

## Entwicklungspolitische Diskussionstage 2003

- Auszug aus der Dokumentation – Die vollständige Publikation kann beim SLE bezogen werden (Adresse unter [www.berlinerseminar.de](http://www.berlinerseminar.de))

### Vorwort

In der Woche vom 07. bis 11. April 2003 fanden die mittlerweile dritten Entwicklungspolitischen Diskussionstage statt, auch diesmal gemeinsam vom Seminar für Ländliche Entwicklung (SLE) und dem Studienwerk der Heinrich-Böll-Stiftung (HBS) organisiert. Referiert und diskutiert wurde zu den folgenden, weitgehend hochaktuellen Themen:

- Drogenbekämpfung und Alternative Entwicklung
- Auswirkungen des 11.09.2001 auf die Entwicklungszusammenarbeit
- Mainstreaming HIV / AIDS in der Entwicklungszusammenarbeit
- Krisenprävention und Konfliktbearbeitung – eine Zwischenbilanz

Die gut besuchten Veranstaltungen boten eine hervorragende Gelegenheit für den Austausch zwischen Wissenschaft und entwicklungspolitischer Praxis. Die ReferentInnen aus unterschiedlichen Organisationen und Fachrichtungen, wie auch die zahlreichen Publikumsfragen gaben viele Anstöße zu weiterführenden Debatten. In diesem Heft, gedacht nicht nur als kleiner Dank an die Vortragenden, sondern auch als Informationsmöglichkeit für eine breite Fachöffentlichkeit, sind die Referentenbeiträge dokumentiert und durch kurze thematische Einführungen sowie Zusammenfassungen der Diskussion umrahmt.

TeilnehmerInnen des 41. Lehrgangs des SLE haben, zum Teil gemeinsam mit Stipendiaten des Studienwerks, die Diskussionstage vorbereitet und moderiert. Die Veranstaltung ist ein fester Bestandteil des Ausbildungsprogramms am SLE. Die HBS stellte den logistischen und finanziellen Rahmen.

Wir bedanken uns herzlich bei allen ReferentInnen wie auch bei allen, die für einen reibungslosen Ablauf der Veranstaltung gesorgt haben.

Dr. Karin Fiege

Seminar für Ländliche  
Entwicklung (SLE)

Kerstin Kippenhan

Studienwerk der Heinrich-  
Böll-Stiftung

## **Mainstreaming HIV / AIDS in der Entwicklungszusammenarbeit**

### **Einführung**

Weltweit sind mehr als 42 Mio. Menschen mit HIV infiziert. Allein im Jahr 2002 kamen 5 Mio. neue Infektionen hinzu. Die am stärksten betroffene Region ist das südliche Afrika, wo 29,4 Mio. Menschen mit HIV/AIDS leben. Die Staaten Osteuropas und der Russischen Föderation haben nach neuesten Schätzungen in den letzten Jahren die weltweit höchsten HIV-Zuwachsraten. UNAIDS schätzt die Zahl der HIV-Infizierten in der Region, einschließlich Zentralasien, auf 1 Mio. Menschen im Jahr 2001. Während die Mehrzahl der Infektionen auf den Gebrauch infizierter Spritzen zurück zu führen ist, steigt die Anzahl der sexuell übertragenen Fälle. Ein verstärktes Ausbreiten der Pandemie in der übrigen Bevölkerung ist festzustellen.

Trotz zahlreicher entwicklungspolitischer Maßnahmen werden die Auswirkungen der HIV/AIDS-Pandemie auf die Entwicklungsländer als dramatisch angesehen. Organisationen wie UNAIDS und die Weltbank bezeichnen Aids als "Entwicklungshemmnis" für die Entwicklungsländer. Begründet wird diese Feststellung damit, dass nicht nur die Gesundheit der HIV/AIDS-infizierten Menschen betroffen ist, sondern die Gesellschaften als Ganzes in ihrer sozialen, wirtschaftlichen und ökologischen Verfassung bedroht sind.

Die Mainstreaming Sonderinitiative des BMZ bezieht alle deutschen Entwicklungsorganisationen mit ein. Ein multisektoraler Ansatz zur Bekämpfung von AIDS wird für sinnvoll erachtet. Durch die Bündelung verschiedenster Kräfte hofft man Synergieeffekte für die HIV-Prävention sowie die Abmilderung der Folgen nutzen zu können.

