, sondern auch immense Auswirkungen auf die Gesellschaft und Wirtschaft haben, zeigt der in Abbildung 2 dargestellte, dem „11. Bericht zur Wirklichkeit der Entwicklungshilfe“ entnommene, „Teufelskreis“:

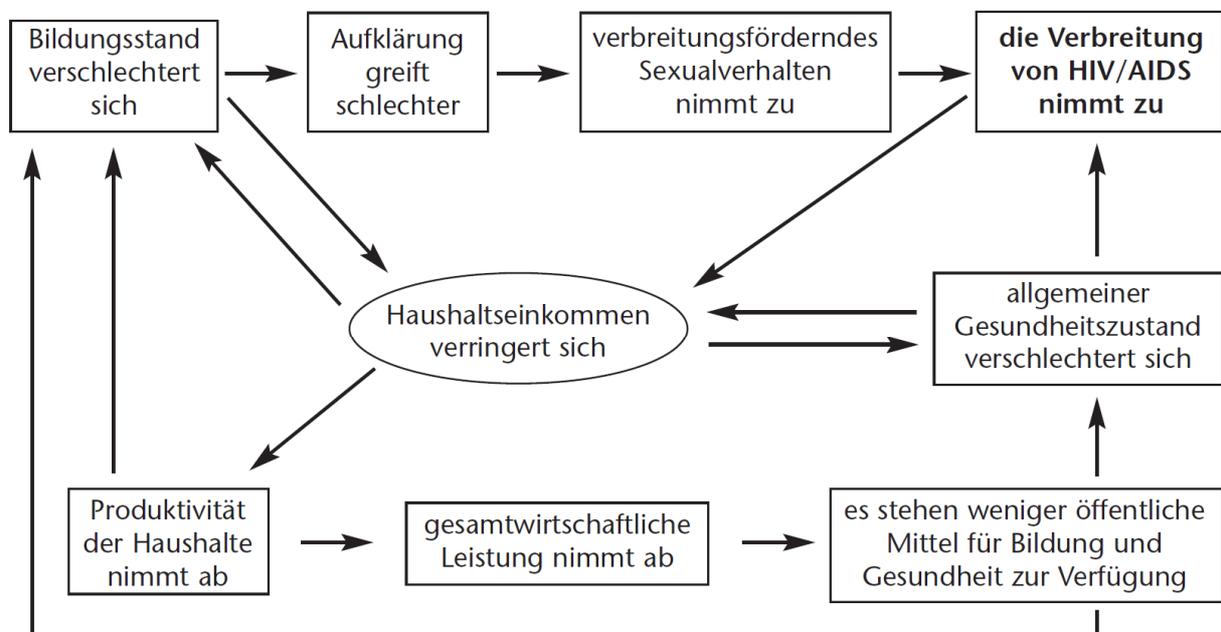


Abbildung 2: Teufelskreis zu Ursachen und Auswirkungen von HIV/AIDS (11. „Bericht zur Wirklichkeit der Entwicklungshilfe, 2003, Welthungerhilfe, terre des hommes)

In diesem Artikel werden wir verschiedene Herangehensweisen zur Bekämpfung von HIV/AIDS in Entwicklungsländern analysieren. Es wurden bisher zwar sehr viele Projekte zur HIV/AIDS-Prävention und -Bekämpfung durchgeführt und anschließend auch bewertet, ein Vergleich verschiedener Projekte, insbesondere aus Bereichen mit gänzlich unterschiedlichen Voraussetzungen, wird jedoch nur sehr selten gezogen. Dies ist bedauernd, denn ein intensiver Vergleich erfolgreicher und erfolgloser Maßnahmen über Länder- und Kontinent-Grenzen hinweg würde es erlauben, generelle und kulturspezifische Erfolgsfaktoren im Kampf gegen HIV/AIDS herauszuarbeiten und damit die Möglichkeit schaffen, entsprechende Gelder der Entwicklungshilfe sinnvoller zu verteilen. Insbesondere in Zeiten immer knapper werdender Budgets für die Entwicklungshilfe spielt dies eine wichtige Rolle.

Das Ziel dieser Projektarbeit ist es zum einen, einen Überblick über die Geschichte von HIV/AIDS und den Status Quo zu geben und zum anderen einzelne vielversprechende und erfolgreiche Ansätze hervorzuheben und aus diesen zu lernen, sodass sie dann in angepasster Form auch an anderer Stelle angewandt werden können. Hierzu muss verstanden werden, wie kulturelle, politische und andere individuelle Gegebenheiten die Wirkung einzelner Projekte beeinflussen. Um die heutige Situation zu verstehen, folgt nun zunächst ein kurzer Überblick über die Geschichte von AIDS in den letzten 30 Jahren.

Nach der ersten Diagnose im Jahre 1981 organisierten das U.S. Department of Health and Human Services und die Weltgesundheitsorganisation 1985 in Atlanta die erste internationale AIDS-Konferenz. Auf dieser bis 1994 jährlich und anschließend alle zwei Jahre stattfindenden Konferenz haben Wissenschaftler und Politiker die Möglichkeit, sich auszutauschen und Programme für die globale Bekämpfung von AIDS auszuarbeiten. Die Konferenz stellt die größte regelmäßige Veranstaltung, die sich mit einem Thema aus Gesundheit oder Entwicklung beschäftigt, dar und bietet eine Plattform, um politische und finanzielle Unterstützung zur AIDS-Bekämpfung zu fordern. Die WHO hat des Weiteren 1988 zum ersten Mal den Welt-AIDS-Tag ausgerufen, der seitdem jedes Jahr am 1. Dezember stattfindet. Es soll an diesem Tag an das Thema AIDS erinnert und Solidarität mit den HIV-Infizierten und AIDS-Erkrankten gezeigt werden, die häufig noch immer diskriminiert und aus der Gesellschaft ausgeschlossen werden. Die „Rote Schleife“ wurde 1991 zum Symbol für Solidarität mit HIV-Infizierten und AIDS-Erkrankten erklärt. Während sich die Lage in den Industrieländern aufgrund groß angelegter Aufklärungskampagnen und erster Erfolge der antiretroviralen Therapie verbesserte, breitete sich HIV aus verschiedenen Gründen, die teilweise in den folgenden Kapiteln diskutiert werden, vor allem in den Entwicklungsländern weiter aus.

Im sogenannten Millenniums-Gipfel der 55. Generalversammlung der Vereinten Nationen wurden im Jahr 2000 Maßnahmen beschlossen, deren übergeordnetes Ziel darin besteht, die weltweite Armut

bis 2015 zu halbieren. Einer der Punkte auf der Agenda ist mit „Bekämpfung von HIV/AIDS, Malaria und anderen schweren Krankheiten“ überschrieben und widmet sich unter anderem dem konkreten Ziel, die Ausbreitung von HIV/AIDS bis 2015 zu stoppen und eine Trendumkehr zu bewirken, sowie bis 2010 weltweit allen HIV-Infizierten Zugang zu der benötigten medizinischen Versorgung zu ermöglichen. Des Weiteren wurde beschlossen, dass den vielen Kindern, die durch AIDS zu Waisen geworden sind, spezielle Hilfestellungen geboten werden sollen (UN, 2010).

Zehn Jahre später zogen die Regierungen bei einem zweiten Millenniums-Gipfel Bilanz über die bisherige Umsetzung ihrer Vorhaben. Hier konnte positiv festgestellt werden, dass die Anzahl der Neuinfektionen zwischen 2001 und 2008 um 16 Prozent zurückgegangen war. Nur ein Drittel der Betroffenen konnte jedoch die nötige medizinische Behandlung in Anspruch nehmen.

Von den 33,3 Millionen mit HIV infizierten Menschen leben heute etwas mehr als zwei Drittel in Subsahara-Afrika. Die Prävalenz, das heißt der Prozentsatz der Infizierten unter Erwachsenen, beträgt hier 5 Prozent. Dies entspricht mehr als 22,5 Millionen Infizierten. Mit etwas mehr als 4 Millionen Betroffenen gehören Süd- und Südostasien weltweit zu den Regionen, die am zweitschwersten betroffen sind (siehe Abbildung 2).

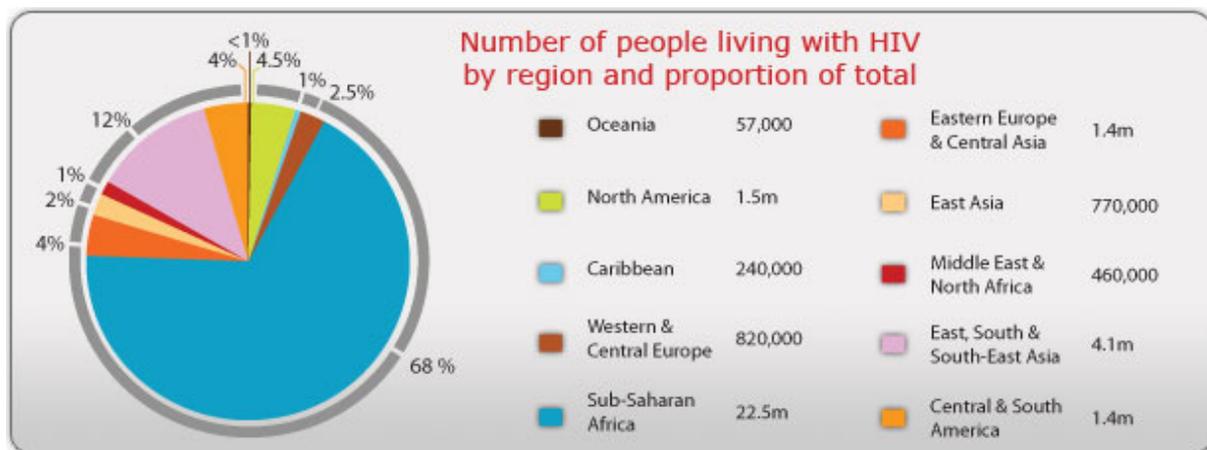


Abbildung 2: Anzahl der mit HIV infizierten Menschen im Jahr 2009, geordnet nach Regionen der Erde (AVERT, 2009)

Im Folgenden werden wir nun die HIV/AIDS-Lage in Thailand und Vietnam, Swaziland und Südafrika analysieren und vergleichen. Diese Länder haben wir ausgewählt, da sie einige Gemeinsamkeiten (beispielsweise Kultur in Swaziland und Südafrika) aber auch Unterschiede (zum Beispiel bezüglich des Erfolgs einiger eingeführter Maßnahmen) aufweisen und sich somit gut für einen Vergleich und das Ableiten erster möglicher Empfehlungen eignen. Die Länder unterscheiden sich nicht nur bezüglich der betroffenen Bevölkerung und der eingeleiteten Maßnahmen, sondern auch bezüglich der Entwicklungszusammenarbeit mit Deutschland: Mit Swaziland und Thailand besteht keine bilaterale Entwicklungszusammenarbeit, während Südafrika an der vierten Stelle (gelistet nach

aufgewendeten Mitteln) steht. Auch mit Vietnam besteht eine Zusammenarbeit. Bei den Zahlungen des „Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria“ spiegeln sich die Unterschiede ebenfalls wider: So liegt der Wert für „approved funds“ für HIV/AIDS-Bekämpfung in Südafrika bei etwa 373 Mio. US-Dollar, in Thailand bei 293 Mio. US-Dollar, in Swaziland bei 164 Mio. US-Dollar und in Vietnam bei 122 Mio. US-Dollar (Global Fund, 2011).

Wir gingen bei unserer Arbeit wie folgt vor: Nach einer systematischen Recherche in der einschlägigen Literatur haben wir zunächst die Ausgangslage in den einzelnen Ländern bezüglich Infektionsdaten, politischer Einstellung, ergriffener Maßnahmen und deren Erfolg herausgearbeitet. In einer zweiten Phase haben wir schrittweise (erst intra- dann interkontinental) die Situationen und (erfolgreichen) Maßnahmen in diesen Ländern verglichen.

## **2. Situation zu HIV/AIDS in ausgewählten Ländern**

### **2.1 HIV/AIDS in Südafrika**

#### **2.1.1 Daten**

In Südafrika waren im Jahr 2009 5,6 Millionen Menschen von HIV betroffen – absolut gesehen die höchste Zahl an HIV-Infizierten weltweit (UNAIDS, 2010). Seit 2006 liegt eine Konsolidierung der Prävalenz vor, das heißt die Anzahl der HIV-Infizierten wächst nicht weiter an. Unter den Betroffenen sind jedoch im Jahr 2009 allein 280000 unter 15 Jahre alt – was im Vergleich zum Jahr 2001 eine Verdopplung darstellt (UNAIDS, 2010).

Laut UNAIDS (2010) starben im Jahr 2009 310000 Menschen an AIDS, was fast die Hälfte aller Todesfälle in Südafrika ausmacht – bei den 15- bis 49-Jährigen, der von HIV/AIDS am häufigsten betroffenen Bevölkerungsgruppe, sogar 71 Prozent.

Die HIV-Prävalenz in dieser Bevölkerungsgruppe (15-49 Jahre) lag 2009 bei 17,8 Prozent (UNAIDS, 2010), wobei ein Drittel der 25-bis 29-jährigen Frauen und über ein Viertel der 30-bis 34-jährigen Männer mit HIV infiziert sind (Human Sciences Research Council 2009). Seit 2004 liegt eine Konsolidierung der Prävalenzrate bei den 15- bis 49-Jährigen vor (siehe Abbildung 3). Zu beachten ist, dass die HIV-Prävalenz zwischen den verschiedenen südafrikanischen Provinzen variiert, wobei das

Western Cape (3,8 Prozent der Gesamtbevölkerung) und Northern Cape (5,9 Prozent der Gesamtbevölkerung) am wenigsten betroffen sind, und Mpumalanga (15,4 Prozent der Gesamtbevölkerung) sowie KwaZulu-Natal (15,8 Prozent der Gesamtbevölkerung) die höchsten Prävalenzraten innerhalb Südafrikas aufweisen (AVERTing HIV and AIDS, 2011).

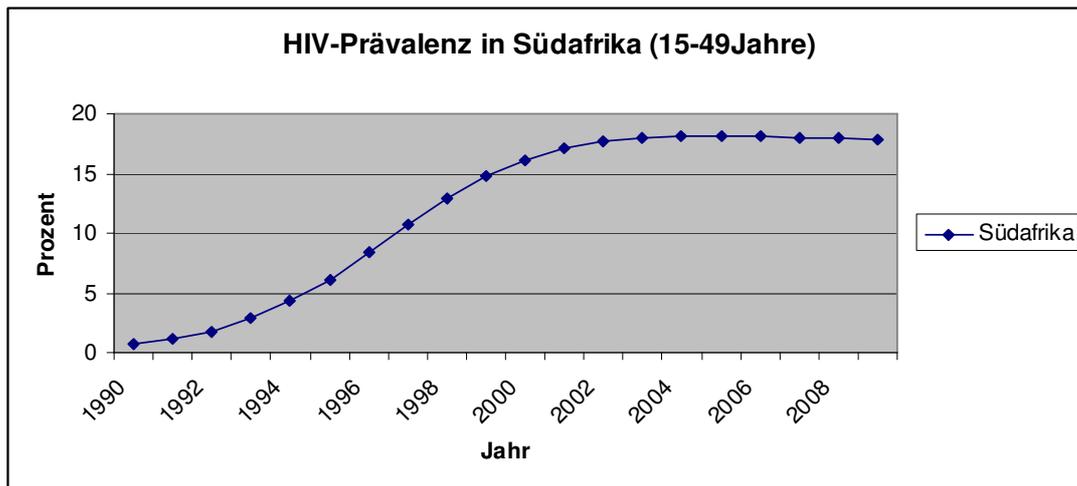


Abbildung 3: HIV-Prävalenz in Südafrika von 1990 bis 2009 (UNAIDS, 2010)

Die Inzidenzrate, das heißt der Prozentsatz der Neuerkrankungen in einer bestimmten Bevölkerungsgruppe, lag im Jahr 2005, bezogen auf die Gesamtbevölkerung, bei 1,4 Prozent (Rehle et al., 2007) – diese ist in den letzten Jahren zwar leicht gefallen, jedoch immer noch auf einem hohen Niveau (siehe Abbildung 4). Bei den 15- bis 49-Jährigen war der Höhepunkt der Inzidenzrate im Jahr 1997 mit 3,3 Prozent erreicht – danach nahm die Inzidenzrate kontinuierlich ab – im Jahr 2009 lag sie bei 1,5 Prozent bei den 15- bis 49-Jährigen.

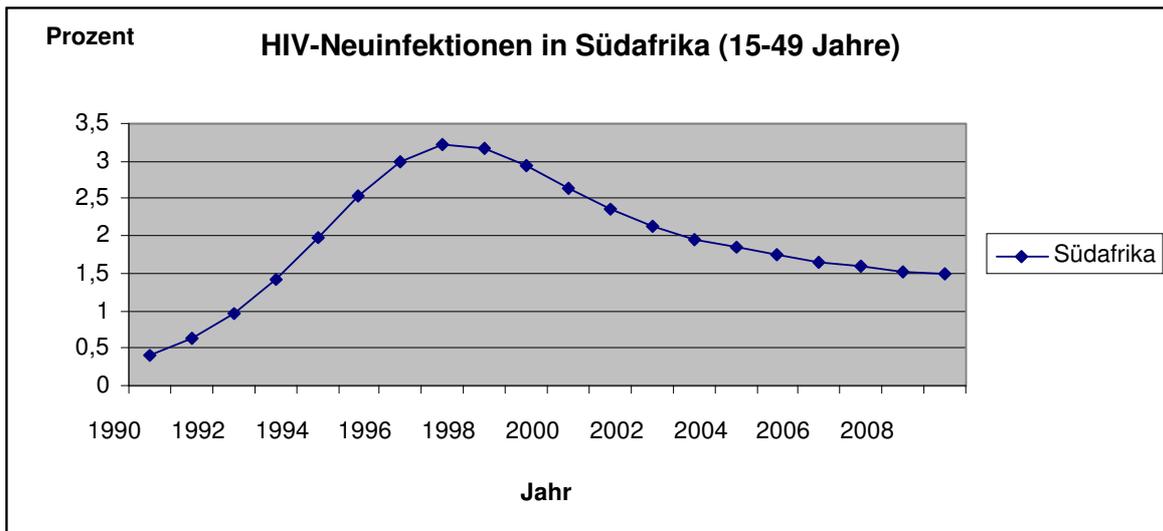


Abbildung 4: HIV-Inzidenz in Südafrika von 1990 bis 2010 (UNAIDS, 2010)

### 2.1.2 Ursachen

Bei der Betrachtung der Ursachen für die HIV/AIDS-Epidemie in Südafrika müssen kulturelle, soziale und ökonomische Faktoren herangezogen werden (Karthe & Stähle, 2010): Die in Südafrika weitverbreitete, traditionell beziehungsweise religiös motivierte Polygamie und Prostitution waren und sind Risikofaktoren für die Verbreitung des HI-Virus. Hinzu kommen der schwache soziale Status von Frauen, häusliche Gewalt, Alkohol- und Drogenmissbrauch sowie Defizite im Bildungssystem und fehlende Berufschancen für Jugendliche. Ein fehlendes Risikobewusstsein erschwert die Prävention. Noch immer ist der Gebrauch von Kondomen in Südafrika, insbesondere in den ländlichen Regionen, nicht selbstverständlich. Darüber hinaus leben viele Südafrikaner mit einem falschen Sicherheitsgefühl aufgrund der langen Inkubationszeiten und der Tatsache, dass HIV-Tests selten durchgeführt werden. Lediglich 29 Prozent der Bevölkerung verfügen laut einem 2009 von UNAIDS veröffentlichtem Bericht über adäquate Kenntnisse zur Übertragung des HI-Virus (2009, UNAIDS).

Zudem werden Betroffene oftmals stigmatisiert und von der Gesellschaft ausgeschlossen, da die Erkrankung als „Strafe Gottes“ angesehen wird. Die Migration und die damit verbundene hohe Durchseuchungsrate der an Südafrika grenzenden Länder stellen ebenfalls einen entscheidenden Faktor für die Verbreitung des HI-Virus dar.

### 2.1.3 Politik

Die sogenannte „Kultur des Schweigens“ der südafrikanischen Regierung unter dem ehemaligen Präsidenten Thabo Mbeki (1999-2008), welche die HIV/AIDS-Problematik in Südafrika verleugnete

und nur wenige Maßnahmen (wie beispielsweise kostenlose Kondom-Verteilung) einleitete, trug nicht zur Aufklärungsarbeit bei, die wichtig wäre, um das Bewusstsein für HIV bei den Südafrikanern zu schärfen und deren Risikoverhalten zu reduzieren. Mbeki und die Gesundheitsministerin Manto Tshabalala-Msimang verweigerten die öffentliche Thematisierung der HIV/AIDS-Problematik und zweifelten die Effektivität der antiretroviralen Therapie an.