Die GTZ verfolgt dementsprechend seit 1999 das Ziel, HIV/AIDS als Querschnittsthema in der Entwicklungszusammenarbeit zu etablieren. Dabei stützt man sich auf Erfahrungen mit besonders erfolgreichen Strategien in Uganda und Tansania, wo auf allen politischen Ebenen die HIV/AIDS-Bekämpfung Unterstützung findet. Neben der engen Zusammenarbeit verschiedenster Sektoren, verfolgt die GTZ eine bessere Verankerung der HIV/AIDS-Problematik innerhalb der eigenen Organisation und ihrer Partnerorganisationen.

Im Juni 2001 verweigerte der Vatikan aus moralischen Gründen eine Unterstützung der „Declaration of the Commitment on HIV/AIDS“ der Vereinten Nationen. Folgerichtig verurteilt die römisch-katholische Kirche offiziell jeglichen Gebrauch von Kondomen – sowohl zur Vermeidung von Infektionen durch sexuell übertragbare Krankheiten als auch zur Verhütung von Schwangerschaften.

Protestantische Kirchen beklagen hingegen, dass sich ihre Partnerkirchen im südlichen Afrika dem Problem nur zögerlich und mit Vorbehalten näherten. Tabuisierung sei dort nach wie vor eines der Haupthindernisse einer wirksamen Bekämpfung. Aber

auch die Russisch Orthodoxe Kirche tabuisiert HIV/AIDS noch weitgehend. So werden Problemgruppen wie Jugendliche, Homosexuelle, Drogenkonsumenten und Prostituierte meist nicht angesprochen. In einigen Ländern haben die Kirchen allerdings einen erheblichen Teil zur Aufklärung und Betreuung von Menschen mit HIV/AIDS beigetragen. Der Weltkirchenrat in Genf spricht sogar von einem radikalen Umdenkungsprozess der Kirchen in den letzten Jahren. Während AIDS früher als gottgewollte Strafe dargestellt wurde, würden die Kirchen nun zunehmend alle verfügbaren Methoden zur erfolgreichen Eindämmung der Seuche unterstützen.

Sozialwissenschaftler äußern Kritik an der mangelnden systematischen Beachtung und Einbeziehung kultureller Faktoren und sozialer Probleme im Zusammenhang mit HIV/AIDS. Dabei könnten aus dem spezifischen lokalen Kontext heraus wichtige Beiträge zum Verständnis des Umgangs mit AIDS und zu einer effektiveren Prävention geleistet werden.

Angesichts der aktuellen Bestrebungen hin zu einem Mainstreaming von HIV/AIDS innerhalb der EZ stellen sich vor diesem Hintergrund besonders folgende Fragen:

- Inwieweit können kulturelle Unterschiede und Einflussfaktoren Beachtung in EZ-Maßnahmen finden?
- Wie können Erkenntnisse aus der einen Region für andere Regionen zugänglich und übertragbar gemacht werden?
- Besteht die Gefahr, dass nach einem Mainstreaming lokal fokussierte und angepasste Ansätze wie die Einbindung des traditionellen Gesundheitssektors und auf den lokalen Kontext abgestimmte spezielle Präventionsprogramme an Schlagkraft einbüßen?

## **Mainstreaming HIV/AIDS in der deutschen Entwicklungszusammenarbeit: Beispiele aus der Praxis der GTZ**

*von Myriam Vuckovic, GTZ*

### **Hintergrund**

AIDS ist weltweit eines der größten Hindernisse für die friedliche Entwicklung der Staatengemeinschaft, und ein Ende der Epidemie ist noch lange nicht in Sicht. Die HIV/AIDS-Epidemie hat sich vor allem in vielen Teilen Afrikas, aber auch in Ländern Asiens und Lateinamerikas sowie in Teilen Osteuropas in den letzten Jahren zu einer bedrohlichen Entwicklungskrise ausgeweitet. Die zunehmende Verbreitung der Epidemie ist mit dafür verantwortlich, dass viele Entwicklungserfolge der vergangenen Jahrzehnte zunichte gemacht werden und sich die Lebenssituation insbesondere armer Menschen immer weiter verschlechtert.