Seitdem Präsident Jacob Zuma 2009 die Staatsgeschäfte übernahm, wurden verschiedene Maßnahmen und Initiativen zur Stärkung der HIV/AIDS-Bekämpfung, wie zum Beispiel die freie Bereitstellung von Medikamenten und die Dezentralisierung der antiretroviralen Behandlung, eingeleitet.

#### **2.1.4 Interventionsmaßnahmen**

Der wohl wichtigste Wendepunkt in der Förderung der HIV/AIDS-Prävention war die im April 2010 durch die Regierung etablierte HCT: Durch konkrete Aufklärungsarbeit zielte die Kampagne darauf ab, die HIV-Inzidenzrate bis Juni 2011 um 50 Prozent zu reduzieren (SANAC, 2010). Zu den angewendeten Aufklärungsstrategien zählten das Bekanntmachen der Verfügbarkeit von freien HIV-Tests und kostenlosen Beratungen in Gesundheitskliniken sowie die Sensibilisierung beziehungsweise Aufklärung der Bevölkerung durch Tür-zu-Tür-Kampagnen, Plakate und Befragungen, um Mythen und Stigmata zur HIV-Thematik gezielt abbauen zu können. Es ist wichtig, der HIV-Prävention entgegenstehende soziale Normen zu ändern und insbesondere Schulen, beispielsweise durch das sogenannte interaktive Lernen („participatory learning“), in die Aufklärungsarbeit einzubeziehen.

Durch die HCT sollen 50 Prozent der südafrikanischen Bevölkerung erreicht werden (AVERTing HIV and AIDS, 2011). Einerseits konnte die Reichweite bisheriger Sensibilisierungs- beziehungsweise Aufklärungskampagnen („Khomanani“, „Soul City“, „Soul Buddyz“ (auf Kinder fokussiert), „loveLife“ (auf Jugendliche fokussiert), „Stepping Stones“), die auf die Prävention von HIV-Infektionen abzielen, in den letzten Jahren erhöht werden: So hatten 80 Prozent der Südafrikaner im Jahr 2008 zumindest von AIDS-Kampagnen gehört, wohingegen es im Jahr 2005 noch weniger als ein Drittel waren (Human Sciences Research Council, 2009). Zudem konnten 90 Prozent der Zielgruppe der 15- bis 24-Jährigen erreicht werden (AVERTing HIV and AIDS, 2011).

Andererseits fehlt es weiterhin an einem umfassenden, akkuraten Wissen der Südafrikaner zum Thema HIV/AIDS, insbesondere bezüglich der sexuellen Transmission des HI-Virus, welche hauptsächlich über den Geschlechtsverkehr und die Mutter-Kind-Transmission erfolgt (AVERTing HIV and AIDS, 2011). So besitzen lediglich 29 Prozent der Bevölkerung adäquate Kenntnisse zur HIV-Transmission (UNAIDS, 2009). Ein Bericht des Human Science Research Council (2009) zeigte auf, dass

nur die Hälfte der südafrikanischen Bevölkerung über die präventive Wirkung von Kondomen Bescheid wusste bzw Kenntnis darüber hatte, dass eine geringe Anzahl von Geschlechtspartnern das Infektionsrisiko reduzieren kann.

Positiv anzumerken ist jedoch, dass von der Regierung eine hohe Anzahl von Kondomen kostenlos zur Verfügung gestellt wird: Im Jahr 2007 waren es beispielsweise 256 Millionen von der Regierung verteilte Kondome (Republic of South Africa, 2008). Darüber hinaus kann konstatiert werden, dass der Gebrauch von Kondomen in den letzten Jahren kontinuierlich gestiegen ist (27 Prozent in 2002, 35 Prozent in 2005, 62 Prozent in 2008, 75,2 Prozent in 2009), wobei die jüngere Generation die höchste Verwendungsrate aufweist, was den Rückgang der HIV-Prävalenz und -Inzidenz unter Jugendlichen und jungen Erwachsenen erklärt und eine solide Grundlage für die zukünftige Prävention von HIV/AIDS darstellt (Human Sciences Research Council, 2009).

Auch in der Schule wird Aufklärungsunterricht im Rahmen eines „Life Orientation“-Moduls angeboten (IRIN/PlusNews, 2008). Dennoch lässt die Qualität des Unterrichts aufgrund des häufig mangelhaften Trainings und des vielfach vorhandenen Widerwillens von Lehrern und Schulpolitik, deren Einstellungen und Glauben dem der Aufklärungsarbeit oftmals entgegenstehen, zu wünschen übrig (Ahmed et al., 2009). Teaching Units in Südafrika machen sich deshalb dafür stark, das „Life Orientation“-Modul per gesetzlicher Regelung in die Ausbildung der Lehrer und Schüler zu implementieren (IRIN/PlusNews, 2008). Jedoch ist es aufgrund der hohen Rate von Schulabbrechern und der Tatsache, dass Aufklärungsunterricht oftmals außerhalb des regulären Unterrichts angeboten wird und in der häuslichen Sphäre geeignete Rollenvorbilder für die Kinder fehlen, die die HIV-Prävention bestärken könnten, schwierig, die Kinder zu erreichen (Ahmed et al., 2009).

Insgesamt konnten bisherige Studien, welche die Effektivität von Aufklärungskampagnen evaluieren, positive Resultate der Programme bezüglich des Abbaus von Risikoverhalten (speziell ungeschützter Geschlechtsverkehr, Polygamie, häusliche Gewalt, Alkohol- und Drogenmissbrauch) aufzeigen (Jewkens et al., 2006; Jewkens et al., 2008; Harrison et al., 2010).

Ein weiterer wichtiger Ansatzpunkt der HIV/AIDS-Bekämpfung ist die Prävention der Mutter-Kind-Transmission. Die Richtlinien des südafrikanischen Gesundheitsministerium von 2008 zur medikamentösen prä- und postnatalen Behandlung sowohl der Mutter als auch des Kindes (National Department of Health, 2008) wurden von der WHO kritisiert – sie genügten nicht, um das Kind effektiv vor der HIV-Infektion zu schützen. Daraufhin wurden im Jahr 2010 überarbeitete Richtlinien in Kraft gesetzt, die sich näher an denen der WHO orientieren (National Department of Health, South Africa; South Africa National AIDS Council, 2010). Die Reichweite des PMTCT-Programms betrug laut UNAIDS und WHO im Jahre 2004 lediglich 10 Prozent (siehe Abbildung 5) – 2009 waren es bereits

88 Prozent der HIV-positiven Frauen, die Zugang zur Therapie hatten (WHO/UNAIDS/UNICEF, 2010). Nach dem „National Strategic Plan“ soll diese Zahl im Jahr 2011 auf 95 Prozent ansteigen (SANAC 2010). Noch bestehende Probleme des PMTCT-Programms liegen jedoch im mangelhaften Monitoring, das heißt der systematischen Erfassung aller Daten.

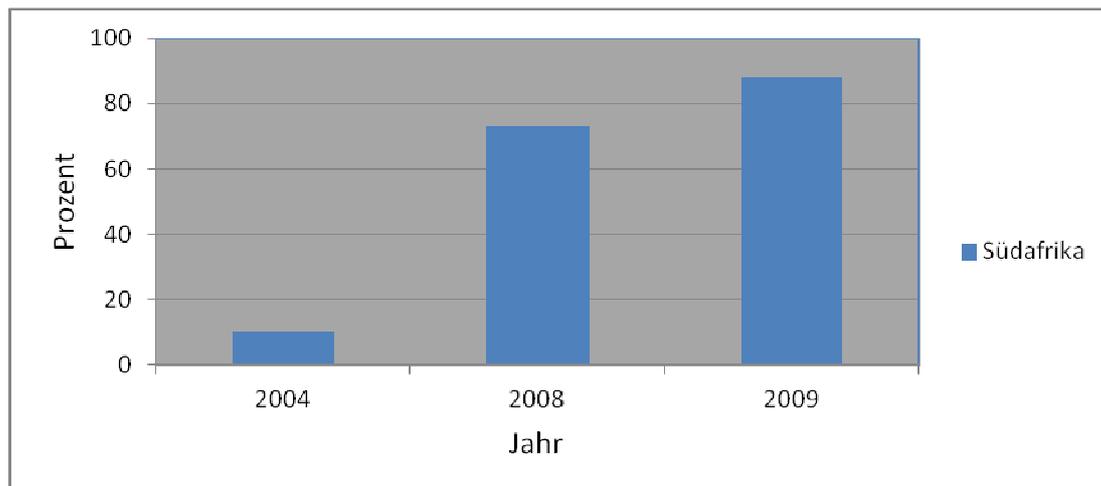


Abbildung 5: Reichweite des PMRT-Programms (UNAIDS, 2010)

Auch die Beschneidung von Männern kann dazu beitragen, das Risiko der sexuellen Transmission von HIV um bis zu 60 Prozent zu reduzieren, da das HI-Virus zu großen Teilen die Vorhaut durchdringt (Auvert et al., 2005). Es wird angenommen, dass flächendeckende, von medizinischem Personal durchgeführte Beschneidungen von Männern innerhalb der kommenden zehn Jahre 500000 Infektionen und 100000 durch HIV/AIDS verursachten Todesfällen vorbeugen könnten (Williams et al., 2006). Deswegen wurde der Zugang zur freiwilligen medizinischen Beschneidung von Männern in öffentlichen Gesundheitseinrichtungen als wesentlicher Bestandteil der HCT-Kampagne implementiert.

Ein weiterer bedeutender Ansatzpunkt ist, dass HIV-Tests und das damit verbundene Wissen um einen positiven HIV-Status wichtig sind, um Zugang zu therapeutischen Behandlungsmöglichkeiten zu erlangen beziehungsweise das eigene Verhalten so anzupassen, dass andere vor einer HIV-Infektion geschützt werden können. Darüber hinaus habe derjenige, der sich einem HIV-Test unterzogen hat und das Resultat des Tests kennt, höhere Chancen auf Bildung und Arbeit (Human Sciences Research Council, 2009). Der „National Strategic Plan“ definiert das Ziel, bis 2011 ein Viertel aller Südafrikaner auf HIV zu testen, wodurch die Anzahl der Personen, die sich in Südafrika dem Test unterzogen haben, auf insgesamt 70 Prozent ansteigen würde (Government of South Africa, 2007). Nach

Angaben der UNAIDS wurden im Jahr 2009 in Südafrika sieben Millionen der über 15-jährigen Südafrikaner auf HIV getestet (WHO/UNAIDS/UNICEF, 2010) – die HCT-Kampagne definiert das Ziel, diese Zahl bis 2011 auf 15 Millionen zu erhöhen. Der Prozentsatz aller jemals Getesteten stieg von 2006 (17 Prozent der Männer/38 Prozent der Frauen) bis 2009 (32 Prozent der Männer/71 Prozent der Frauen) beträchtlich an, was eine positive Entwicklung in der Verbreitung und Akzeptanz des HIV-Tests darstellt (Government of South Africa, 2007). Jedoch ist in ländlichen Gebieten der Zugang zu HIV-Tests immer noch recht schwierig, was sich durch den Einsatz mobiler Testformen (Peltzer et al., 2009), wie zum Beispiel dem in Kapstadt und den umliegenden Gemeinden eingesetzten Tutu Tester (Miriam Mannak, Inter Press Service 2009), ändern könnte.

Ein weiteres Problem ist, dass ein positiver HIV-Test nicht zwangsläufig bedeutet, dass eine Therapie begonnen wird: Südafrika hat zwar das weltweit größte ART, dennoch ist der Zugang bislang begrenzt; so wurden im Jahr 2009 lediglich 37 Prozent der Infizierten behandelt (WHO/UNAIDS/UNICEF, 2010). Positiv anzumerken ist hierbei, dass sich die ART-Abdeckung von 2004 (5 Prozent) bis 2009 (37 Prozent) mehr als versechsfacht hat (WHO/UNAIDS/UNICEF, 2010).

### **2.1.5 Diskussion und Empfehlungen**

Da es Unterschiede bezüglich der HIV-Prävalenz, des Risikoverhaltens und der Reichweite von Aufklärungskampagnen in den einzelnen südafrikanischen Regionen gibt (Human Sciences Research Council, 2009), bedarf es einer diversifizierten, individuell abgestimmten Herangehensweise bei der Umsetzung der Maßnahmen zur HIV-Prävention, die auf kommunaler Ebene entwickelt und implementiert werden müssen – unter Beachtung des jeweiligen epidemiologischen und sozio-ökonomischen Status‘ der Bevölkerung. So sind gezielte Maßnahmen in Provinzen wie KwaZulu-Natal und Eastern Cape notwendig, in denen die HIV-Prävalenz noch im Ansteigen begriffen ist, oder auch in Mpumalanga, wo die HIV-Prävalenz auf einem hohen Level stagniert (Human Sciences Research Council, 2009). So könnten die Provinzen beispielsweise ihre eigenen Aufklärungskampagnen, die speziell auf die in der jeweiligen Provinz lebende Bevölkerung fokussiert sind, einführen. Außerdem sollten die Aufklärungskampagnen zielgruppenspezifisch durchgeführt werden.

Zudem ist es wichtig, bisherige soziale Normen und kulturelle Traditionen, die als HIV-Risikofaktoren gelten (zum Beispiel Polygamie und intergenerationaler Geschlechtsverkehr sowie Stigmatisierung und gesellschaftlicher Ausschluss HIV-Infizierter) zu ändern – insbesondere auf kommunaler Ebene. So ist der Erfolg von „Stepping Stones“ eng verbunden mit Veränderungen der Einstellung der Südafrikaner bezüglich des HIV-Risikos und der Geschlechterrollen (Hayes 2008, Jewkens et al., 2008). „Stepping Stones“ ist ein sogenanntes „life-skill“ Trainingsprogramm für Jugendliche und

Erwachsene, das über HIV und soziale Geschlechterrollen aufklärt sowie kommunikative Fähigkeiten, angemessenes Verhalten oder auch den Umgang mit Problemen (unter anderem Generations- und Traditionskonflikte, Alkohol- oder Beziehungsprobleme) schult. Mit „Stepping Stones“ konnten positive soziale Normen generiert werden, indem die Teilnehmer gelernt haben, im Kollektiv ihre bisherigen sozialen Normen kritisch zu hinterfragen, wobei darüber hinaus ihr Selbstbewusstsein und individuelles „Empowerment“ gefördert wurde (Friedman & O’Reilly 1997).

Um mit den Gemeindemitgliedern gemeinsam Aufklärungsarbeit zu betreiben, muss viel Zeit investiert werden, wobei die Motivation Mobilisation der Gemeinde als langfristiger, anhaltender Prozess angesehen werden sollte und nicht als einmaliges Unterfangen (Jewkens et al., 2006). Familien- und Gemeindebasierte Interventionsprogramme, wie CHAMP-, das an die kulturellen Gegebenheiten Südafrikas angepasst und speziell für den Gebrauch in dieser Region getestet wurde, zeigen positive Resultate und sollten weiterentwickelt werden (Human Sciences Research Council, 2009).

Es wäre wichtig, dass Infizierte um ihren positiven HIV-Status in Kenntnis gesetzt werden, um somit verantwortungsvoll mit der Krankheit umzugehen und Zugang zu therapeutischen Behandlungsmöglichkeiten zu erlangen. Deshalb postuliert Jaffe (2009), dass HIV-Tests zur Routine in öffentlichen Gesundheitseinrichtungen werden sollten. Derartige Ansätze wurden beispielsweise erfolgreich in öffentlichen Gesundheitseinrichtungen in Botswana umgesetzt (UNAIDS, 2008). Auch die Kondom-Verteilung sollte weiter ausgebaut werden, sodass der gesamten Bevölkerung ein offener Zugang zum Schutz vor sexueller Transmission ermöglicht wird.

Obwohl Interventionsmaßnahmen auf alle Bevölkerungsgruppen abzielen sollten, muss den Risikogruppen besondere Beachtung geschenkt und die Aufmerksamkeit auf mit HIV verbundene Risikofaktoren (Armut, Substanzmittelgebrauch) gelenkt werden (Harrison et al., 2010). Zu den Risikogruppen (Gruppen mit besonders hoher HIV-Prävalenz) gehören afrikanische Frauen im Alter von 20 bis 34 Jahren, afrikanische Männer im Alter von 25 bis 49 Jahren; Personen, die Alkohol und Drogen missbrauchen sowie Prostituierte und Menschen mit Behinderungen (Human Sciences Research Council, 2009).

Bezüglich der Aufklärungsarbeit in Schulen ist es wichtig, nicht ausschließlich Lehrer in die Interventionsprogramme einzubeziehen, sondern auch Mentoren einzusetzen, die nur wenig älter als die Schüler selbst sind, mit denen sich die Schüler aber dennoch identifizieren können. Die Mentoren könnten darüber hinaus mit den Lehrern zusammenarbeiten (Harrison et al. 2010). Der Vorteil der Realisierung von Interventionsprogrammen in Schulen besteht in der hohen Reichweite (Lloyd 2007). Besonders interaktives Lernen („participatory activities“), wie zum Beispiel das Durchführen von

Rollenspielen, hat sich im Unterricht hinsichtlich des Verständnisses der Thematik und des Umgangs mit Sexualität (Geschlechtsverkehr erst im höheren Alter, verstärkter Kondom-Gebrauch) als sehr erfolgreich erwiesen (Mukoma et al., 2009). Zu den Merkmalen erfolgreicher Interventionsprogramme in Südafrika zählen (Mukoma et al. 2009): eine adäquate Ausbildung der Lehrer, die mindestens 14 Stunden umfasst, ein spezifischer Fokus auf die Veränderung sexuellen Risikoverhaltens (zum Beispiel ungeschützter Geschlechtsverkehr) und sozialer Normen. Darüber hinaus ist es wichtig, akkurate Informationen zu liefern, die nicht subjektiv gefärbt sind; dabei sind Personen, die Geschlechtergleichheit unterstützen, geeigneter für die Vermittlung der Inhalte der Aufklärungskampagnen (Jewkens et al., 2006). Zudem ist es wünschenswert, dass Kinder auch außerhalb der Schule, insbesondere in ihrer häuslichen Umgebung, über Themen wie Sexualität und AIDS sprechen und die Eltern allgemein intensiver in den Aufklärungsunterricht mit einbezogen werden. Bisher ist es jedoch schwierig, eine diesbezügliche Verbindung zwischen Schule und Elternhaus herzustellen (Mukoma, W. et al. 2009).

## 2.2 HIV/AIDS in Swaziland

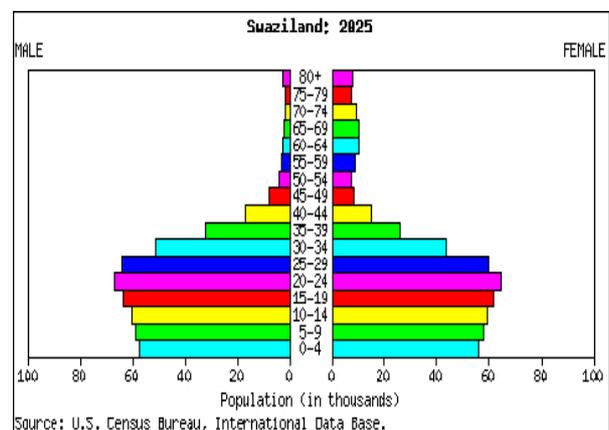
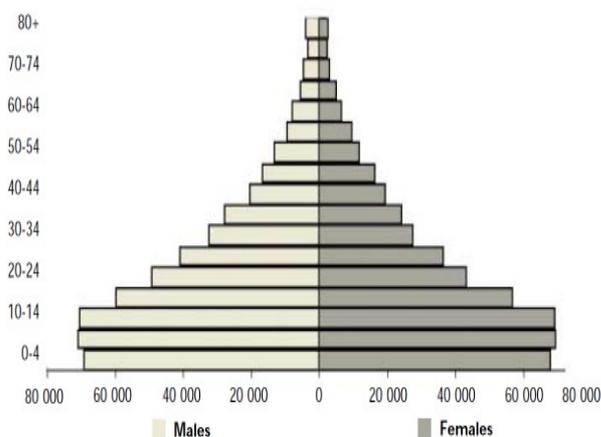
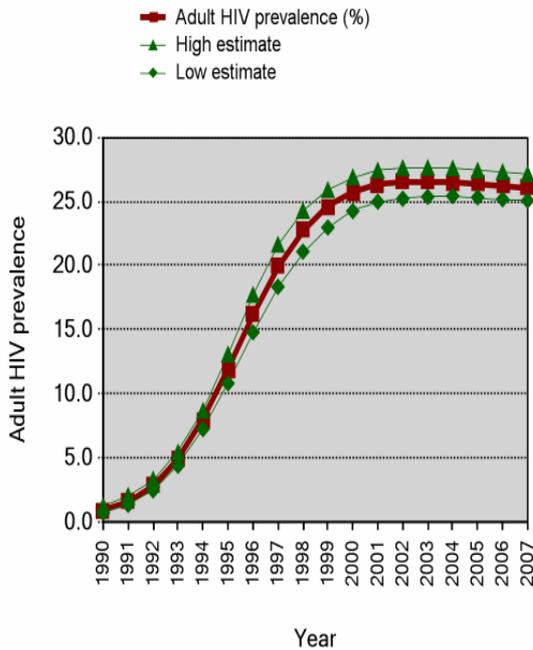


Abbildung 6: Bevölkerungspyramiden Swaziland Census 1997 (li.) und World Bank, 2007 (re.)