Voraussetzung für den Erfolg im Kampf gegen HIV/AIDS sind - abgesehen von politischem Willen der Verantwortlichen - langjährige, kontinuierliche und sektorübergreifende Präventionsmaßnahmen in Zusammenarbeit mit allen Beteiligten. Dazu zählen nicht nur die Regierung und Verwaltung eines Landes, sondern auch Vertreter der Zivilgesellschaft wie Nichtregierungsorganisationen und traditionelle Autoritäten sowie Menschen, die mit HIV/AIDS leben. Die Behandlung von Infizierten, Maßnahmen zur Verringerung der Anfälligkeit besonders gefährdeter Bevölkerungsgruppen und zur Überwindung der Stigmatisierung von Menschen, die mit HIV/AIDS leben, sowie die Minderung der sozialen und wirtschaftlichen Folgen von HIV/AIDS gehören ebenfalls zu den von UNAIDS propagierten Strategien einer weltweiten HIV/AIDS-Bekämpfung.

Die deutsche Regierung unterstützt diese Strategien sowohl durch Projekte und Programme bilateraler und multilateraler Art, als auch durch die Integration der HIV/AIDS-Bekämpfung in den Instrumentarien der deutschen Durchführungsorganisationen. Die Verankerung der HIV/AIDS-Bekämpfung in den Strategien und Zielen der Entwicklungszusammenarbeit, das sogenannte „Mainstreaming“, ist mittlerweile überall dort eine politische Priorität, wo das Ausmaß und die Entwicklung der Epidemie zu einer gesamtgesellschaftlichen Bedrohung geworden sind oder zu werden drohen (Faehrmann / Katzan:2003).

Die GTZ hat in den vergangenen Jahren beispielhafte multi-sektorale Ansätze entwickelt und Konzeptionsarbeit für das Mainstreaming von HIV/AIDS im Rahmen der Technischen Zusammenarbeit geleistet. Mit diesem Jahr ist eine **HIV/AIDS-Policy für GTZ-Personal** eingeführt und die Entwicklung und Umsetzung einer HIV/AIDS-Strategie für alle GTZ-Länderbüros in Afrika verbindlich geworden. Die GTZ versteht unter Mainstreaming eine Aufgabe, die darauf abzielt, die **HIV/AIDS-Bekämpfung** auf den verschiedenen Ebenen sektor-übergreifend und **in den Kernaufgaben einzelner Sektoren**, Institutionen oder Akteure zu **verankern** (UN AIDS / GTZ: 2002).

Dieses Mainstreaming-Verständnis geht bewusst über eine Integration der HIV/AIDS-Thematik und spezifischer Interventionen in Bereiche außerhalb des Gesundheitssektors hinaus.

### Definition

*Mainstreaming HIV/AIDS ist der Prozess, durch den eine Institution (Organisation, Programm, Projekt) das Thema HIV/AIDS systematisch und adäquat in sein Mandat und seine Aktivitäten einbaut.*

Mainstreaming kann auf verschiedenen Ebenen und in verschiedenen Zusammenhängen stattfinden. Im folgenden sollen zwei Beispiele näher vorgestellt werden: Die Sonderinitiative Mainstreaming AIDS in der Deutschen Entwicklungszusammenarbeit (SIMA) und die Mainstreaming-Erfahrungen innerhalb der GTZ in den Ländern Afrikas südlich der Sahara.

## **1. Sonderinitiative Mainstreaming AIDS in der Deutschen Entwicklungszusammenarbeit (SIMA)**

Die Sonderinitiative „Mainstreaming AIDS in der Deutschen Entwicklungszusammenarbeit“ (SIMA) wurde auf Initiative des Bundesministeriums für Wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (BMZ, Referat 415) im Februar 2001 ins Leben gerufen. Ziel der Initiative ist es, die Verankerung des Themas HIV/AIDS als Querschnittsthema in der deutschen Entwicklungszusammenarbeit voranzutreiben, eine Plattform zum Austausch von Erfahrungen und Kooperationen in der deutschen HIV/AIDS Arbeit einzurichten, und eine Umsetzung dieses Wissens herbeizuführen bzw. zu fördern.