Estimated adult HIV (15-49) prevalence %, 1990-2007



Number of people living with HIV, 1990-2007

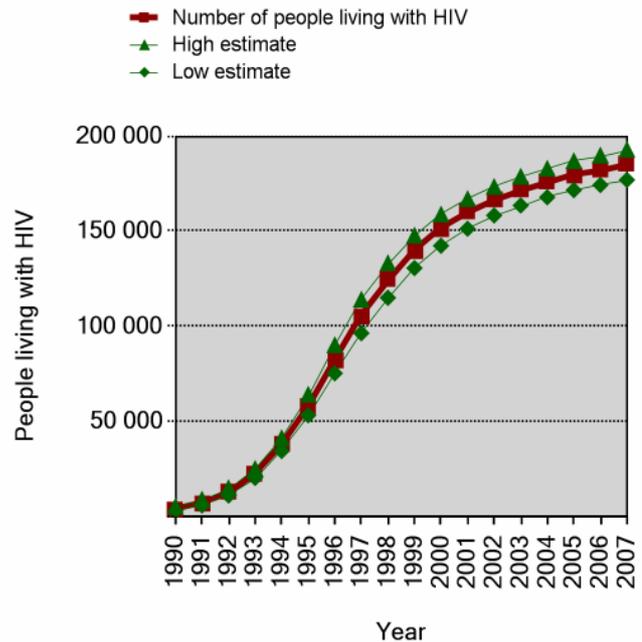


Abbildung 7: HIV-Prävalenz (UNAIDS/WHO, 2008) (li.) und absolute Zahl der Infizierten (UNAIDS/WHO, 2008) (re.)

Swaziland ist ein Binnenland im südlichen Afrika mit einer Bevölkerung von etwa 1,14 Millionen Menschen. Das Land ist eine absolute Monarchie, die große Mehrheit der Bevölkerung gehört der Volksgruppe der Swazis an, die Amtssprachen sind SiSwati und Englisch. Die HIV-Prävalenz ist mit 26 Prozent in der Gruppe der 15- bis 49-Jährigen die weltweit höchste und AIDS die häufigste Todesursache. Der erste Fall wurde 1986 bekannt, danach stieg die Prävalenz vor allem während der neunziger Jahre rapide an. Mitte des vergangenen Jahrzehnts stabilisierte sich die Prävalenz wieder, unter anderem jedoch wegen der inzwischen sinkenden Bevölkerungszahl (die Zahl der Erkrankten steigt nach wie vor an, siehe Abbildung 7). Heute gilt die Krankheit als nationale Katastrophe, die Auswirkungen auf die Bevölkerungsstruktur Swazilands sind in Abbildung 6 zu sehen.

#### Reaktionen

Nach dem ersten Fall richtete die Regierung das NAPCP ein, in dessen Rahmen in den neunziger Jahren einige Standardmaßnahmen realisiert wurden, zum Beispiel Kondom-Verteilungen, Informationskampagnen, Spenderblut-Tests sowie die Einrichtung von Informations- und Unterstützungszentren. Die meisten dieser Programme waren zwar als Kurzzeitprogramme ausgelegt, wurden dann aber immer wieder verlängert (Whiteside et al., 2003). Trotzdem stieg die HIV-Prävalenz weiterhin massiv an. 2001 wurde dann das NERCHA gegründet, welches einen multi-

sektoriellen Ansatz koordinieren und die Umsetzung der nationalen Strategie managen sollte und außerdem die Vergabe aller ausländischen Hilfgelder koordiniert, um sicherzustellen, dass diese auch bei den betroffenen Menschen ankommen. NERCHA untersteht direkt dem Ministerpräsidenten, Direktor ist der ehemalige Gesundheitsminister Derek von Wissell. König Mswati III erklärte AIDS 1999 zum nationalen Desaster.

Auswirkungen auf die Gesellschaft

AIDS hat bereits heute katastrophale Auswirkungen auf die Gesellschaft. Da die Krankheit primär die für die Entwicklung und den Fortbestand wichtige Altersgruppe zwischen 15 und 50 Jahren betrifft, gilt die Zukunft Swasilands als überlebensfähige Nation als bedroht. In den letzten zehn Jahren hat sich die Bevölkerungsstruktur dramatisch verändert (siehe Abbildung 6), die Lebenserwartung sank im gleichen Zeitraum von 61 Jahren auf 32, den weltweit niedrigsten Wert. Ein schwerwiegendes Problem stellt auch die große Zahl an OVCs dar, von denen es 2008 bereits 120000 gab und deren Zahl weiterhin ansteigt (Saleson, 2008). Viele Vollwaisen müssen für ihre jüngeren Geschwister sorgen und vernachlässigen daher ihre eigene Ausbildung, was sich wiederum auf die berufliche Zukunft auswirkt. Zurzeit wird das Problem noch von einigen Großeltern abgemildert, die für ihre Enkel sorgen können, aber nach deren Tod wird die Zahl der OVCs weiter ansteigen (Naysmith et al., 2008).

### **2.2.2 Ursachen**

Ein Großteil der Ursachen und Gründe für die weite Verbreitung von HIV/AIDS in Swaziland ist kulturell bedingt. Die Tradition der Swazis ist mit Verhütungsmitteln jeglicher Art unvereinbar. Jahrhundertealten Traditionen zufolge soll sich die Bevölkerung möglichst schnell vermehren. Idealerweise sollen Frauen mindestens fünf Kinder haben und möglichst ständig schwanger sein, während die Männer ein Kind nach dem anderen zeugen sollen, idealerweise mit verschiedenen Partnerinnen. Daher ist die Polygamie in der Gesellschaft akzeptiert und weit verbreitet. Die Voraussetzungen zur Verbreitung von HIV sind daher ideal (IRIN, 2009).

Des Weiteren wird die Krankheit in Swaziland noch stark stigmatisiert, weshalb nur wenige Menschen ihren HIV-Status öffentlich machen und viele sich gar nicht erst testen lassen. Nach Schätzungen der Regierung kennen nur 15 Prozent ihren HIV-Status. (Government of the Kingdom of Swaziland, 2008).

### **2.2.3 Politik**

König Mswati III wird zwar generell für seine Einstellung gegenüber HIV/AIDS und das offene Ansprechen des Problems gelobt, allerdings gilt sein Sexualverhalten nicht als beispielhaft. Der König ist gemäß der Swazi-Tradition mit mehreren Frauen verheiratet und sein Lebensstil gilt als sehr verschwenderisch, während in seinem Land etwa 70 Prozent der Bevölkerung unter der Armutsgrenze leben. 2001 führte der König einen Brauch wieder ein, nach dem allen Mädchen unter 18 Jahren für fünf Jahre jegliche sexuelle Aktivität verboten wird. Jeder Mann, der Geschlechtsverkehr mit einer Jungfrau hatte, sollte zur Strafe an die Familie des Mädchens eine Kuh zahlen (BBC, 2001). Der König selbst verstieß noch im gleichen Jahr gegen diese Regelung.

### **2.2.4 Interventionsmaßnahmen**

Um der nationalen Katastrophe Einhalt zu gebieten, wurde eine Vielzahl von Maßnahmen beschlossen und durchgeführt, die im Folgenden kurz diskutiert werden sollen:

#### **ART**

In den letzten Jahren wurden die Maßnahmen der ART massiv aufgestockt, wodurch 2009 eine Abdeckung von 85 Prozent erreicht wurde. 2010 änderte die WHO die Richtlinien, sodass jetzt weitaus mehr Menschen für eine Behandlung im Rahmen der ART in Frage kommen (circa 80000 statt 56000, 51000 derzeit in Therapie) (TGF-Website, 2011).

#### **Aufklärung und Prävention, Kondomverteilung, Verhaltensänderungskampagnen**

Kondome sind in Swaziland zwar kostenlos verfügbar, allerdings nach wie vor unbeliebt. Schriftliches Aufklärungsmaterial in zufriedenstellender Qualität ist nur unzureichend vorhanden und meistens nur in englischer Sprache verfasst, weshalb ein großer Teil der Bevölkerung auf mündlich kommunizierte Informationen aus Workshops, Fernsehen und Radio angewiesen ist. Auf diese Weise entstehen jedoch zahlreiche Missverständnisse und Widersprüche (Swaziland Human Development Report, S. 81). Dies hat zur Folge, dass zwar der Prozentsatz der Bevölkerung, der glaubt über HIV/AIDS Bescheid zu wissen und zum Beispiel bereits von den möglichen Übertragungswegen gehört hat, vergleichsweise hoch ist, sich andererseits aber viele Mythen und Widersprüche in dieses Wissen eingeschlichen haben. Somit ist zwar die Aufklärungsrate in Swaziland hoch, die Qualität der Aufklärung jedoch weitestgehend niedrig.

Inzwischen wurden auch einzelne Kampagnen zur Verhaltensänderung ins Leben gerufen, deren Erfolg allerdings noch abzuwarten ist.

### **Ausländische Maßnahmen**

Swaziland ist von der Weltbank als lower-middle-income-Country eingestuft und hat daher weit weniger ausländische Gelder zur Verfügung als vergleichbare Nachbarländer (TGF-Website). Das liegt daran, dass ein Teil der Bevölkerung vergleichbar wohlhabend ist und durch die sinkende Bevölkerungszahl steigt somit paradoxerweise auch das BIP pro Kopf. Die Einkommensverteilung ist allerdings sehr unausgewogen. So erklärt sich, dass, obwohl 70 Prozent der Bevölkerung unter der Armutsgrenze leben, Swaziland immer noch ein um ein Vielfaches höheres BIP pro Kopf hat als zum Beispiel Sambia oder Malawi (Saleson, 2008; Whiteside et al., 2007).

## **2.2.4 Diskussion und Empfehlungen**

### **Erfolgreiche Projekte**

Es gibt mehrere erfolgreiche Projekte, die meistens allerdings nur auf einen Aspekt von HIV/AIDS abzielen. Dazu zählen das „Young Heroes“-Projekt zur Unterstützung von OVCs sowie ein Initiative der Regierung, diese Kinder wieder dazu zu bringen, in die Schule zu gehen.

2003 wurde ein Programm zur Prävention von Mutter-Kind-Übertragungen gestartet. Die Zahl der nötigen Einrichtungen stieg von 44 im Jahr 2004 auf 132 im Jahr 2008. 2009 konnten 73 Prozent aller Schwangeren auf HIV getestet werden, von den positiv Getesteten erhielten 88 Prozent eine ARV-Behandlung.

Blutspenden werden ausnahmslos auf HIV getestet (Epidemiological Fact Sheet on HIV and AIDS).

### **Probleme und nicht erfolgreiche Projekte**

Es wurde versucht, den 'ABC'-Ansatz (Abstain, Be faithful and Condomise), der in Uganda zur Senkung der HIV-Inzidenz beigetragen hatte, zu kopieren. Dieser Ansatz wurde von NERCHA-Direktor Derek von Wissell 2010 als vollkommener Fehlschlag bezeichnet. Das Ausbleiben des Erfolges erklärte er damit, dass dieser Ansatz nur funktionieren könne, wenn die Swazis ihr sexuelles Verhalten grundlegend ändern (Dawson, 2010). Von Wissell kritisierte auch, dass viele Probleme, vor allem das der OVCs, von der Gesellschaft inzwischen als 'normal' akzeptiert werden (von Wissell, 2007).

Des Weiteren verursacht AIDS auch Ausfälle beim dringend benötigten medizinischen Personal (bedingt durch Krankheit, Beerdigungen, Notwendigkeit, für Angehörige zu sorgen, Tod), die zu einer zunehmenden Überlastung des verbliebenen Personals führt. Obwohl das Land relativ flächendeckend mit medizinischen Einrichtungen versorgt ist (generell sind es nie weiter als acht Kilometer bis zum nächsten Krankenhaus), wird die Infrastruktur durch Betten-, Medikamenten- und

Personalmangel vollkommen überstrapaziert. Außerdem werden in Swaziland selbst keine Ärzte ausgebildet, viele Mediziner kehren nach dem Studium im Ausland nicht in ihre Heimat zurück.

Um mögliche Empfehlungen für Swaziland abzuleiten, soll im folgenden Unterkapitel ein Vergleich zwischen der HIV/AIDS-Situation und -bekämpfung in Swaziland und in Südafrika gezogen werden.

### **2.3 Vergleich von Südafrika und Swaziland**

In Südafrika leben zwar zahlenmäßig die meisten HIV-Infizierten weltweit, prozentual auf die Gesamtbevölkerung bezogen ist Swaziland allerdings wesentlich stärker betroffen. Die Epidemie hat dort weitreichende Auswirkungen auf Wirtschaft und Gesellschaft. Die momentane Inzidenzrate (circa 1,6 bis 1,8 Prozent) und die Risikogruppen (Frauen im Alter von circa 20 bis 49 Jahren, Männer im Alter von circa 25 bis 49 Jahren; Personen, die Alkohol und Drogen missbrauchen sowie Prostituierte) sind in beiden Ländern ähnlich. Die höchste Inzidenz war in Südafrika 1997 erreicht, in Swaziland sind keine genauen Daten zur Inzidenz im Verlauf der Jahre verfügbar (Ende 2010 wurde in Swaziland zum ersten Mal der Swaziland HIV Incidence Measurement Survey (Observer Swazi-Website, 2010) gestartet, der erstmalig Daten zur Inzidenz anstatt der weniger aussagekräftigen Prävalenz erheben sollte.). In beiden Ländern ist allerdings seit Mitte des letzten Jahrzehnts eine Konsolidierung der Prävalenzrate zu beobachten. Dies ist jedoch kein direkter Hinweis darauf, dass sich die Situation verbessert, sondern wird zumindest teilweise dadurch verursacht, dass viele Erkrankte sterben. In Südafrika sind die Voraussetzungen für eine erfolgreiche Bekämpfung der Epidemie günstiger, unter anderem wegen der besseren Infrastruktur, finanziellen Unterstützung (auch aus dem Ausland) und medizinischen Versorgung im Vergleich zu Swaziland. Allerdings wurde das Problem während der Legislaturperiode des südafrikanischen Präsidenten Thabo Mbeki (1999-2008) weitgehend verleugnet („Kultur des Schweigens“) während König Mswati III in Swaziland HIV bereits 1999 zur „nationalen Katastrophe“ erklärte. Die Verleugnung durch die Regierung unter Mbeki ist wahrscheinlich auch eine Ursache dafür, dass die Kenntnis über HIV und dessen Verbreitungswege in Südafrika noch immer unzureichend ist: weniger als 30 Prozent der Bevölkerung verfügen hier über ausreichende Kenntnisse. In Swaziland liegt die Aufklärungsrate bei über 90 Prozent. Jedoch ist in beiden Ländern die Qualität einiger Aufklärungskampagnen noch unzureichend. Seit Jacob Zuma 2009 die Regierungsgeschäfte in Südafrika übernahm, wurde eine Reihe ehrgeiziger Aufklärungsprogramme in Angriff genommen, die auch schon erste Erfolge nachweisen können. In Swaziland scheinen die meisten Aufklärungskampagnen jedoch nicht die erforderliche Wirkung zu zeigen. Obwohl in beiden Ländern eine vergleichbare Anzahl an Kondomen verteilt wird – bezogen auf die Bevölkerung, ist deren Benutzung in Swaziland nach wie vor unpopulär, während sich der Anteil der Bevölkerung, der Kondome benutzt, in Südafrika zwischen 2002 und 2009 nahezu verdreifacht hat.

Seit 2004 wurde in beiden Ländern die Prävention von Mutter -Kind-Übertragungen massiv verbessert. Im Jahr 2009 konnten 88 Prozent aller Schwangeren in Südafrika entsprechend versorgt werden, in Swasiland waren es 73 Prozent.

Die Versorgung mit Medikamenten zur ART ist in Swasiland besser als in Südafrika. 2010 konnten 64 Prozent der Patienten versorgt werden, in Südafrika waren es nur 37 Prozent. Dies kann aber auch daran liegen, dass die Regierung Mbeki die Wirksamkeit dieser Medikamente in Frage gestellt hatte. Es bleibt daher abzuwarten, wie sich die Verbreitung der Medikamente in Südafrika in den nächsten Jahren entwickelt.

Die Gründe für die Epidemie sind in den beiden Ländern häufig die gleichen. Unter anderem haben hier die kulturell begründete, in beiden Ländern noch weit verbreitete Polygamie sowie die Stigmatisierung von Infizierten einen erheblichen Einfluss auf die Verbreitungsrate.

## **2.4 Empfehlungen für Südafrika und Swasiland**

Aufgrund der Unterschiede bezüglich der HIV-Prävalenzen, HIV-Inzidenzen und der medizinischen Versorgungsmöglichkeiten sowie der Reichweite von Aufklärungskampagnen in den verschiedenen Regionen Südafrikas und Swasilands bedarf es einer diversifizierten, individuell abgestimmten Herangehensweise bei der Umsetzung der Interventionsmaßnahmen zur HIV-Prävention, welche auf kommunaler Ebene entwickelt und implementiert werden müssen – unter Beachtung des jeweiligen epidemiologischen und sozio-ökonomischen Status‘ der Bevölkerung. Die Interventionsprogramme zur Verhaltensänderung müssen zudem an die spezifischen kulturellen Gegebenheiten in Südafrika beziehungsweise Swasiland angepasst werden. Jedoch gilt es, bisherige soziale Normen und kulturelle Traditionen, die HIV-Risikofaktoren darstellen (zum Beispiel Polygamie, Stigmatisierung und gesellschaftlicher Ausschluss HIV-Infizierter), zu ändern. So sollte der Bevölkerung in beiden Ländern beigebracht werden, traditionelle soziale Normen kritisch zu hinterfragen und Verhaltensänderungen einzuleiten. Dabei ist eine Anleitung zur Selbstständigkeit und Selbsttätigkeit enorm wichtig.

Obwohl Interventionsmaßnahmen auf alle Bevölkerungsgruppen abzielen sollten, muss den Risikogruppen eine besondere Beachtung geschenkt werden.

Auch ein Ausbau der Aufklärungsarbeit in Schulen, dabei insbesondere interaktives Lernen, ist sehr wichtig. Zudem sollte eine Zusammenarbeit von Schule und Elternhaus im Rahmen der Aufklärungskampagnen aufgebaut werden – eine Vorgehensweise, die sich bislang allerdings als überaus schwierig erwiesen (Mukoma, W. et al. 2009).

Bezüglich des freien Zugangs zu HIV-Tests, zur ART und zur Schwangerenvorsorge wurden sowohl in Südafrika als auch in Swasiland starke Fortschritte gemacht, jedoch muss der Zugang sowie die Verbreitung weiter ausgebaut werden. HIV-Tests sollten zur Routine in allen öffentlichen Gesundheitseinrichtungen in Südafrika und Swasiland werden, um das Wissen um den eigenen HIV-Status in der Bevölkerung zu erhöhen. Bezüglich der medikamentösen Versorgung sollte eine möglichst flächendeckende Versorgung oberste Priorität haben. Zudem muss garantiert werden, dass die Medikamente permanent zur Verfügung stehen, da schon bei kurzzeitigen Unterbrechungen der Behandlung Resistenzen entstehen können.

Trotz des in den letzten Jahren verstärkten Engagements seitens der südafrikanischen Regierung beziehungsweise des Swazi-Königs Mswati III ist zukünftig ein weiterer Ausbau der medizinischen Versorgung und der Aufklärungskampagnen in den beiden afrikanischen Ländern nötig, um die AIDS-Epidemie langfristig erfolgreich zu bekämpfen. Überdies ist es nötig, die Ergebnisse und möglichen Fortschritte der implementierten Maßnahmen kontinuierlich zu überwachen („monitoring“) und bei Bedarf weiterzuentwickeln beziehungsweise zu verändern.

## **2.5 HIV/AIDS in Thailand**

### **2.5.1 Daten**

In Thailand trat der erste Fall von HIV/AIDS 1984 auf. In den späten 80ern und frühen 90ern breitete sich das Virus rapide aus. Mit 143000 Neuinfektionen stellte das Jahr 1991 einen Höhepunkt dar (UNDP, 2004). Bis 2009 sank die Inzidenzrate auf 0,10 Prozent ab, was einer absoluten Zahl von 12000 entspricht, wobei fast ausschließlich Erwachsene betroffen waren (UNAIDS, 2010). Trotz einer erfolgreichen Trendumkehr lebten 2009 noch 530000 Menschen in Thailand mit HIV/AIDS, von denen etwa 10000 unter 15 Jahre alt waren; die Zahl der AIDS-Sterbefälle wird auf 28000 im Jahr geschätzt (UNAIDS, 2010). Die Prävalenz bei den 15- bis 49-Jährigen war 2009 mit 1,3 Prozent die höchste im gesamten asiatischen Raum (UNAIDS, 2010). In der allgemeinen Bevölkerung erreichte der Abwärtstrend der Prävalenz in den letzten Jahren ein Plateau, während die Prävalenz unter den Hochrisikogruppen MSM und IDU hoch bleibt und keine Anzeichen eines Abstiegs zeigt. So wurden 2009 in Bangkok 38,7 Prozent der IDU, 13,5 Prozent der MSM und 3 Prozent der FSW als HIV-positiv detektiert (UNAIDS, 2010).

### 2.5.2 Ursachen

Die HIV-Epidemie entwickelte sich in Thailand, wie in vielen anderen asiatischen Ländern auch, in konsekutiven Wellen, die dazu tendierten, bestimmte Bevölkerungsgruppen zu treffen (Ruxrungtham, Brown, & Phanuphak, 2004). Zunächst konzentrierte sich das Virus auf IDUs und wurde dann sukzessive weiter auf FSWs und deren männliche Klienten übertragen. Letztere infizierten ihre regulären weiblichen Partner, die durch perinatale Übertragung HIV-positive Kinder zur Welt brachten (MOPH Thailand, WHO, 2005; Weniger, et al., 1991). Gleichzeitig nahm auch der Anteil an Neuinfektionen unter MSM immer weiter zu (MOPH Thailand, 2008). Diese Entwicklung ist in Abbildung 8 abgebildet.

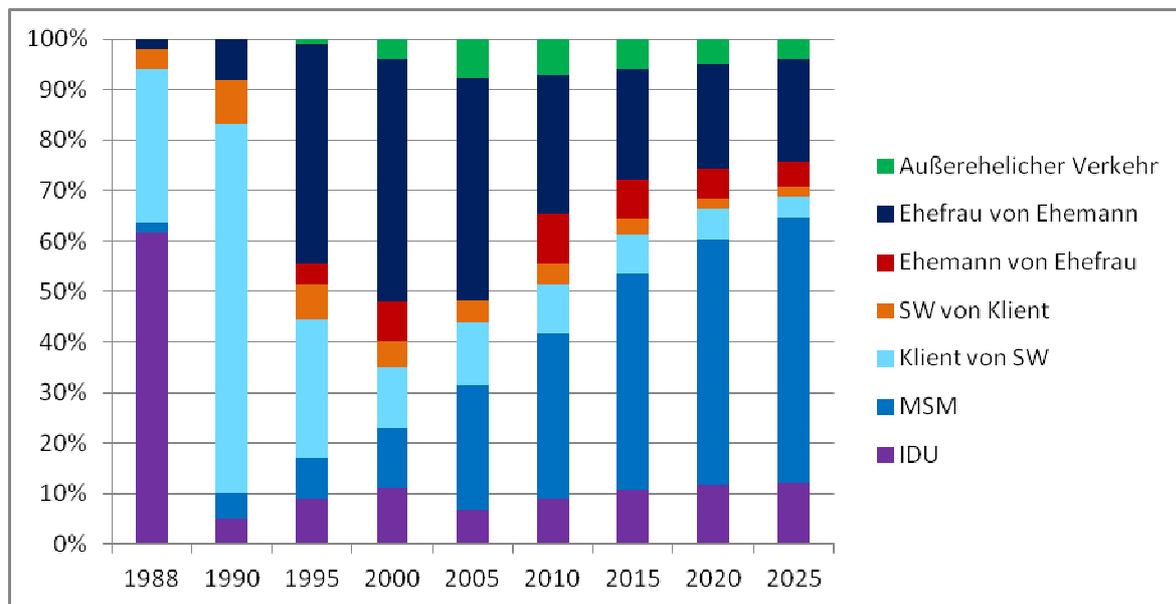


Abbildung 8: Wege der erwachsenen HIV Transmission 1988-2025 (MOPH Thailand, 2008)

Derzeit ist die Zusammensetzung der infizierten Bevölkerung sehr divers und unterscheidet sich stark von den anfänglichen Stadien. Hierbei bleibt aber ungeschützter Geschlechtsverkehr die Triebkraft der Epidemie. Nach Schätzungen des *Asian Epidemic Models* beruhen 2010 die Neuinfektionen etwa zur Hälfte auf heterosexueller Transmission in der generellen Bevölkerung, wobei die Übertragung von Mann zu Frau überwiegt. Die andere Hälfte der Neuinfektionen ist auf Hochrisikogruppen zurückzuführen, wobei der Transmissionsweg unter MSM den größten Teil ausmacht. Es wird prognostiziert, dass die Übertragung durch MSM weiter anwächst, was auch eine Gefahr für die allgemeine Bevölkerung darstellt, da etwa ein Drittel der MSM auch Verkehr mit Frauen haben (van Griensven, et al., 2005), einschließlich FSWs, Gelegenheitspartnerinnen und Ehefrauen (MOPH Thailand, 2008). Die Ursache für diese hohe Transmission ist in dem geringen Kondomgebrauch unter MSM zu sehen, der laut einer Befragung von 2007 in den letzten drei Monaten vor dem Interview 66 Prozent in Bangkok, 44 Prozent in Phuket und 36 Prozent in Chiang Mai betrug. (NESDB, 2010; NAPAC, 2010)

Des Weiteren könnten die schnellen Veränderungen von Gesellschaft, Kultur sowie der Lebensstile in den nächsten Jahren zu einem erhöhten HIV-Risiko unter Jugendlichen führen. Studien unter Jugendlichen aus den Jahren 2007 und 2008 belegen, dass die Anzahl der ersten sexuellen Erfahrungen unter 15 Jahren ansteigt, Sex mit verschiedenen Partnern nicht ungewöhnlich ist und der Austausch von Sex gegen Geld oder Geschenke zunimmt (NAPAC, 2010). Noch immer herrscht Mangel an angemessener Besorgnis in Bezug auf Geschlechtskrankheiten (sexual transmitted diseases, STI) und nur 20 bis 55 Prozent der Jugendlichen benutzen regelmäßig Kondome beim Geschlechtsverkehr mit ihren regulären und Gelegenheits-Partnern (MOPH Thailand, 2009; NAPAC, 2010; NESDB, 2010). Der Anteil an Jugendlichen, die umfassende und korrekte Kenntnisse über HIV haben, lag 2007 noch weit unter 50 Prozent (NESDB, 2010). Aufgrund des risikoreichen sexuellen Verhaltens der heutigen Jugend in Thailand ist diese Bevölkerungsgruppe stark HIV-gefährdet.

### **2.5.3 Politik**

In den ersten Jahren der Epidemie in Thailand wurde HIV/AIDS als ein rein gesundheitliches Thema betrachtet, sodass allein das MOPH für entsprechende Maßnahmen verantwortlich war. Die Präventionsmaßnahmen waren noch sehr beschränkt und fokussierten sich auf wenige Hochrisikogruppen wie MSM, MSWs und IDUs (Ainsworth, Beyrer, & Soucat, 2003). Ein AIDS-Fall-Berichtssystem wurde eingeführt, konnte jedoch die tatsächlichen Ausmaße der Epidemie nicht erfassen (Ainsworth, Beyrer, & Soucat, 2003). Erst 1988 lieferten HIV-Tests in Behandlungszentren für Heroinsüchtige den ersten Beweis für die schnelle Ausbreitung von HIV, denn die dokumentierte Prävalenz unter IDUs in Bangkok stieg in nur einem Jahr von fast null auf 40 Prozent an (Weniger et al., 1991). Dies veranlasste 1989 die epidemiologische Abteilung des Gesundheitsministeriums, landesweit HIV-Kontrollen unter spezifischen Bevölkerungsgruppen wie IDUs, SWs und Schwangeren durchzuführen, wodurch beispielsweise aufgezeigt wurde, dass 44 Prozent der bordellbasierten Sexarbeiterinnen in der Stadt Chiang Mai in Nordthailand infiziert waren (Ainsworth, Beyrer, & Soucat, 2003). Seit 1989 führte auch die Royal Thai Army HIV-Tests unter neuen Rekruten durch. Diese offenbarten zum ersten Mal, dass sich HIV auch unter der allgemeinen Bevölkerung ausbreitete. Die heterosexuelle Ausbreitung von HIV durch Sexarbeiterinnen zu ihren Klienten und weiter zum Rest der Bevölkerung hatte Fuß gefasst. 1990 ergaben erste nationale Umfragen zum Risikoverhalten bei HIV-Infektionen, dass 22 Prozent der Männer im Alter von 15 bis 49 Jahren und 37 Prozent der Männer von 20 bis 24 Jahren eine Sexarbeiterin besucht hatten und dass nur 38 Prozent der Männer, die regelmäßig Sexarbeiterinnen aufsuchten, immer Kondome benutzten (Sittitrai, Phanuphak, Barry, & Brown, 1992). Die Beweise für den Fortschritt der Epidemie

veranlassten das Kabinett, ein dreijähriges Programm für Prävention und Kontrolle von AIDS (1989-1991) zu genehmigen.

Als 1991 der neue Premierminister Anand Panyarachun an die Macht kam, wurde die AIDS-Prävention als nationale Angelegenheit eingestuft und wurde nunmehr als eine gesellschaftliche Herausforderung positioniert (UNDP, 2004). Mit der Gründung des multisektoralen National AIDS Prevention and Control Committee, das den Premierminister selbst zum Vorsitzenden hatte, wurde ein neues AIDS-Programm (1992-1996) vom NESDB entworfen, welches die Mobilisierung von Zivilgesellschaft, NGOs und Gemeinden sowie der Bevölkerung betonte (Ainsworth, Beyrer, & Soucat, 2003). Zeitgleich führte die Regierung eine massive Informationskampagne in den Massenmedien unter der Leitung des bekannten Politikers und Familienplanungsaktivisten Mechai Viravaidya durch und alle Ministerien waren aktiv in Aufklärungskampagnen involviert (Ainsworth, Beyrer, & Soucat, 2003). Parallel dazu förderte das „100% Condom Programme“ nationweit den universalen Gebrauch von Kondomen bei kommerziellem Sex (Rojanapithayakorn & Hanenberg, 1996). Das HIV/AIDS-Budget wuchs von weniger als einer Million US-Dollar im Jahr 1988, wovon der größte Teil von externen Gebern kam, bis 82 Millionen US-Dollar im Jahr 1997, was nun zu 96 Prozent von der Regierung getragen wurde (Ainsworth, Beyrer, & Soucat, 2003).

Infolge der asiatischen Finanzkrise in den späten 90ern kam es jedoch zu signifikanten Kürzungen im Budget für HIV/AIDS, worunter Präventionsprogramme stark litten, vor allem die Finanzierung von Kondomen. Die Mittel für Behandlung und Pflege blieben hingegen annähernd konstant, während die Gelder für die Prävention der Mutter-Kind-Übertragung sogar stiegen, was die Prioritäten der HIV/AIDS-Politik der nächsten Jahre klar zum Ausdruck bringt. So konnten signifikante Fortschritte in der Versorgung mit ART und in der Prävention der Mutter-Kind-Übertragung erzielt werden. Mit der steigenden Zahl an AIDS-Fällen und zunehmender Diversität der infizierten Bevölkerungsgruppen wurde klar, dass HIV/AIDS nicht auf Randgruppen beschränkt bleiben würde. Daher förderten die folgenden nationalen AIDS-Strategien (1997-2001, 2002-2006 und 2007-2011) einen holistischen Ansatz bei der aktiven Beteiligung eines weiten Spektrums von Organisationen und Sektoren, einschließlich des Netzwerks der HIV-Infizierten/AIDS-Erkrankten PLWHA (Thailand Country Review, 2011).

#### **2.5.4 Interventionsmaßnahmen**

Das „100% Condom Programme“ propagierte landesweit mit großem Erfolg den universalen Gebrauch von Kondomen beim kommerziellem Sex. Obwohl Prostitution in Thailand illegal war und noch immer ist, entschied sich die Regierung, pragmatisch den Kondomgebrauch zur Prävention der HIV-Übertragung zu fördern, anstatt zu versuchen, kommerziellen Sex zu unterdrücken. Nach einem erfolgreichen Pilotprojekt in der Provinz Ratchaburi 1989 wurde die Kampagne 1991/1992 auf

nationaler Ebene wiederholt. Gemäß des multisektoralen Ansatzes der Prävention kollaborierten das National AIDS Committee, provinzielles und regionales Gesundheitspersonal, lokale Beamte, die Polizei, Besitzer von Sex-Etablissements und Sexarbeiterinnen, um das Programm erfolgreich zu implementieren. Dabei war das Ziel, den Kondomgebrauch zu steigern, klar definiert und die Methoden, um den Erfolg zu überwachen, waren mit dem extensiven Netzwerk von STD-Kliniken bereits vorhanden. Es gab ein starkes politisches Mandat der nationalen Regierung und Unterstützung in Form von freien Kondomen und Informationsmaterial. 1992 wurden 60 Millionen Kondome vom MOPH zur Verfügung gestellt. Die programmatische Entscheidungsfindung wurde dezentralisiert und konnte somit an die lokalen Bedingungen angepasst werden. Eine kleine Gruppe von Akteuren auf provinzieller Ebene koordinierte die Zusammenarbeit durch klare Aufgabenverteilung und minimierte somit doppelte Aktivitäten (UNAIDS, MOPH Thailand, 2000; Ainsworth, Beyrer, & Soucat, 2003; UNDP, 2004). Zeitgleich wurde eine massive öffentliche Informationskampagne durchgeführt. In ständigen Informationen über HIV/AIDS in den Massenmedien wurde betont, wie HIV übertragen und wie gegen eine Infektion vorgesorgt werden kann. Genutzt wurden dafür eine wohlentwickelte Kommunikationsinfrastruktur und die Tatsache, dass viele TV-Sender damals staatlich kontrolliert waren. Alle Ministerien waren außerdem aktiv darin involviert, Aufklärungskampagnen bereitzustellen und ihre Mitarbeiter und die Bevölkerungsgruppen, mit denen sie arbeiteten, aufzuklären und auszubilden. Das Ministerium für Bildung führte zum Beispiel „Peer education“-Programme unter Studenten ein (UNDP, 2004; Ainsworth, Beyrer, & Soucat, 2003). Erste Erfolge zeigten sich in sinkenden STD-Fällen und in der Abnahme der HIV-Prävalenz unter 21-jährigen Rekruten. Ursächlich waren wahrscheinlich Verhaltensänderungen bezüglich kommerziellen Geschlechtsverkehrs sowie erhöhter Kondomgebrauch und weniger Bordellbesuche (UNDP, 2004).

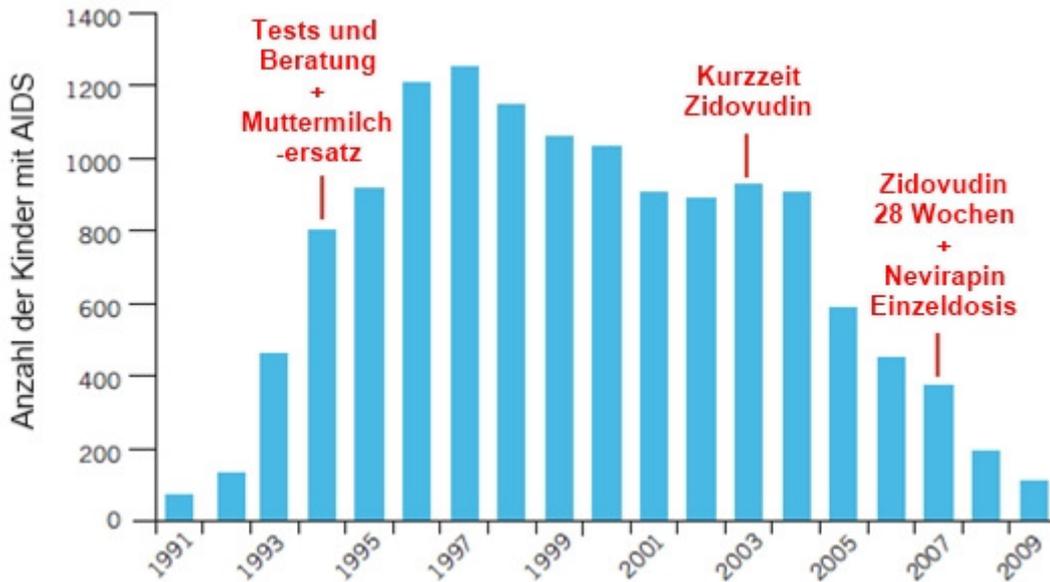


Abbildung 9: Anzahl der Kinder mit AIDS vom 1991-2009 (WHO, 2010)

Die Entwicklung des Programms zur Prävention der Mutter-Kind-Übertragung beinhaltete Forschung, um ein wirksames und dennoch finanziell tragbares ARV-Medikament zu identifizieren, Pilotprogramme zur Felderprobung und deren Implementierung. Als 1991 ein starker Anstieg der HIV-Infektionen unter Schwangeren detektiert wurde, versuchte das MOPH HIV-Tests und -Beratung in die regulären Dienste von Pränatal-Kliniken zu integrieren. 1993 wurde ein Muttermilchersatz-Programm eingeführt (siehe Abbildung 9), jedoch waren noch keine Medikamente zur Behandlung von Schwangeren vorhanden. Studien zum Kurzzeit-AZT (Zidovudin) zeigten, dass es die perinatale Übertragung um 50 Prozent reduzieren konnte. Zwei regionale Pilotprogramme wurden daraufhin erfolgreich durchgeführt, sodass das MOPH im Jahr 2000 begann, PMTCT-Programme in die existierende Schwangerenfürsorge zu integrieren. Je nach aktuellem Stand der Forschung wurden die Empfehlungen der ARV-Medikamente immer wieder aktualisiert. Derzeit hat Thailand eine universale Deckung von Tests und Beratungsleistungen für alle schwangeren Frauen erreicht, über 90 Prozent der HIV-positiven schwangeren Frauen erhalten ARV-Prophylaxe und fast alle Babys von HIV-infizierten Frauen erhalten eine ART (WHO, 2010).

Durch Generikaproduktion, die Einführung einer dreifachen Kombinationstherapie (2000) und die Zielsetzung des universalen Zugangs zu ARV-Medikamenten (2003) konnte die Anzahl der ARV-Behandelten drastisch gesteigert werden (UNDP, 2004). Aufgrund von sich entwickelnden Resistenzen gegen die erste Therapielinie war jedoch eine zweite, patentierte Linie von Medikamenten nötig. 2006 und Anfang 2007 erließ die thailändische Regierung daher Zwangslizenzen für zwei patentierte ARV-Medikamente, um diese zu niedrigen Preisen verfügbar zu machen, was auch weltweit zu Preisrückgängen führte (Médecins Sans Frontières, 2007). Die

Deckung mit ART betrug 2009 etwa 76 Prozent nach den WHO-Richtlinien von 2006 beziehungsweise 61 Prozent nach den WHO Richtlinien von 2010 (WHO, UNAIDS, UNICEF, 2010).

### **2.5.5 Diskussion und Empfehlungen**

In Thailand gab es einige begünstigende Bedingungen, die eine effektive Reaktion auf die Ausbreitung der Krankheit erleichterten: So konnte man von einer existierenden Gesundheitsinfrastruktur und einem extensiven Netzwerk von STD-Kliniken profitieren. Des Weiteren herrschte eine grundsätzliche Offenheit über Kondome und Sex, da Familienplanungsiniciativen schon vor der HIV-Epidemie Kondom-Promotion betrieben hatten. In Thailand werden außerdem Grundlagen- und angewandte Forschung unterstützt und Entscheidungen auf Basis von Daten und nicht aufgrund vorherrschender Vorurteile getroffen. Ein Netzwerk von nationalen Entwicklungs-NGOs war bereits vor dem Ausbruch der Pandemie vorhanden.