Das Sekretariat der SIMA ist Teil des überregionalen Sektorprojektes „AIDS-Bekämpfung in Entwicklungsländern“ des BMZ, welches von der GTZ durchgeführt wird. Den Kern der Initiative bilden zur Zeit die fünf staatlichen Durchführungsorganisationen: Deutscher Entwicklungsdienst (DED), Centrum für internationale Migration und Entwicklung (CIM), Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit, GmbH (GTZ), Internationale Weiterbildung und Entwicklung, GmbH (InWent, ehemals CDG und DSE) und die Kreditanstalt für Wiederaufbau (KfW, inkl. DEG). Das Sekretariat pflegt jedoch auch intensive Kontakte zu den politischen Stiftungen und nicht-staatlichen Organisationen.

Der Umsetzungsprozess umfasst Aktivitäten auf verschiedenen Ebenen und zielt sowohl auf die Information der Mitarbeiter/innen, als auch auf die Identifizierung von sinnvollen und strukturierten Verankerungsmöglichkeiten des Themas innerhalb der Organisationen:

- Vernetzung verschiedener Organisationen auf Arbeitsebene;
- Vernetzung der Organisationen auf Entscheidungs-/Regionalebene in den deutschen Zentralen, einschließlich BMZ;

- in ausgewählten Entwicklungsländern Förderung von Synergieeffekten zwischen den deutschen Organisationen vor Ort (und von aus deutschen Mitteln finanzierten Aktivitäten).

Durch den regelmäßigen Austausch von Erfahrungen und die Netzwerkbildung sollen Synergien zwischen den Organisationen gefördert werden. Die Planung und Implementierung von Mainstreaming Strategien und Aktivitäten, das Einbringen von deutschen EZ Erfahrungen auf nationaler und internationaler Ebene, sowie die Dokumentation, das Monitoring und die Evaluierung von Mainstreaming-Erfahrungen gehören ebenfalls zu den Aufgaben der Initiative.

Nachdem in der Vergangenheit eine Bestandsaufnahme von Mainstreaming-AIDS - Aktivitäten in staatlichen Organisationen, NRO und politischen Stiftungen durchgeführt und ein umfassendes Kontaktnetz aufgebaut wurde, stehen für 2003 u.a. folgende Aktivitäten auf dem Programm der SIMA:

- Reguläre Treffen der staatlichen EZ Organisationen;
- Länderanalysen in 2-3 afrikanischen Ländern, in denen modellhaft Strategien des „Mainstreaming AIDS“ entwickelt werden (u.a. Burkina Faso, Tansania);
- Einrichtung einer SIMA - Home Page;
- Auswertung und Weiterentwicklung der Vorbereitungsangebote für ausreisende Mitarbeiter;
- Durchführung gemeinsamer Veranstaltungen, z.B. Fachseminare (Multisektoraler Ansatz, Arbeitsplatzprogramme, Therapie, etc.) und zum Welt-AIDS Tag).

Nach nunmehr zwei Jahren SIMA gibt es Positives zu berichten: Durch regelmäßige Treffen und gemeinsame Veranstaltungen ist der fachliche Austausch zum Thema Mainstreaming zwischen den Durchführungsorganisationen einfacher und intensiver geworden. Bereits bestehende Kooperationen wurden verstärkt und neue geknüpft. Durch Fachvorträge zum Thema Mainstreaming AIDS in verschiedenen Organisationen (CIM, DED, FNS, FU Berlin, InWent) und die Teilnahme an diversen HIV/AIDS-Veranstaltungen (z.B. Bad Boll, Aktionsbündnis gegen AIDS) hat das SIMA-Sekretariat zur HIV/AIDS-Sensibilisierung beigetragen und das Anliegen der Initiative deutschlandweit bekannt gemacht. Das bisher aufgebaute Kontaktnetz umfasst über dreißig deutsche Organisationen mit EZ-Mandat.