Verlässliche epidemiologische Informationen und Verhaltensstudien stellten die entscheidenden Mittel dar, um öffentliche Aufmerksamkeit, politischen Einsatz und Aktionen zu generieren. Das epidemiologische Überwachungssystem, das in den späten 80ern sukzessive in ganz Thailand eingeführt wurde, war essenziell, um die schnelle und weitreichende Ausbreitung des asymptomatischen HIV in der Bevölkerung zu demonstrieren. Dabei ist es wichtig, dass das gesamte Land abgedeckt wird und die Hochrisikogruppen erfasst werden.

Effektive Pilotprojekte konnten Erfolge demonstrieren und damit die nationale Politik beeinflussen. Beispielsweise wurden die Durchführbarkeit und der Erfolg des „100% Condom Programmes“ ausgewertet, bevor die Regierung die Wiederholung auf nationaler Ebene befürwortete. Dieselbe Strategie wurde auch in der Prävention der Mutter-Kind-Übertragung angewendet.

Die politische Führung und der energische Einsatz machten HIV/AIDS Anfang der 90er Jahre zu einer nationalen Priorität. Dies führte zu enormen Erhöhungen des Budgets für die Aufklärung und Bekämpfung und gab den Anstoß für eine Handlungsinitiative außerhalb der Zuständigkeiten des Gesundheitsministeriums.

Eine breite Antwort aus verschiedenen Sektoren involvierte öffentliche Ämter, NGOs und Communities wie PLWHA sowie den privaten Sektor. Auch Kollaborationen auf nationaler, provinzieller und lokaler Ebene fanden statt.

Massive öffentliche Aufklärungs- und Informationskampagnen konnten geschätzte 90 Prozent der Bevölkerung erreichen. Gleichzeitig erlaubte die schrittweise Demokratisierung des öffentlichen Bereichs kritischere Ansichten und setzte öffentliche Debatten in Gang.

Prävention wurde strategisch auf die Leute fokussiert, die sich mit höchster Wahrscheinlichkeit infizieren und das Virus übertragen. In Thailand kam der Sexarbeit dabei eine Schlüsselrolle zu,

sodass das Hauptaugenmerk der nationalen Prävention darauf lag, die Ausbreitung von HIV durch kommerzielle Sexarbeiterinnen und ihre Klienten zu reduzieren.

Das Präventionsprogramm zeichnete sich durch Pragmatismus aus. Denn obwohl kommerzieller Sex offiziell illegal war, versuchte die Regierung ihn im Einklang mit der AIDS-Strategie zu regulieren, anstatt ihn zu unterdrücken.

Die Aktivitäten der NGOs und Communities im Bereich von Aufklärung, Beratung, Betreuung sowie Menschenrechten und in der Bekämpfung von Diskriminierung und Stigmata waren von großer Bedeutung. Diese Gruppen leisteten des Weiteren ein wichtiges Stück Pionierarbeit und förderten gleichzeitig die Übernahme neuer Aufgabenbereiche durch die Regierung.

Trotz der großen Erfolge bleiben HIV und AIDS ein weiterhin bestehendes Problem in Thailand. Mit immer noch über zehntausend Neuinfektionen pro Jahr und einer wachsenden Anzahl an Behandlungsbedürftigen bleiben zum einen effektive Prävention und zum anderen die Behandlung und Pflege essenziell. Die derzeitigen Transmissionswege unter den verschiedenen Hochrisikogruppen erfordern dabei diversifizierte Herangehensweisen.

Etwa die Hälfte der Übertragungen findet in der allgemeinen Bevölkerung in Partnerschaften statt, in denen ein Partner HIV-infiziert ist und der andere nicht. Jedoch sind Programme für solche Paare noch limitiert. Daher ist es erforderlich, solche Paare zunächst von ihrem unterschiedlichen HIV-Status in Kenntnis zu setzen und das Transmissionsrisiko anschließend zu reduzieren. Von großer Bedeutung wären dabei die Promotion von Freiwilligentests und -beratung sowie Interventionsmaßnahmen zur Erhöhung des Kondomgebrauchs in solchen Partnerschaften (MOPH Thailand, 2008).

Der am stärksten wachsende Übertragungsweg, nämlich der unter MSM, benötigt dringend verstärkte Interventionsmaßnahmen. Da soziale Normen und die Einstellung von Dienstleistenden immer noch ein großes Hindernis für MSM darstellen, sollten Dienstleistende ein besonderes psychologisches Training erhalten, um den MSM den Zugang zu HIV-Tests und -Beratung zu erleichtern (NESDB, 2010). Eine verstärkte Mobilisierung der MSM-Gemeinschaft zur Übernahme einer aktiveren Rolle in der HIV-Prävention und Sozialdienste von NGOs wären außerdem erstrebenswert (MOPH Thailand, 2008).

Trotz ihrer wichtigen Rolle seit Beginn der Epidemie in Thailand waren die Programme für IDUs nur sehr begrenzt, was zu großen Teilen darauf zurückzuführen ist, dass Drogenkonsum in Thailand illegal ist. Dennoch gibt es erfolgreiche Programme wie das *Ozone House* der *PsiFoundation*, welches die Beteiligung der IDUs selbst an der Lösung ihrer Probleme unterstützt und den Zugang zu Gesundheitsdiensten fördert (NAPAC, 2010). Da gesetzliche Barrieren, soziale Normen und die

Haltung der politischen Entscheidungsträger und der ausübenden Ärzte die HIV-Bekämpfung unter IDUs stark behindern, wären ein pragmatisches Vorgehen wie in den 90ern bei den Prostituierten, der Aufbau von benutzerfreundlichen Diensten für IDUs und vermehrte aufsuchende Drogenarbeit seitens der NGOs erstrebenswert. Die Beteiligung der IDUs selbst am Aufbau derartiger Dienste und der Einsatz von IDUs in den aufsuchenden Diensten könnten dabei helfen, mehr IDUs zu erreichen.

Hinsichtlich der Implementierung der ART war Thailand erfolgreich, denn mehr als 200000 HIV-Infizierte erhalten diese Therapie (NAPAC, 2010). Jedoch begannen die meisten erst in einem späten Krankheits-Stadium mit bereits fortgeschrittenen AIDS-Symptomen oder niedrigem CD4-Level mit einer Behandlung. Ein früher Start wäre jedoch wünschenswert, da somit auch das Risiko der Übertragung minimiert wird. Dafür ist wiederum eine frühe Diagnose nötig. Daher wäre es von großer Bedeutung, durch öffentliche Kampagnen für HIV-Freiwilligentests unter der allgemeinen Bevölkerung zu werben. Dabei gilt es zu unterstreichen, wie wichtig es ist, seinen HIV-Status vom frühesten Stadium der Infektion an zu kennen und bei den Betroffenen Vertrauen durch Diskretion im Umgang mit persönlichen Angaben aufzubauen. Um die Hochrisikogruppen zu erreichen, haben sich Anlaufstellen, die durch NGOs organisiert werden und aufsuchende Sozialarbeit als besonders förderlich erwiesen (NAPAC, 2010).

## **2.6. HIV/AIDS in Vietnam**

### **2.6.1 Daten**

Seit dem ersten offiziellen HIV-Infizierten 1991 ist die Zahl der Betroffenen kontinuierlich gestiegen. Ende 2010 waren 280000 Menschen in Vietnam HIV-positiv, was einer Prävalenz von 0,44 Prozent entspricht. Diese, im Vergleich zu Thailand, geringe Zahl Erkrankter ist darauf zurückzuführen, dass vornehmlich Hochrisikogruppen betroffen sind. Die Prävalenz bei IDU beträgt landesweit 18,4 Prozent, MSM 16,7 Prozent und bei FSW 3,2 Prozent (IBBS, 2009), liegt also weit über dem Schnitt der Allgemeinbevölkerung. Die Entwicklung der Prävalenzraten in verschiedenen Bevölkerungsgruppen ist in Abbildung 10 dargestellt.

Im Jahr 2009 wurden 14000 AIDS-assoziierte Todesfälle registriert, was gegenüber 2001 einen Anstieg um das 2,5-fache bedeutet (UNAIDS, 2010). Durch verbesserte Therapiemethoden und eine damit verbundene höhere Lebenserwartung der Erkrankten wird die Zahl der Infizierten zunächst weiterhin steigen, bis Ende 2012 strebt die Regierung jedoch einen Umkehrpunkt an. Wie realistisch die Erreichung dieses Ziels ist, hängt zu einem großen Teil auch von der Entwicklung in der Allgemeinbevölkerung ab, weil vor allem junge Erwachsene wenig über HIV und seine Ausbreitung wissen; immerhin stellt diese Altersgruppe über 80 Prozent aller Infizierten.

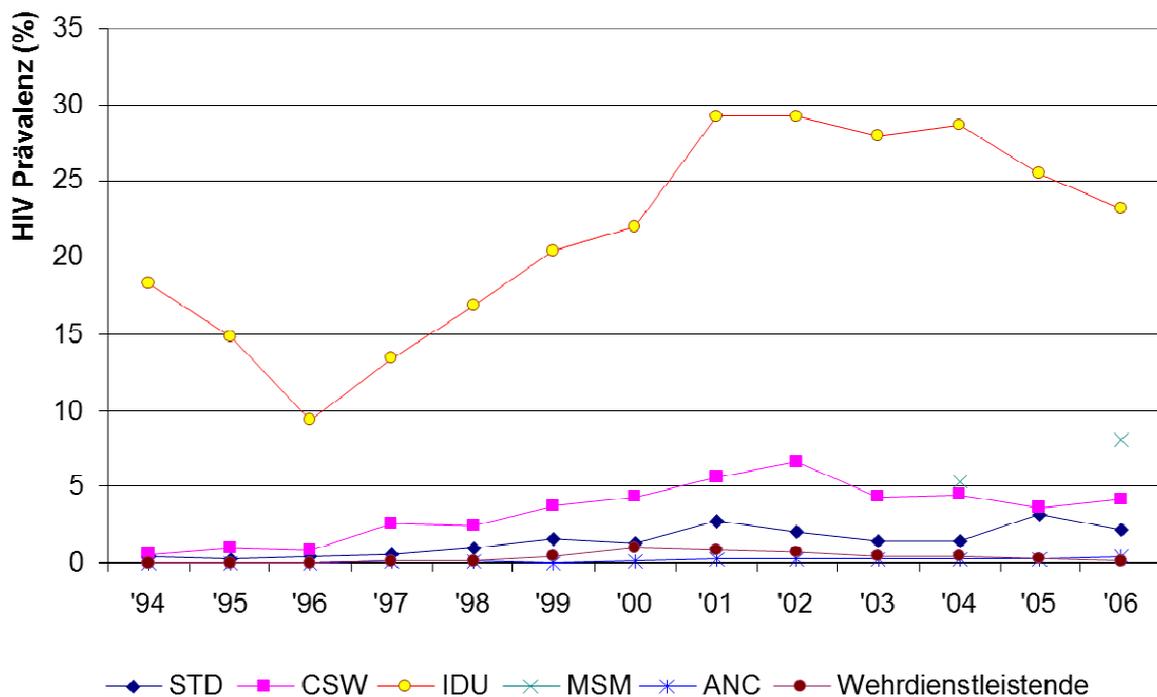


Abbildung 10: HIV-Prävalenz nach Risikogruppen (MOH Vietnam, National Sentinel Surveillance Report 2007)

### 2.6.2 Ursachen

Die Gründe für die HIV-Epidemie in Vietnam sind im raschen Umbruch der Gesellschaft im Zuge der Doi-Moi-Politik Ende der 80er Jahre zu suchen. Nach Jahren der Isolation wurden Reformen eingeleitet, die Begehrlichkeiten in der breiten Bevölkerung hervorriefen. Die neue wirtschaftliche Freiheit ging mit den Risiken der Privatwirtschaft und der Abkehr von traditionellen Lebensweisen einher. In diesem Spannungsfeld verfielen viele Vietnamesen der Prostitution und dem Drogenmissbrauch (Koster, 1993). Parallel dazu nahm auch die HIV-Rate stetig zu, wobei zu betonen ist, dass fast ausschließlich die oben genannten Hochrisikogruppen betroffen sind.

Hierbei sind es vor allem die Männer, die zur Ausbreitung des Virus beitragen, wobei die FSW als Überträgerinnen eine große Rolle spielen (UNAIDS, 2011).

Vietnam befindet sich also noch in der glücklichen Lage, einer konzentrierten Epidemie Herr werden zu müssen, wobei damit auch eine gewisse Sorglosigkeit in der Bevölkerung einhergeht. Diese Unbedarftheit gibt Anlass zu Sorge, weil die Gegenregulationsmechanismen noch nicht effektiv etabliert sind.

### **2.6.3 Politik**

Bemerkenswert bei der HIV-Politik Vietnams ist der Umstand, dass, alarmiert durch die Umstände in den Nachbarländern, relativ früh versucht wurde, der Krankheit entgegenzusteuern (Koster, 1993). Bereits 1991 wurde ein „Nationales AIDS-Komitee“ ins Leben gerufen, das aber dem Ausmaß der Epidemie, bezogen auf Mittel und Effizienz, nicht gerecht wurde.

Im Lauf der folgenden Jahre wurden Anstrengungen unternommen, um die HIV-Politik zielgerichteter zu gestalten. Es wurde jedoch seitens der Regierung suggeriert, dass die Infektion mit HIV nur auf moralisch zweifelhaftes Verhalten zurückzuführen ist, was das größte Hindernis für die Etablierung sinnvoller HIV-Kampagnen darstellte (Koster, 1993; Ha & Pharris, 2010).

Nachdem positive Ergebnisse ausblieben und die HIV-Strategien sich weltweit zu koordinieren begannen, setzte ein Umdenken in der HIV-Politik Vietnams ein, die im März 2004 in der „Nationalen HIV-Strategie bis 2010 mit einem Ausblick auf 2020“ mündete.

In einem groß angelegten multisektoralen Ansatz sollte für die Bekämpfung von HIV und AIDS ein sinnvoller gesetzlicher Rahmen geschaffen werden. Sukzessive wurden Hürden beim Zugang zu Therapien, der Gleichstellung Infizierter und der Eingliederung der Zivilbevölkerung abgebaut (Duong, 2005). Diesen Entwicklungen ist es zu verdanken, dass es heute in Vietnam unter anderem kostenlose Kondomverteilung, ein Nadelaustauschprogramm und ein Methadonsubstitutionsprogramm gibt. Die Rechte von PLWHA wurden gestärkt und sie werden mittlerweile in Entscheidungen eingebunden, nicht ohne aber zu betonen, dass die Regierung sich bisweilen immer noch sehr ambivalent – vor allem im Umgang mit Hochrisikogruppen – zeigt.

### **2.6.4 Interventionsmaßnahmen**

#### Kondom-Verteilung

Bezogen auf die Hochrisikogruppen ist festzuhalten, dass laut IBBS 77 Prozent und laut einer Weltbank-Studie über 90 Prozent der FSW beim letzten Geschlechtsverkehr mit einem Kunden ein Kondom benutzt haben. Dieser Wert ist jedoch angesichts der hohen Verbreitung unter Risikogruppen noch nicht ganz zufriedenstellend, zumal die Regierung bereits versucht hat, Vergnügungsetablisements, aber auch Gasthäuser und Hotels dazu anzuhalten, Kondome zur Verfügung zu stellen.

Die Verwendungsrate ist bei MSM mit 66 Prozent und den IDU mit 52 Prozent noch niedriger als bei der Durchschnittsbevölkerung, was die anhaltend hohe HIV-Prävalenz in diesen Gruppen erklären könnte.

Die Zahl der 24 Millionen verteilten Kondome im Jahr 2009 erscheint bei circa 90 Millionen Einwohnern relativ gering, was sich auch in der offiziellen UNAIDS-Statistik zur Kondombenutzung in

der Gesamtbevölkerung widerspiegelt. Vor allem junge Erwachsene laufen so Gefahr, sich anzustecken und ein Übergreifen der Epidemie auf die Allgemeinbevölkerung zu erleichtern.

#### Schwangerenvorsorge

Die Präventionsmaßnahmen durch „Mutter-Kind-Übertragungs-Programme“ haben in den letzten Jahren zugenommen, jedoch täuschen die landesweit 127 Test- und Beratungsstellen und die 96 Behandlungsorte nicht darüber hinweg, dass nur etwa ein Viertel aller Schwangeren in Vietnam überhaupt getestet werden und auch nur 32,3 Prozent aller infizierten Frauen während der Schwangerschaft eine HIV-Prophylaxe angeboten wird (vergleiche Abbildung 11).

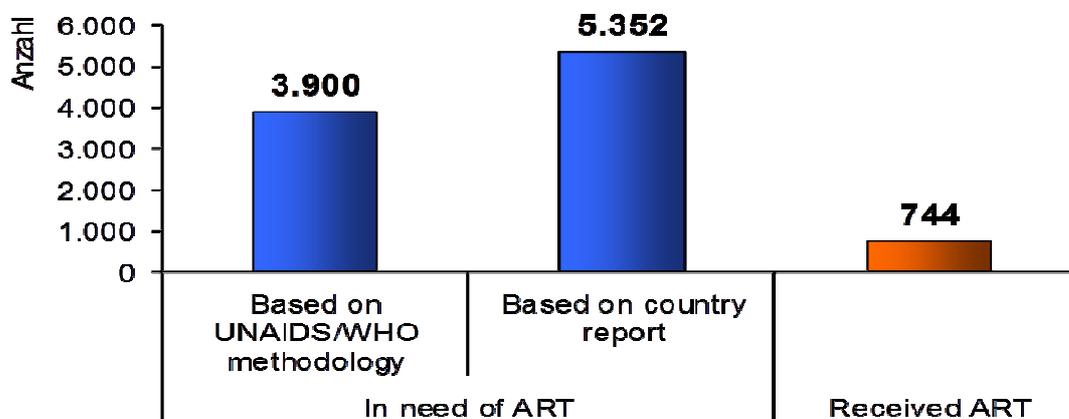


Abbildung 11: Schwangere und ihr Zugang zu ART (WHO\_UNAIDS\_UNICEF\_Towards Universal Access – Scaling up priority HIV/AIDS interventions in the health sector, 2008)

#### STI-Behandlung

Die Behandlung sexuell übertragbarer Krankheiten ist nicht ausreichend in das Behandlungskonzept von HIV in Vietnam integriert. Die Integration der Prävention und Therapie von weitverbreiteten Erkrankungen in die Bekämpfung von HIV wäre ein wichtiger Schritt gegen die Ausbreitung der Epidemie, zumal die mit diesen Krankheiten assoziierte Lebensweise den Nährboden für die Ausbreitung des HI-Virus darstellt.

Aber die vorhandenen Kliniken sind schlecht ausgestattet, sowohl personell als auch bezüglich der Gerätschaften, und können so keine flächendeckende Versorgung anbieten. Vor allem die Therapie der Tuberkulose, der häufigsten Todesursache von HIV-Infizierten, konnte auf diese Weise bisher nicht optimal durchgeführt werden, sodass Ende 2009 nur 27,8 Prozent eine Tuberkulose-Behandlung erhielten (VAAC, 2009).

### Umgang mit Prostitution

Prostitution ist in Vietnam illegal und wird auch mit aller Härte zu unterbinden versucht. Diese Vorgehensweise seitens der Regierung erschwert es Hilfsorganisationen, den FSW adäquat Hilfe zukommen zu lassen. Als Schlüsselmaßnahme bei der Verhütung zur Verhinderung einer HIV-Übertragung ist jedoch die gezielte Aufklärung über Infektionswege und die Verteilung von Kondomen an Prostituierte unabdingbar.

### Antiretrovirale Behandlung

Ziel der vietnamesischen Regierung war es, bis Ende 2010 über 70 Prozent aller Infizierten eine ART zukommen zu lassen. In der Realität sind 53,7 Prozent der HIV-Positiven in Behandlung – eine Zahl, die angesichts der Kosten von 500 US-Dollar pro Patient und Jahr im Falle von 280000 Betroffenen nicht gerade gering ausfällt. Es ist jedoch anzumerken, dass die Gelder dafür zu fast 100 Prozent von internationalen Spenderorganisationen gestellt werden.

Dramatisch ist auch die Lage in den sogenannten 05/06-Centern, die die Rolle von Langzeittherapiezentren für Drogenabhängige einnehmen und in denen die HIV-Prävalenz bei nahezu 50 Prozent liegt. Da dort nur wenige Therapiemöglichkeiten existieren, werden die Patienten dieser Einrichtungen nach zwei Jahren oftmals ohne Behandlung wieder entlassen.

Ähnlich zeigt sich die Situation in den Gefängnissen, in denen die HIV-Prävalenz bei circa 30 Prozent liegt, es aber abgesehen von ein paar Pilotprojekten keine Behandlung mit ARV-Medikamenten gibt (UNAIDS, 2010).

### Budget

Im Lauf der Jahre sind die Ausgaben Vietnams für die Bekämpfung der Epidemie in allen Bereichen, sowohl der besseren Koordination von Projekten als auch der unmittelbaren Prävention und Therapie, stetig angestiegen, sodass 2009 110 Millionen US-Dollar dafür aufgewandt wurden.

Zu beachten ist jedoch, dass nur 9 Millionen US-Dollar aus öffentlichen Geldern kommen, das Gros der Gelder aber von internationalen Spenderorganisationen, allen voran dem „Presidents Emergency Plan for AIDS Relief“ mit einem Volumen von 71,5 Millionen US-Dollar im Jahr 2008 bestritten wird (UNAIDS, 2010).

Kritisch wird diese Tatsache vor dem Hintergrund, dass der Wohlstandsindex Vietnams seitens der WTO angehoben werden soll und dem Land demzufolge weniger finanzielle Unterstützung zufließen wird.

Parallel dazu steigt mit den neuen Richtlinien der WHO die Zahl der Infizierten, die mit ART behandelt werden sollen, was auch die Behandlungskosten noch einmal stark in die Höhe treiben wird.

#### Stigma und PLWHA-Organisation

Die Nachwirkungen der Diskriminationspolitik der 90er Jahre sind noch deutlich zu spüren. Vielen Vietnamesen fällt es schwer, sich auf das Thema einzulassen, was vor allem in Bezug auf die Nachsorge der HIV-Infizierten durch die Zivilgesellschaft als problematisch einzustufen ist. Denn die großen Organisationen, seien sie von der Regierung initiiert oder „faith-based“, stellen das größte Potenzial für eine erfolgreiche Integration der HIV-Positiven in Vietnam dar (DeLoenzien, 2011).

Abgesehen davon sind Entlassungen am Arbeitsmarkt aufgrund eines HIV-Status immer noch keine Seltenheit und vor allem in ländlichen Gebieten haben Betroffene einen schweren Stand.

Eine positive Entwicklung ist darin zu sehen, dass sich die PLWHA zu organisieren und zu koordinieren beginnen, zum Teil auch mit Unterstützung der Zivilgesellschaft. Als beispielhaft ist hier die „Vietnam Civil Society Partnership Platform on AIDS“ (VCSPA), die den Aufbau von AIDS-assoziierten Bewegungen unterstützt, zu nennen.

Die PLWHA sind auch in der „Technical Work Group“ der Regierung vertreten und haben offizielle Sprecher etabliert, welche die Rechte der PLWHA öffentlich einfordern.

#### Aufklärungskampagnen

Viele junge Leute wissen in Vietnam mittlerweile über HIV und dessen Übertragungswege Bescheid, was auch auf die massive mediale Präsenz des Themas zurückzuführen ist (Duong, 2005). Es gibt sowohl maßgeschneiderte Edutainment-Programme in den Medien als auch simple Massenflugblattaktionen, die von der Bevölkerung bereitwillig angenommen werden.

Bedauerlich ist jedoch, dass vor allem in der Schule zu wenig Lehrer eine angemessene Fortbildung zu dem Thema erhalten und daher nur Personen, die Zugang zu Medien haben, adäquat über HIV informiert werden können.

#### Überwachungssystem

Das Überwachungssystem, das Auskunft über die Dynamik der Epidemie in Vietnam geben soll, befindet sich immer noch im Aufbau. Nach halbherzigen Versuchen Mitte der 2000er-Jahre, die das Ausmaß der Ausbreitung nicht abzubilden vermochten, wird nun systematisch, unter Einbeziehung internationaler Expertise, eine Datenbank aufgebaut (UNAIDS, 2010).

Daher existieren derzeit keine verlässlichen Daten über die HIV-Ausbreitung in Vietnam, wobei jedoch vermutet wird, dass in den letzten Jahren eine starke Verschiebung stattgefunden hat.

Vor dem Hintergrund der starken Migrationstendenzen in Südostasien fällt es umso schwerer, vor allem die Wanderarbeiter in Vietnam erfassen zu können, eine Bevölkerungsgruppe, die besonders stark zur Ausbreitung des Virus beiträgt.

#### Verhalten der Hochrisikogruppen

Da die Hochrisikogruppen in Vietnam für die Ausbreitung der Epidemie verantwortlich sind, gilt die Verhaltensänderung in diesen Gruppen als ein wichtiger Indikator für die Effektivität von Präventionsmaßnahmen. Wie oben bereits angedeutet, sind sich vor allem die IDU ihrer Lage und Verantwortung noch immer nicht ausreichend bewusst, sodass die HIV-Prävalenz kontinuierlich steigt.

### **2.6.5 Diskussion und Empfehlungen**

Entscheidend für die Epidemie in Vietnam ist, dass durch die relativ späte Öffnung des Landes nach außen die HIV-Ausbreitung und deren Bewältigung um circa 10 Jahre gegenüber den Nachbarländern zurückliegen. Im Vergleich zu Thailand, das relativ früh mit einer massiven Ausbreitung in der Gesamtbevölkerung zu kämpfen hatte, waren und sind es in Vietnam vornehmlich die angesprochenen Hochrisikogruppen, die das Virus in sich tragen und verbreiten.

Durch das Umdenken im Zuge der globalen Koordinierung von AIDS-Maßnahmen wurden zahlreiche Probleme in Angriff genommen, die forschungs- und studienbasiert angegangen werden und aus denen hervorgeht, dass circa 2012 mit einem Wendepunkt der HIV-Prävalenz zu rechnen ist.

Leider sind die Entwicklungen in Vietnam noch nicht so weit vorangeschritten, dass gegenüber den Hochrisikogruppen als Hauptverantwortlichen der Epidemie der gleiche Pragmatismus eingeräumt wird, der in Thailand zu der sehr erfolgreichen Reduktion der Infektionsrate geführt hat.

Aber auch die Zivilgesellschaft muss noch stärker in den Kampf gegen HIV mit einbezogen werden. Denn nur so kann eine zuverlässige Integration, aber auch eine effiziente Nachsorge der steigenden Anzahl an HIV-Infizierten gewährleistet werden. Die Betroffenen selbst werden bereits mehr und mehr in die Behandlungsbemühungen eingebunden, sollen in naher Zukunft aber auch eigene Ziele vorbringen können. Ihre Rolle als „peer-educators“ ist sehr wichtig und muss ausgebaut werden, um Hochrisikogruppen effizienter überwachen zu können.

Die Regelung der finanziellen Verhältnisse gehört in Zukunft sicher zu den dringendsten Problemen Vietnams auf diesem Gebiet. Die Finanzierung der bereits begonnenen Projekte muss ebenso gewährleistet bleiben wie die Finanzierung geplanter weiterer Maßnahmen.

Der Aufbau eines suffizienten Netzwerkes von Kliniken beispielsweise, das es in Vietnam so nicht gibt, würde die wünschenswerten Nebeneffekte haben, dass kompetente Ansprechpartner und

Anlaufstellen für die Bevölkerung zur Verfügung stehen. Denn laut einer Studie (Pharris, 2011) liegt die landesweit bereinigte Testprävalenz bei gerade einmal 7,6 Prozent, obwohl sich viele Befragte dem Risiko einer Ansteckung ausgesetzt fühlen.

Diese Maßnahme würde auch zuverlässige Daten für die Überwachung der Epidemie generieren, die in Vietnam bisher nur ansatzweise vorliegen. Darüber hinaus ließen sich aus den so gewonnenen Informationen Rückschlüsse auf das tatsächliche Ausmaß der Ausbreitung gewinnen, vor allem in den ländlichen Gebieten Vietnams.

Zusätzlich könnte man im Zuge der Ansteckungsprophylaxe auch die HIV-positiv getesteten Schwangeren mit einbinden, um so sekundär die Kosten für die potenziellen Waisen und deren Therapie zu minimieren.

Auch Anlaufstellen für Hochrisikogruppen, an denen sich die Bevölkerung zentral mit Kondomen, sauberen Spritzen oder Methadon versorgen könnte, wären für die Prävention sehr erfolgversprechend.

Vietnam befindet sich in der „glücklichen“ Lage, eine größtenteils nur auf bestimmte Gruppen beschränkte Epidemie bekämpfen zu müssen und momentan noch die Möglichkeit zu haben, die zur Verfügung gestellten Gelder zur Weichenstellung für später aufzusparen. Für einen Erfolg auf lange Sicht muss die Politik jedoch konsequent genug vorgehen, um ihre Aufgaben, sowohl bei der Prävention als auch der Therapie, auch in Hinblick auf die Nachbarstaaten, wahrzunehmen.

## **2.7 Vergleich von Thailand und Vietnam**

Die HIV-Epidemie in Asien zeichnet sich durch eine hohe Diversität, sowohl im Schweregrad als auch im zeitlichen Ablauf, aus. Während in Thailand der erste Fall von HIV schon 1984 detektiert wurde, die HIV-Inzidenz bis 1991 mit 143000 Neuinfektionen rapide anstieg und seitdem wieder abnahm, trat der erste Fall in Vietnam erst im Jahr 1991 auf. Seitdem zeigt die HIV-Inzidenz einen Aufwärtstrend. Derzeit ist die Prävalenz in Thailand mit 1,3 Prozent (2009) die höchste im gesamten asiatischen Raum, während die Prävalenz in Vietnam bei 0,4 Prozent (2009) liegt. Dabei ist jedoch zu beachten, dass die Epidemie in Thailand seit ihren massiven Ausmaßen in den 90ern wieder zurückgeht, dagegen in Vietnam langsam und kontinuierlich wächst. Diese Entwicklungen kann man auch an den AIDS-assoziierten Todesfällen ausmachen, die sich in Thailand von 52000 (2001) auf 28000 (2009) fast halbiert, in Vietnam aber von 5500 (2001) auf 14000 mehr als verdoppelt haben.

Im Gegensatz zu den generalisierten HIV-Epidemien in Subsahara-Afrika breitete sich HIV in Asien zunächst unter den Höchststrisikogruppen IDU, FSW und MSM aus, wobei Sexarbeit und intravenöser Drogenkonsum als Hauptquellen der Übertragung anzusehen sind. In Thailand breitete sich das Virus von den Sexarbeiterinnen weiter auf ihre Klienten aus, die wiederum direkt ihre weiblichen sexuellen

Partnerinnen und indirekt ihre Kinder infizierten. Aufgrund dieser Transmissionskette finden derzeit etwa 50 Prozent der Übertragungen in Thailand unter der generellen Bevölkerung statt. In Vietnam dagegen ist die Übertragung größtenteils unter den genannten Höchstisikogruppen verblieben. Ursächlich könnte dafür sein, dass das Sexgewerbe weniger stark ausgeprägt ist als in Thailand. Große Risikofaktoren in beiden Ländern sind die beschränkten Kenntnisse unter Jugendlichen über HIV und dessen Übertragung (circa 40 Prozent) sowie der geringe Kondomgebrauch, der in Thailand etwa 50 Prozent beträgt und in Vietnam nahezu nicht existent ist.

Trotz ihres explosiven Charakters konnte die HIV-Epidemie in Thailand gestoppt und der Trend umgekehrt werden, während sie in Vietnam weiterhin stetig wächst. Dies ist auf die hohe Effektivität der Interventionsmaßnahmen in Thailand zu Beginn der Epidemie zurückzuführen, wohingegen in Vietnam der Erfolg solcher Maßnahmen lange ausblieb. Zunächst konnte Thailand von zahlreichen begünstigenden Bedingungen wie einer existierenden Gesundheitsinfrastruktur, einem weitreichenden Netzwerk von STD-Kliniken und Entwicklungs-NGOs profitieren. Außerdem erleichterte die allgemeine Offenheit, beispielsweise gegenüber Sex mit Kondomen, den Umgang mit der HIV-Problematik. In Vietnam war ein solches Netzwerk von Kliniken nicht vorhanden, was eine effektive Reaktion auf die Ausbreitung der Epidemie erschwerte. Nachdem das „Sentinel Surveillance System“ („Überwachungssystem“) in Thailand die wahren Ausmaße der Epidemie zum Ausdruck brachte und damit nicht nur NGOs, sondern auch Spitzenpolitiker zum Handeln veranlasste, wurden nationale AIDS-Strategien unter Einbezug aller Ministerien und der Zivilbevölkerung entwickelt und die Finanzmittel in den 90ern enorm erhöht. In Vietnam befindet sich das Überwachungssystem dagegen noch im Aufbau, weswegen das wahre Ausmaß noch schwer einzuschätzen ist. Dies erschwert eine adäquate Antwort. Vietnams Regierung bemüht sich zwar um einen sinnvollen gesetzlichen Rahmen und um eine Ausweitung zu einer multisektoralen Handlungsstrategie, jedoch zeigt sie sich immer noch inkonsequent bei der Durchführung der Programme.

Als Thailands Regierung die Prostitution als Motor der Epidemie erkannte, konnte sie durch Pragmatismus die Ausbreitung in diesem Bereich stark reduzieren, obwohl Prostitution illegal war und ist. Auch in Vietnam ist Prostitution illegal und wird im Gegensatz zu Thailand restriktiv bekämpft, was es Hilfsorganisationen erschwert, den FSWs Kondome und Aufklärung zukommen zu lassen.

Auch in der Schwangerenfürsorge kann Thailand größere Erfolge aufweisen als Vietnam, denn über 90 Prozent der Schwangeren in Thailand werden auf HIV getestet und erhalten konsekutiv ART-Prophylaxe, während in Vietnam nur etwa 25 Prozent der Schwangeren getestet werden und 32,3 Prozent der HIV-positiven Schwangeren ART-Prophylaxe erhalten.

Die universale Versorgung mit antiretroviraler Therapie haben beide Länder noch nicht erreicht. In Thailand sind 61 Prozent der HIV-Infizierten ( $CD4 < 350$ ) unter ART, in Vietnam sind es nur 34 Prozent

(UNAIDS, Global Report). Die ART wird dabei in Thailand über 90 Prozent aus öffentlichen Mitteln bestritten, während sie in Vietnam zu annähernd 100 Prozent aus internationalen Geldern finanziert wird.

## **2.8 Empfehlungen für Thailand und Vietnam**

Um HIV/AIDS erfolgreich bekämpfen zu können, ist es unumgänglich, zu wissen, wo die Interventionsmaßnahmen anzusetzen sind. Daher ist ein Sentinel Surveillance System erforderlich, um die Entwicklungen der HIV-Prävalenz in verschiedenen Bevölkerungsgruppen zu verfolgen und gezielt eingreifen zu können. Gleichzeitige Verhaltensstudien sind ein wichtiges Element, um die Ursachen der Übertragungen zum Ausdruck zu bringen. Verlässliche epidemiologische und Verhaltens-Daten sind zudem wichtige Mittel, um öffentliche Aufmerksamkeit zu gewinnen und politisches Engagement zu erzeugen, was sich am Beispiel von Thailand zeigt. Von großer Bedeutung ist dabei, dass das Sentinel Surveillance System flächendeckend ausgeführt wird und Hochstrisikogruppen erfasst. Da es in Vietnam an verlässlichen Daten noch mangelt, wäre der Ausbau des rudimentär vorhandenen Überwachungssystems wünschenswert, um die wahren Ausmaße der Epidemie einschätzen und dementsprechend handeln zu können.

In Thailand brachte ein starkes politisches Mandat besonders zu Beginn der 90er die HIV-Antwort ins Rollen, wobei die einzelnen Programme jedoch lokal, den jeweiligen Bedingungen angepasst, implementiert wurden und demnach Kollaborationen auf nationaler, provinzieller und kommunaler Ebene nötig waren. Ein solcher Ansatz scheint generell sehr erfolgversprechend zu sein und sollte für zukünftige Projekte in Thailand und Vietnam in Betracht gezogen werden.

Die Präventionsmaßnahmen im Dreh- und Angelpunkt der Epidemie Südostasiens, dem Sexgewerbe, wurden in Thailand von einem effektiven Pragmatismus angetrieben. Ein ähnliches Vorgehen wäre auch in Vietnam erforderlich, um die Epidemie zu stoppen. Außerdem wäre ein solcher Pragmatismus bei Präventionsmaßnahmen unter den noch schwer erreichbaren IDUs in Thailand und Vietnam wünschenswert.

Für die erfolgreiche Implementierung der Programme hat sich in Thailand der Weg von Forschung und Studien über Pilotprojekte zu nationalen Programmen am Beispiel des Programms zur PMTCT als sehr ergiebig erwiesen. Zur Implementierung weiterer Programme in Thailand und Vietnam ist eine solche Herangehensweise zu empfehlen.

Zur Bekämpfung von Stigma und Diskriminierung zeigten sich die PLWHA-Organisationen als besonders bedeutend. In Thailand sind sie bereits in HIV-politische Entscheidungen mit eingebunden und werden als Peer Educators eingesetzt. Auch in Vietnam beginnen die PLWHA, ihre Rechte erfolgreich einzufordern und sich vermehrt zu organisieren. Ihre Aufgaben in der Nachsorge der ART sind von herausragender Bedeutung. Weitere Entwicklungen in diese Richtung sind zu unterstützen.

Die Rate an HIV-Tests hat sich in beiden Ländern als mangelhaft erwiesen. Jedoch wären ein frühes Erkennen des positiven HIV-Status und ein frühzeitiger Beginn der Behandlung, um somit auch das Risiko der Übertragung zu minimieren, erstrebenswert. Hierzu wären Kampagnen und Anreize zu HIV-Freiwilligen-Tests in Thailand und Vietnam wünschenswert.

Schließlich gilt es zu betonen, dass sowohl erfolgreiche Prävention als auch Behandlung und Pflege nötig sind, um ein Wiederaufleben der Epidemie in Thailand zu verhindern und den Trend derselben in Vietnam endlich umzukehren.

## **3. Interkontinentaler Vergleich**

### **3.1 Diskussion der Datenlage**

Das in der Einleitung zu diesem Artikel formulierte Ziel dieser Projektarbeit besteht darin, zum einen eine Übersicht über die Geschichte und den Status Quo der HIV/AIDS-Ausbreitung zu geben und zum anderen, die Ausgangssituationen, Maßnahmen und Projekte in vier verschiedenen Ländern zu vergleichen.

Der zweite Teil dieser Fragestellung wird durch eine insuffiziente Datenlage, insbesondere im Fall Vietnam, stark erschwert. Das Fehlen von Daten ist häufig auf die nur rudimentär ausgebildete Infrastruktur im Monitoring, wie bereits mehrfach erwähnt, zurückzuführen. Dies muss bei der Interpretation unserer Daten sowie unserer Analyse stets im Hinterkopf behalten werden.

Wie anhand unserer Ausführungen deutlich geworden ist, haben wir es in Afrika mit einer generalisierten Epidemie in allen Gesellschaftsschichten zu tun. In Thailand und Vietnam ist der Anteil der betroffenen Bevölkerung geringer, was unter anderem auf eine Konzentration der HIV-Ausbreitung in Ballungszentren und Hochrisikogruppen zurückzuführen ist. Man kann daraus jedoch nicht rückschließen, dass die Auswirkungen der Epidemie auf Staat und Gesellschaft weniger dramatisch wären. Da die wirtschaftliche Prosperität dieser Länder vornehmlich an urbanen Räumen hängt, sind diese besonders anfällig, selbst für ein „konzentriertes“ Stadium von HIV/AIDS, zumal die Anzahl Infizierter zum Beispiel in Hanoi vergleichbar hoch wie im südlichen Afrika ist und Risiken birgt, bedingt durch die hohe Migrationsrate, sich jederzeit auch auf dem Land auszubreiten. Zudem zeigt das Beispiel Thailand, dass die Möglichkeit eines Übergreifens von den Hochrisikogruppen auf die Zivilbevölkerung durchaus nicht zu vernachlässigen ist.

Der Anteil der Neu-Infizierten scheint seit der letzten Dekade in allen vier Ländern weiterhin zu sinken beziehungsweise sich nur marginal zu verändern, was auf bisher ergriffene Maßnahmen

zurückzuführen ist. Bei differenzierterer Betrachtung erschließt sich jedoch, dass zum Beispiel in Thailand die Anzahl wieder im Ansteigen begriffen ist, weil die Regierung ihre Mittel zurückgefahren hat und sich nun darauf beschränkt, die Mutter-Kind-Übertragung zu unterbinden. Es ist also nicht damit getan, sich auf dem bereits Erreichten auszuruhen, sondern es kommt darauf an, die Dezimierung der HIV-Rate weiter zu forcieren.

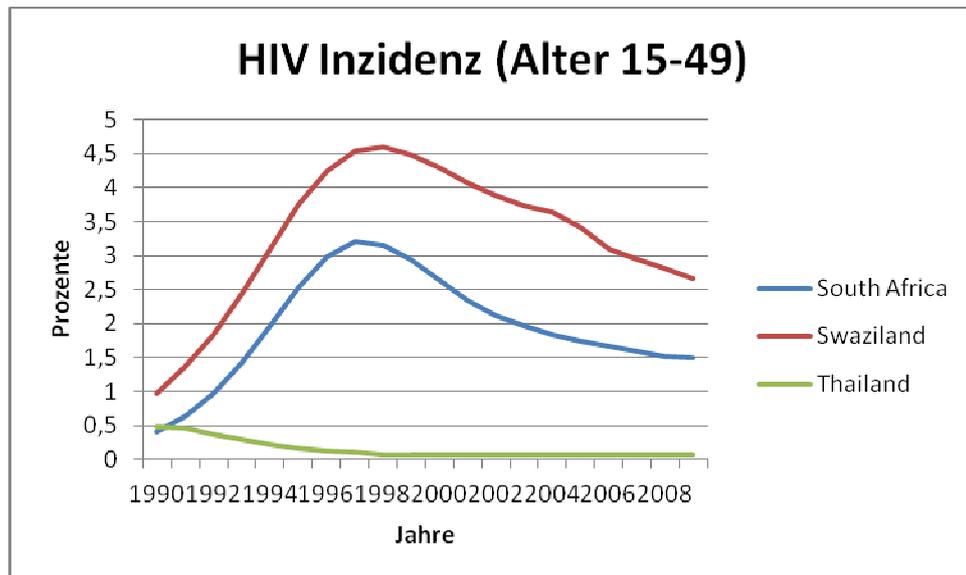


Abbildung 12: HIV Inzidenz (Gapminder 2011)

Eindrücklich ist auch die Lage in Swaziland, wie Abbildung 13 illustriert. Bezogen auf absolute Zahlen liegt die Anzahl Neu-Infizierter augenscheinlich bei nahezu Null. Prozentual betrachtet ist Swaziland jedoch nach wie vor weltweit Spitzenreiter. Und auch die kontinuierliche Abnahme der Infektionsraten suggeriert eine falsche Sicherheit, weil ja bereits über 25 Prozent der Bevölkerung infiziert sind und demzufolge irgendwann ein Sättigungseffekt eintritt. Der Kampf gegen HIV ist in Swaziland noch lange nicht gewonnen, daher darf die Intensität der Bemühungen nicht nachlassen.

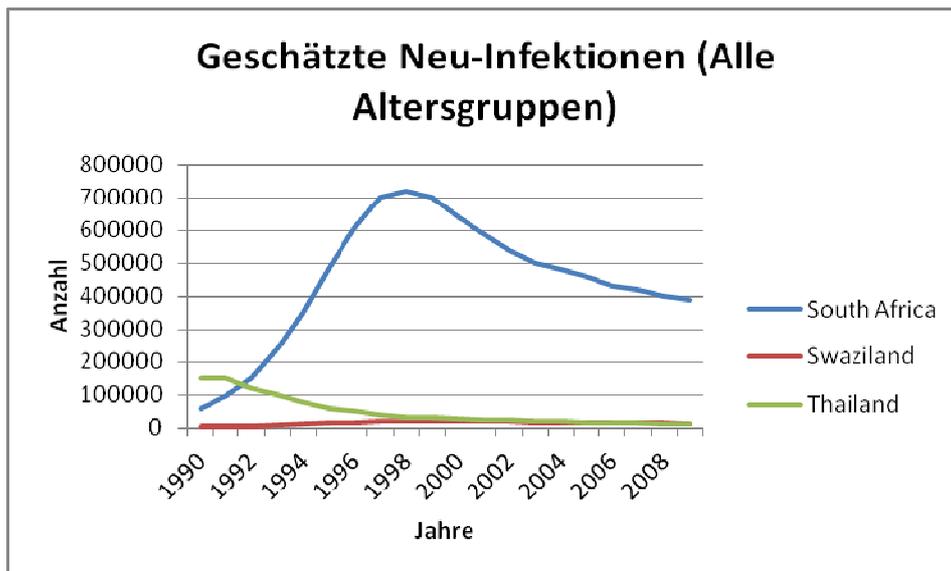


Abbildung 13: Geschätzte Neu-Infektionen (Gapminder 2011)

Wie anhand Abbildung 14 zu erkennen ist, stagnieren die relativen Zahlen der HIV-Betroffenen in unseren Beispielländern; im südlichen Afrika zwar auf einem hohen Niveau, in Südostasien sogar unter 5 Prozent. Der augenscheinliche Stillstand ist eine erfreuliche Entwicklung: Denn auf Grund der immer wirkungsvolleren Therapiemaßnahmen und der damit verbundenen erhöhten Lebenserwartung von HIV-Infizierten würde man tendenziell sogar ein weiteres Ansteigen der Prävalenzrate erwarten. Die Tatsache, dass es kein Ansteigen, sondern eine Stagnation gibt, ist ein weiterer Indikator für die sinkende Anzahl von Neuinfektionen.

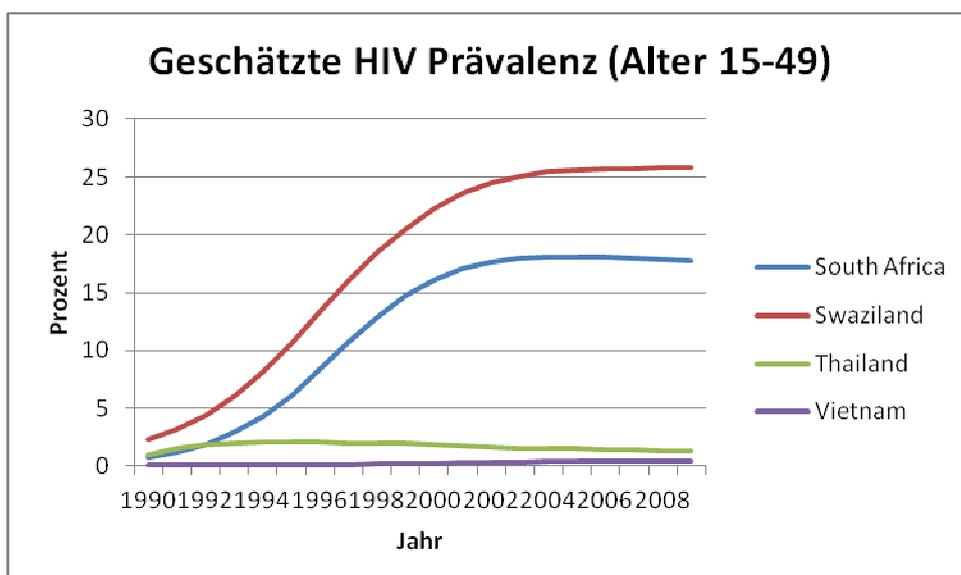


Abbildung 12: Geschätzte HIV-Prävalenz (Gapminder 2011)

Betrachtet man nun die absoluten Zahlen der Personen, die mit HIV/AIDS leben (s. Abb. 15), so zeigt sich eine neue Herausforderung für die betroffenen Länder: Durch die verbesserten Therapien steigt die Zahl der mit HIV/AIDS lebenden Menschen, welche besonderer, häufig finanziell aufwändiger, medizinischer Therapien und Unterstützung bedürfen. Insbesondere für Südafrika mit über fünf Millionen Infizierten bedeutet das hohe und kontinuierliche Investitionen.

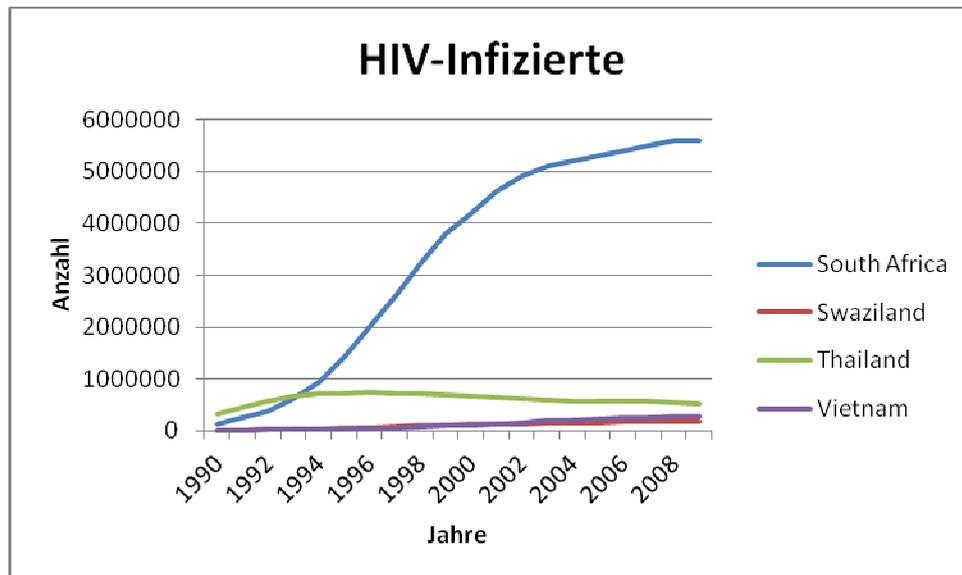
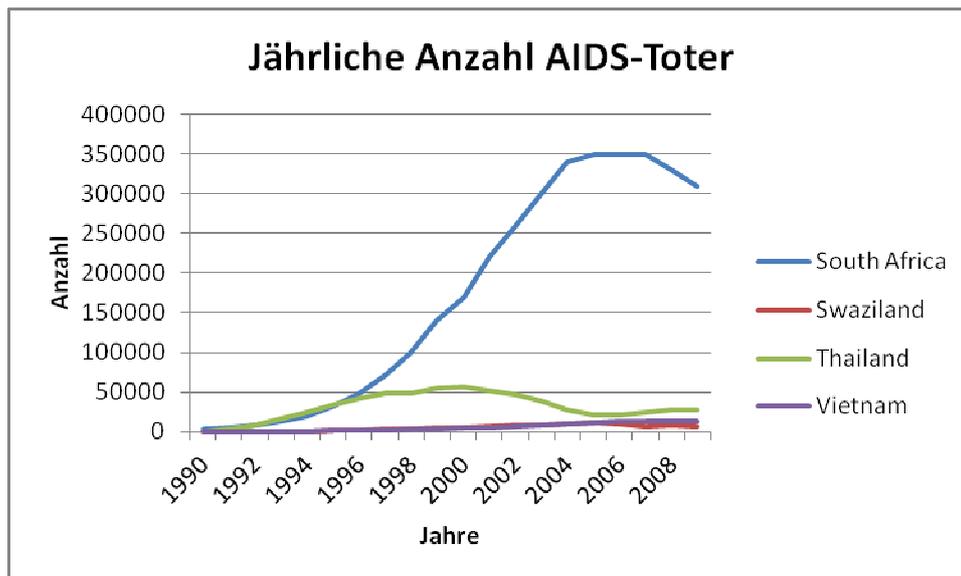


Abbildung 5: Absolute Zahl Infizierter (Gapminder 2011)

Umgekehrt verhält sich natürlich die Entwicklung der durch AIDS verursachten Todesfälle, deren Zahl kontinuierlich abgenommen hat beziehungsweise konstant bleibt (siehe Abbildung 16). In Thailand setzte diese eindrückliche Entwicklung bereits Ende der 90er Jahre ein, wohingegen die Wende in Südafrika erst in der letzten Dekade vollzogen wurde, aber immer noch sehr viele Erkrankte sterben. Auffällig ist auch, dass die Zahlen in Swaziland und Vietnam immer noch gleichbleibend hoch sind, worin ein Indiz für mangelnde Effizienz der Bekämpfungsstrategien zu sehen ist. Auch in Thailand sind in den letzten Jahren die Zahlen aufgrund der oben erwähnten Entwicklung wieder leicht gestiegen.



**Abbildung 13: AIDS-Tote jährlich (Gapminder 2011)**

Insgesamt lässt sich aus diesen Entwicklungen schließen, dass obgleich der noch immer weiten Verbreitung und dramatischen Folgen der Epidemie vereinzelt bereits erste Erfolge erzielt wurden. Grundlage all dieser Erfolge ist die Antiretrovirale Therapie, die im Lauf der Jahre immer weiter verbessert wurde (siehe Abbildung 17). Während Thailand und Swaziland bereits aus eigener finanzieller Kraft mehr als der Hälfte der Infizierten eine Therapie zukommen lassen, hängt die Finanzierung der Therapie insbesondere in Vietnam und Swaziland vor allem von ausländischen Geldgebern ab. Für die Zukunft ist zu erwarten, dass aufgrund der geänderten WHO-Richtlinien zum Therapiebeginn die Kosten für die Gesundheitssysteme noch weiter steigen werden.

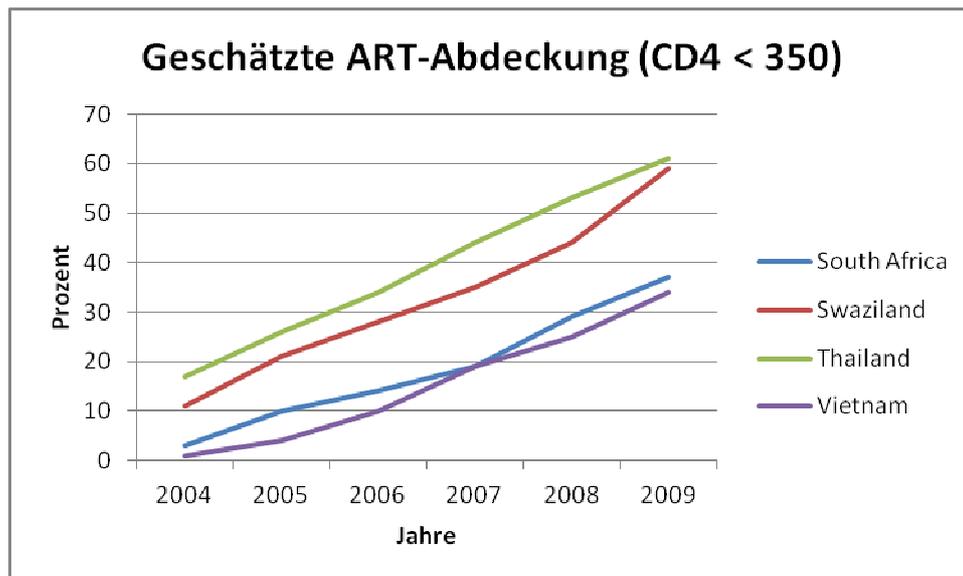


Abbildung 14: Geschätzte ART-Abdeckung (UNAIDS, 2010)<sup>4</sup>

### 3.2 Möglichkeiten der Übertragbarkeit

Das Anliegen dieses Berichts ist es, die Hintergründe der HIV-Epidemie anhand ausgewählter Beispiele im Laufe der Jahre zu verfolgen. Und noch viel wichtiger ist es für uns, die ergriffenen Maßnahmen der Bewältigung auf ihre Wirksamkeit hin zu überprüfen, auch mit dem Hintergedanken, die besten Strategien ausfindig zu machen, sie zugleich aber auch auf ihre globale Übertragbarkeit hin zu testen. Unsere Literaturrecherche hat gezeigt, dass der vielfach vorhandene Wunsch, ein „globales Patentrezept“ zu finden, nicht realistisch ist. Vielmehr muss jede Strategie gründlich und in mühsamer Kleinarbeit bezüglich der kulturellen, sozialen, geografischen, politischen und religiösen Voraussetzungen geprüft und dann an die lokalen Gegebenheiten angepasst werden. Nur wenn dies zuverlässig vor dem Start von Präventions- und Bekämpfungsmaßnahmen geschieht, können Gelder zur Entwicklungshilfe gezielt und wirksam eingesetzt werden.

HIV und AIDS sind in erster Linie nicht nur medizinische Probleme, sondern vor allem gesellschaftlich begründet und so auch vor dem jeweiligen kulturellen Hintergrund zu sehen. Die global koordinierte Antwort auf die größte Epidemie des ausgehenden 20. und des 21. Jahrhunderts suggeriert, dass es auch ein allumfassendes Patentrezept zu dessen Bekämpfung geben muss. Aber selbst in dem überschaubaren Bereich unserer zwei Beispielpaare gibt es große Unterschiede: Obwohl sich die Kulturen und Mentalitäten in Südafrika und Swaziland einerseits und Thailand und Vietnam andererseits doch sehr ähnlich sind, sind die Grundvoraussetzungen für eine erfolgreiche Implementierung von HIV-Bekämpfungsstrategien doch vollkommen andere. Die Herrschaftsform,

<sup>4</sup> Die Zahlen beruhen auf den Richtlinien der WHO von 2010, welche von den 2006er Richtlinien abweichen. Dies erklärt teilweise auftretende Abweichungen zu den zuvor genannten Zahlen, beispielsweise im Fall Swaziland.

die Geschichte und die jüngeren politischen Veränderungen generieren vollkommen verschiedene Maßstäbe für die Umsetzung effektiver Anti-HIV-Kampagnen. Während in Südafrika und Thailand gewachsene demokratische Strukturen bereits etabliert sind, ist die Herangehensweise an das HIV-Problem in Vietnam mit seinem sozialistischen Erbe ebenso eine andere wie auch in Swasiland, wo der absolutistische König immer noch alle Maßstäbe setzt und beispielsweise per Gesetz den Geschlechtsverkehr mit Minderjährigen verbietet. Da er sich am Ende jedoch selber nicht daran hält, erfüllt er somit keine Vorbildfunktion für seine Bürger. Beispiele wie dieses schaffen grundlegende Differenzen im Handlungsspielraum aller vier Länder, die so einfach nicht zu überwinden sind und die Möglichkeiten vor Ort begrenzen. Auch die intrakontinentale Übertragbarkeit von erfolgreichen Kampagnen wird auf diese Weise erschwert.

Hinzu kommt die Tatsache, dass über die kontinentalen Grenzen hinweg fast keine Übereinstimmungen mehr zu finden sind. Während Schwarzafrika die Hauptlast der Epidemie zu tragen hat und alle Bevölkerungsschichten betroffen sind, sind es in Südostasien doch weitestgehend die Risikogruppen, die den Hauptteil der Infizierten ausmachen. Die Gründe hierfür liegen, wie oben bereits erwähnt, darin, dass die Traditionen in Schwarzafrika mit ihrer anerkannten Polygamie und Geringschätzung der Frauen dazu geführt haben, dass sich das Virus explosionsartig ausbreiten konnte. Zusätzlich behindert die strikte Weigerung, Kondome zu benutzen und der Miteinbezug animistischer Heilkunst die Effizienz der Maßnahmen zur Eindämmung der Epidemie. Erste Beispiele erfolgreicher Maßnahmen zeigen die Wichtigkeit eines begleitenden „Change Managements“.

Erschwerend kam hinzu, dass sich in Südafrika die Regierung bis 2008 weigerte, das Problem als solches anzuerkennen und es demzufolge versäumte, Gegenmaßnahmen einzuleiten. Aber auch in Swasiland, wo HIV bereits 1999 zum „Nationalen Desaster“ deklariert wurde, lässt sich keine nennenswerte Trendwende erkennen. Hier liegt die Vermutung nahe, dass das alleinige Ankündigen von neuen Regelungen und der Aufruf zu Veränderungen nicht ausreichen – die Machthabenden müssen selbst mit gutem Beispiel vorangehen.

In Thailand hingegen ist, bedingt durch die umfassende Verteilung von Kondomen in Bordellen und der Vorbildwirkung prominenter Politiker, binnen weniger Jahre die Stagnation und langsam aber sicher auch die Regression der Epidemie abzusehen. Auch die Regierung in Vietnam hat, alarmiert durch die Entwicklungen in den Nachbarländern, mit Gegenmaßnahmen begonnen, sobald die erste Infektion offenkundig wurde.

Der Wille der Regierung ist also als klarer Prädiktor für eine erfolgreiche Eindämmung der Epidemie zu sehen, aber auch das klare Bekenntnis zu dieser Politik ist entscheidend. Der Bevölkerung muss bewusst werden, welchen Stellenwert eine Begrenzung der HIV-Ausbreitung für die Zukunft des Landes darstellt und was sie dazu beitragen kann. Seit in Südafrika Informationskampagnen gestartet wurden, offizielle Anlaufstellen existieren und das Problem so in der Öffentlichkeit präsent gemacht

wurde, befindet sich das Land auf einem guten Weg, trotz der Schwierigkeiten, die sich aufgrund der Stammestraktionen bei der Durchsetzung solcher Maßnahmen ergeben.

In Swaziland existieren, kulturell betrachtet, ähnliche Voraussetzungen, jedoch stellt König Mswati III. keine Vorbildfigur dar, die glaubwürdig genug ist, den Einwohnern die Notwendigkeit von Verhütung und Prävention von HIV/AIDS deutlich zu machen.

Ein zweiter wesentlicher Faktor für die erfolgreiche Durchsetzung von HIV-Bekämpfungsstrategien ist der Miteinbezug der Zivilgesellschaft. Wie am Beispiel Vietnams deutlich zu sehen ist, gelang es in den ersten Jahren, trotz relativ zügiger Maßnahmen seitens der Regierung nicht, die Ausbreitung des Virus zu stoppen. Abgesehen davon, dass die Mittel der Kampagnen beschränkt waren, war es vor allem die Informationspolitik der Regierung, die einer Besserung der Lage entgegen stand. Beispielsweise wurden den Bürgern von oben, ohne deren Miteinbezug, Maßnahmenpakete verordnet, die umzusetzen waren, als über HIV nur im Zusammenhang mit moralisch zweifelhaftem Verhalten informiert wurde. Das verstärkte in der Bevölkerung die Vorbehalte gegen HIV-Infizierte, die sich dadurch noch stärker in die Enge getrieben sahen.

In Thailand hingegen, wo bereits seit längerem ein offenerer Umgang mit Sexualität propagiert wurde, wurde das Thema öffentlich angesprochen und mit Hilfe des „National Sentinel Surveillance-Systems“ das Ausmaß der Epidemie in allen Bevölkerungsschichten erfasst, sodass schnell erfolgreiche Gegenmaßnahmen wie in Form des „100% Condom Programmes“, ergriffen werden konnten.

In Vietnam kam es zu dieser Wende erst, als die Regierung begann, die Bürger in Entscheidungsprozesse mit einzubeziehen und HIV/AIDS offen zu kommunizieren. Bei der Wirksamkeit von Bekämpfungsstrategien ist der demokratische Faktor also nicht zu unterschätzen.

Wenn der Bevölkerung die Bedeutung von HIV/AIDS nahegebracht wird, muss es auch Anlaufstellen geben, wo sich Personen individuell informieren, testen und auch behandeln lassen können. Durch die neuartigen Therapieregime und die kostengünstige Bereitstellung von antiretroviralen Generika in Entwicklungsländern gibt es die Möglichkeit, HIV-Infizierte zu behandeln und den Ausbruch von AIDS zu verhindern. Im Vergleich der Länder fällt jedoch auf, dass vor allem die Betroffenen dort profitieren, wo bereits ein gut ausgebautes Netz an medizinischen Versorgungseinrichtungen vorhanden ist. Das betrifft einerseits Südafrika, wo bedingt durch die Kolonialgeschichte die Dichte an Krankenstationen hoch ist, als auch Thailand, wo die Wege zu gut ausgestatteten Kliniken ebenfalls kurz sind. Dies ist ein Vorteil, den stark provinziell gegliederte Länder wie Vietnam nicht für sich nutzen können.

Swaziland ist an sich zwar auch gut mit medizinischen Einrichtungen abgedeckt, doch sind diese häufig schlecht ausgestattet und leiden unter einem chronischen Personalmangel, der wiederum eine Folge der AIDS-Epidemie darstellt.

Entscheidend ist dieser Punkt, da ohne ausreichende Kenntnisse der Übertragungswege und des eigenen HIV-Status die Infektion sehr schnell weitergegeben werden kann.

Umso wichtiger ist die Gewährleistung der Versorgung in der Breite. Allgemein betrachtet fällt der Hauptteil der medizinischen und sozialen Versorgung der PLWHA dem unmittelbaren Umfeld der Betroffenen zu, die sich neben der Belastung durch die Erkrankung und Pflege auch noch der Stigmatisierung und Diskriminierung ausgesetzt sehen. Dieser Sachverhalt ist länderübergreifend festgestellt worden.

Hier gilt es anzusetzen. Nicht nur, um die Vorurteile den Infizierten gegenüber abzubauen und ihnen eine Integration in die Gesellschaft zu ermöglichen, sondern auch um die Zivilgesellschaft in ihrer Verantwortung zu bestärken, Sorge für die Eindämmung von HIV/AIDS zu tragen. Unabhängig von den Ländern sind es die regionalen, ortsständigen Initiativen, die die besten Resultate erzielen. Durch die Vernetzung mit Vertrauenspersonen und der direkten Ansprache der Gemeinde gelingt es, den Leuten bewusst zu machen, was sie selbst zur Bekämpfung von HIV/AIDS beitragen können. In Regionen, in denen der Anteil an niedrigem Bildungsstatus sehr hoch ist, reicht es nicht aus, den Blick für das große Ganze anzusprechen, sondern eher das, was die Bürger persönlich betrifft, nämlich ihren überschaubaren Lebensausschnitt. Das muss das Ziel aller Bemühungen sein, wie es ein von uns befragter Experte im Rahmen eines von uns geführten Interviews betont hat. Der Fokus ist auf Leuchtturmprojekte zu legen, die Beispiel für weitere Aktionen geben, welche der Lebenswirklichkeit der Bevölkerung entgegenkommen. Und auch den Betroffenen, die in solche Projekte mit eingebunden werden können, ihre Angst zu nehmen, zumal die Personaldecke für soziale Initiative erfahrungsgemäß dünn besetzt ist. Hier kann etwas für die erfolgreiche Bekämpfung von HIV/AIDS weltweit getan werden.

## Literatur

### Global

UN 2000, Millenniumsdeklaration, verfügbar unter:

[www.un.org/millennium/declaration/ares552e.pdf](http://www.un.org/millennium/declaration/ares552e.pdf)

UNAIDS 2011, Overview brochure on 2011 High Level Meeting on AIDS, verfügbar unter:

[http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2011/20110204\\_HLM\\_Brochure\\_en.pdf](http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2011/20110204_HLM_Brochure_en.pdf)

Avert, HIV & AIDS History, verfügbar unter: <http://www.avert.org/hiv-aids-history.htm>

Global Funds, 2011: Global Funds to Fight AIDS, Tuberculosis, and Malaria; verfügbar unter [www.theglobalfund.org](http://www.theglobalfund.org); abgerufen am 10.09.2011

„Der Bericht zur Wirklichkeit der Entwicklungshilfe“. 11. Bericht erschienen 2003. 18. Bericht erschienen 2010. Herausgegeben von der Welthungerhilfe und terre des hommes; verfügbar unter [www.welthungerhilfe.de](http://www.welthungerhilfe.de)

## **Südafrika**

Ahmed, N., Flisher, A. J., Mathews, C., Mukoma, W. & Jansen, S. (2009). HIV education in South African schools: The dilemma and conflicts of educators. *Scandinavian Journal of Public Health* 37 (Suppl 2): 48-54, doi:10.1177/1403494808097190

Auvert, B., Taljaard, D., Lagarde, E., Sobngwi-Tambekou, J., Sitta, R. & Puren, A. (2005). Randomized, Controlled Intervention Trial of Male Circumcision for Reduction of HIV Infection Risk: The ANRS 1265 Trial. *PLoS Medicine* 2(11):e298.doi:10.1371/journal.pmed.0020298

AVERTing HIV and AIDS. (2011). HIV and AIDS in South Africa. Zugriff am 15. Februar 2011 unter <http://www.avert.org/aidssouthafrica.htm>

Friedman, S. R. & O'Reilly, K. R. (1997). Sociocultural interventions at the community level. *AIDS* 11 (suppl A): 201-208.

Government of South Africa.(2007). HIV and AIDS and STI Strategic Plan for South Africa, 2007-2011. Zugriff am 16. Februar 2011 unter <http://www.info.gov.za/otherdocs/2007/aidsplan2007/index.html>

Harrison, A., Newell, M.-L., Imrie, J. & Hoddinott, G. (2010). HIV prevention for South African youth: which interventions work? A systematic review of current evidence. *BMC Public Health* 10:102. Zugriff am 15. Februar 2011 unter <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/10/102>

Hayes, R. J. (2008). Prevention of HIV in young people in Africa. *British Medical Journal* 337:a743.  
Human Sciences Research Council. (2009). South African National HIV Prevalence, Incidence, Behaviour and Communication Survey, 2008: A Turning Tide Among Teenagers? Zugriff am 15. Februar 2011 unter <http://www.hsrb.ac.za/Document-3239.phtml>

IRIN/PlusNews - Global HIV/AIDS news and analysis. (2008). South Africa: Sex education - the ugly stepchild in teacher training. Zugriff am 16. Februar 2011 unter <http://www.plusnews.org/Report.aspx?ReportId=78357>

Jewkes, R., Nduna, M., Levin, J., Jama, N., Dunkle, K., Puren, A. & Duvvury, N. (2008). Impact of Stepping Stones on incidence of HIV and HSV-2 and sexual behaviour in rural South Africa: cluster randomised controlled trial. *British Medical Journal* 337: a506. doi: 10.1136/bmj.a506

Jewkes, R., Nduna, M., Levin, J., Jama, N., Dunkle, K., Khuzwayo, N., Koss, M., Puren, A., Wood, K. & Duvvury, N. (2006). A cluster randomised controlled trial to determine the effectiveness of Stepping Stones in preventing HIV infections and promoting safer sexual behaviour amongst youth in the rural Eastern Cape, South Africa: trial design, methods and baseline findings. *Tropical Medicine and International Health* 11 (1): 3-16.

Jaffe, H. W. (2009). Increasing knowledge of HIV infection status through opt-out HIV testing. *Journal of Bioethical Inquiry* 6(2): 229-233. doi:10.1007/s11673-009-9147-4

Karthe, D. & Stähle, M. (2010). Gesundheit und Entwicklung: Südafrika und Burkina Faso im Vergleich. *Diercke360° - Diercke Weltatlas Magazin*. Zugriff am 15. Februar 2011 unter [http://www.westermann.at/download/360grad/Suedafrika\\_Gesundheit\\_Entwicklung.pdf](http://www.westermann.at/download/360grad/Suedafrika_Gesundheit_Entwicklung.pdf)

Lloyd, C. (2007). *The Role of Schools in Promoting Sexual and Reproductive Health among Adolescents in Developing Countries*. New York: Population Council Working Paper No. 6; 2007.

Miriam Mannak - Inter Press Service (2009). Bringing HIV Testing Where It's Needed. Zugriff am 15. Februar unter <http://ipsnews.net/news.asp?idnews=46418>

Mukoma, W., Flisher, A. J., Ahmed, Shahieda Jansen, A., Mathews, C., Klepp, K.-I. & Schaalma, H. (2009). Process evaluation of a school-based HIV/AIDS intervention in South Africa. *Scandinavian Journal of Public Health* 37(Supplement 2): 37-47.

National Department of Health, South Africa; National AIDS Council. (2010). Clinical guidelines: PMTCT (Prevention of Mother-to-Child Transmission). Zugriff am 16. Februar 2011 unter <http://www.doh.gov.za/docs/facts-f.html>

National Department of Health, South Africa (2008). Policy and guidelines for the implementation of the PMTCT programme. Zugriff am 16. Februar 2011 unter <http://www.doh.gov.za/docs/policy-f.html>

Peltzer, K., Matseke, G., Mzolo, T. & Majaja, M. (2009). Determinants of knowledge of HIV status in South Africa: results from a population-based HIV survey. *BMC Public Health* 9: 174.  
doi:10.1186/1471-2458-9-174

Rehle, T., Shisana, O., Pillay, V., Zuma, K., Puren, A. & Parker, W. (2007). National HIV incidence measures – new insights into the South African epidemic. *South African Medical Journal* 97: 194-199.

Republic of South Africa.(2008). Progress report on declaration of commitment on HIV and AIDS.Zugriff am 16. Februar 2011 unter [http://data.unaids.org/pub/Report/2008/south\\_africa\\_2008\\_country\\_progress\\_report\\_en.pdf](http://data.unaids.org/pub/Report/2008/south_africa_2008_country_progress_report_en.pdf)

SANAC. (2010). National Strategic Plan 2007-2011: Mid Term Review 2010. Zugriff am 15. Februar 2011 unter [http://www.sanac.org.za/Resources\\_Documents.php](http://www.sanac.org.za/Resources_Documents.php)

UNAIDS. (2010). UNAIDS report on the global AIDS epidemic. Zugriff am 15. Februar 2011 unter [http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2010/2010123\\_globalreport\\_en.pdf](http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2010/2010123_globalreport_en.pdf)

UNAIDS. (2008). Report on the global AIDS epidemic. Zugriff am 17. Februar 2011 unter [http://data.unaids.org/pub/GlobalReport/2008/jc1511\\_gr08\\_executivesummary\\_en.pdf](http://data.unaids.org/pub/GlobalReport/2008/jc1511_gr08_executivesummary_en.pdf)

WHO/UNAIDS/UNICEF. (2010). Towards Universal Access: Scaling up priority HIV/AIDS interventions in the health sector.Zugriff am 16. Februar 2011 unter <http://www.who.int/hiv/pub/2010progressreport/report/en/index.html>

Williams, B. G., Lloyd-Smith, J. O., Gouws, E., Hankins, C., Getz, W. M., Hargrove, J., de Zoysa, I., Dye, C. & Avert, B. <http://www.plosmedicine.org/article/info:doi/10.1371/journal.pmed.0030262-aff7> (2006). The Potential Impact of Male Circumcision on HIV in Sub-Saharan Africa. *PLoS Medicine* 3(7): e262.doi:10.1371/journal.pmed.0030262

## Swaziland

What is driving the HIV/AIDS epidemic in Swaziland and what more can we do about it? - A.

Whiteside, A. Hickey, N. Ngcobo, J. Tomlinson, 2003

Integrated Regional Information Networks (IRIN), Swaziland: A culture that encourages HIV/AIDS, 15

April 2009, verfügbar unter: <http://www.unhcr.org/refworld/docid/49e6ef2dc.html>

Mallory Saleson, World Bank South Africa: Fighting against the odds in Swaziland, 31. Januar 2008,

verfügbar unter <http://go.worldbank.org/4CVVJU4KX0>

Government of the Kingdom of Swaziland: Monitoring the Declaration of Commitment on HIV/AIDS (UNGASS), Swaziland Country Report, Januar 2008

BBC: Swazi King Sex Ban, 17. September 2001, verfügbar unter:

<http://news.bbc.co.uk/2/hi/africa/1548822.stm>

The Global Fund, Website mit aktuellen Zahlen zu ARV-Patienten in Swaziland:

<http://portfolio.theglobalfund.org/Country/Index/SWZ?lang=en>

S. Naysmith, A. Whiteside, & A. Whalley: Rethinking Swaziland's HIV/AIDS epidemic – The Need For Urgent Interventions, Canadian Journal of Public Health 99, 2008

A. Whiteside, A. Whalley, & S. Naysmith: Reviewing 'Emergencies' for Swaziland - Shifting the Paradigm in a New Era, 2007

Z. Dawson, Times of Swaziland: Derek von Wissell is a national Hero, 14. August 2010, verfügbar

unter: <http://www.times.co.sz/index.php?news=19600>

D. von Wissell, veröffentlicht in Times of Swaziland: Problems Swaziland faces, Juni 2007, verfügbar

unter: <http://www.swazitc.com/Swaz/swzPROB.html>

Epidemiological Fact Sheet on HIV and AIDS, Swaziland, 2008 Update

Swazi Observer, Muhle on Weekend: Swaziland HIV Incidence Measurement Survey, 04. December 2010, verfügbar unter: <http://www.observer.org.sz/index.php?news=18518>

## Thailand

*Thailand Country Review*. (2011). Abgerufen am 24. 04 2011 von The Evidence to Action HIV and AIDS Data Hub: <http://aidsdatahub.org/en/country-profiles/thailand>

Ainsworth, M., Beyrer, C., & Soucat, A. (2003). AIDS and public policy: the lessons and challenges of 'success' in Thailand. *Health Policy*, 64(1): 13-37.

Médecins Sans Frontières . (2007). *Untangling the web of price reductions*.

MOPH Thailand. (2008). *The Asian Epidemic Model (AEM), Projections for HIV/AIDS in Thailand: 2005-2025*.

MOPH Thailand. (2009). Overview of the HIV Epidemic and the national HIV/AIDS surveillance. *Präsentation beim zweiten globalen HIV/AIDS Ssurveillance Meeting*.

MOPH Thailand, WHO. (2005). *External Review of the Health Sector Response to HIV/AIDS in Thailand*.

NAPAC. (2010). *UNGASS Country Progress Report Thailand*.

NESDB. (2010). *Thailand Millenium Development Goals Report 2009*.

Rojanapithayakorn, W., & Hanenberg, R. (1996). The 100% condom program in Thailand. *AIDS*, 10(1): 1-7.

Ruxrungtham, K., Brown, T., & Phanuphak, P. (2004). HIV/AIDS in Asia. *Lancet*, 364(9428): 69-82.

Sittitjai, W., Phanuphak, P., Barry, J., & Brown, T. (1992). Thai sexual behavior and risk of HIV infection: a report of the 1990 survey of partner relations and risk of HIV infection in Thailand. (T. R. Program on AIDS, Hrsg.)

UNAIDS. (2010). *Global report: UNAIDS report on the global AIDS epidemic 2010*.

UNAIDS, MOPH Thailand. (2000). *Evaluation of the 100% Condom Programme in Thailand*.

UNDP. (2004). *Thailand's Response to HIV/AIDS: Progress and Challenges*.

van Griensven, F., Thanprasertsuk, S., Jommaroeng, R., Mansergh, G., Naorat, S., Jenkins, R. A., et al. (2005). Evidence of a previously undocumented epidemic of HIV infection among men who have sex with men in Bangkok, Thailand. *AIDS*.

Weniger, B. G., Limpakarnjanarat, K., Ungchusak, K., Thanprasertsuk, S., Choopanya, K., Vanichseni, S., et al. (1991). The epidemiology of HIV infection and AIDS in Thailand. *AIDS, 5 Supplement 2: S71-85*.

WHO. (2010). *HIV/AIDS in the South-East Asia Region*.

WHO, GHWA. (2010). *Will we achieve universal access to HIV/AIDS services with the health workforce we have? A snapshot from five countries*.

WHO, UNAIDS, UNICEF. (2010). *Towards Universal Access: Scaling up HIV/AIDS interventions in the health sector*.

## **Vietnam**

[www.unaids.org.vn](http://www.unaids.org.vn)

Duong LB: Commitment for Action, Assessing Leadership for Confronting the HIV/AIDS Epidemic Across Asia, Focus on Viet Nam, Jan 2005

Anh HT, Phuong DT, Huong NT, & Tu BT: Assessing the Vietnam situation: HIV/Aids communication in context, Nov 2002

Koster, P: HIV/AIDS in Vietnam: inventory research on (intended) Action Programmes on HIV/AIDS in Vietnam. KatholiekeUniversiteit Nijmegen. DerdeWereld Centrum, 1993

Ha PN, Pharris A, Huong NT, Chuc NTK, Brugha R, & Thorson A: The evolution of HIV policy in Vietnam: from punitive control measures to a more rights-based approach, *Global Health Action* 2010, 3: 4625 – DOI: 10.3402/gha.v3i0.4625

Pharris A, Chuc NTK, Tishelman C, Brugha R, Hoa NP, et al. (2011) Expanding HIV Testing Efforts in Concentrated Epidemic Settings: A Population-Based Survey from Rural Vietnam. *PLoS ONE* 6(1): e16017. doi:10.1371/journal.pone.0016017

De Loenzien M: Implementation of a continuum of care for people living with HIV/AIDS in Hanoi (Vietnam). *Sante*. 2009 Jul-Sep; 19(3): 141-8

Fourth Country Progress Report on Following up on the Declaration of Commitment on HIV/AIDS (UNGASS), 2010

Nguyen LT, Christoffersen SV, & Rasch V: Uptake of prenatal HIV testing in HaiPhong Province, Vietnam; *Asia Pac J Public Health*. 2010 Oct; 22(4): 451-9.

MOH, 2004: National Strategy on HIV/AIDS prevention and control in Viet Nam till 2010 with a vision to 2020

UNAIDS, 2009: AIDS-an epidemic update