## **2. Mainstreaming AIDS in den Außenstrukturen der GTZ in Afrika**

Nirgendwo auf der Welt hat die HIV/AIDS-Pandemie so erschreckende Ausmaße angenommen wie in Afrika südlich der Sahara. Laut den Schätzungen von UNAIDS leben in dieser Region 30 Millionen Menschen mit dem Virus, 90 % von ihnen wissen jedoch nicht, dass sie infiziert sind. Allein im vergangenen Jahr haben sich dreiein

halb Millionen Menschen neu mit HIV infiziert, zwei Millionen Frauen, Männer und Kinder sind an AIDS gestorben. Nur 1 % der Erkrankten hat Zugang zu Medikamenten, die das Leben mit der Krankheit erleichtern oder gar verlängern können. Entgegen allen Hoffnungen hat die Epidemie bisher keineswegs ihren Höhepunkt erreicht, sondern breitet sich selbst in Hochprävalenzländern wie Botswana oder Südafrika immer weiter aus. In manchen Regionen des südlichen Afrikas sind bereits 40 % aller schwangeren Frauen mit dem HI-Virus infiziert (UNAIDS:2002).

Die komplexen **Folgen von HIV/AIDS** betreffen Individuen genauso wie Familien, Unternehmen, Gemeinden, Regionen und ganze Staaten. Die WHO-Kommission zu Volkswirtschaft und Gesundheit (CMH) schätzt, dass allein aufgrund der AIDS Epidemie das jährliche Wirtschaftswachstum im südlichen Afrika um mehrere Prozentpunkte sinken wird. Da es sich bei den Opfern der Krankheit hauptsächlich um wirtschaftlich aktive junge Menschen handelt, gehen durch AIDS zwischen 11,7 % (konservative Schätzung) und 35,1 % des BSP südlich der Sahara verloren (Sachs / Jeffrey et al. 2001:31f.). HIV/AIDS betrifft zunehmend auch Privatunternehmen in Afrika. Über unzählige Einzelschicksale hinaus führt die Pandemie zu Produktivitäts- und Gewinnverlusten und dadurch zu einem deutlichen Rückgang der Investitionen im südlichen Afrika (Sachs / Jeffrey et al. 2001:39).

Neben der Wirtschaft wirkt sich die Seuche auch auf das gesellschaftliche und vor allem das Familienleben aus. Die psychologischen und finanziellen Folgen von AIDS sind verheerend und beeinflussen nicht nur das Leben der Menschen heute, sondern auch die Chancen zukünftiger Generationen. Tod und Krankheit führen vor allem in vielen Gemeinschaften des südlichen Afrikas zu Diskriminierung, Verarmung, Hunger, dem Verlust von kulturellen Werten und der Weitergabe von Wissen zwischen den Generationen. Im Jahre 2010 wird es weltweit schätzungsweise 42 Millionen AIDS-Waisen geben. Die meisten dieser Kinder werden weder von ihren Familien noch von ihren Gemeinden die nötige Erziehung und Unterstützung erhalten, um zu verantwortungsvollen und produktiven Mitglieder ihrer Gesellschaft heranzuwachsen. Viele von ihnen werden ihre Schulbildung abbrechen müssen um mit ihrer Arbeitskraft die Familie zu unterstützen. Viele andere werden in die Kriminalität abrutschen, militaristischen Organisationen beitreten oder auf andere Weise zur politischen und sozialen Instabilität ihrer Länder beitragen (Kassalow 2001).

Ihre menschlichen und wirtschaftlichen Folgen machen die HIV/AIDS Epidemie zu einer beispiellosen Katastrophe, der ohne Beteiligung aller Länder und aller Akteure nicht beizukommen ist. Ohne erfolgreiche Bekämpfung von HIV/AIDS ist eine nachhaltige Entwicklung ausgeschlossen. Vor dem Hintergrund der Erkenntnis dass AIDS in Afrika den Erfolg jeglicher Entwicklungsbemühungen zunichte zu machen droht, hat die GTZ Anfang dieses Jahres beschlossen, HIV/AIDS-Bekämpfung in allen Sektoren, Projekten und Programmen in Afrika verbindlich zu machen. Dazu gehört auch, dass für alle GTZ Mitarbeiter HIV/AIDS Arbeitsplatzprogramme implementiert werden.

## **Der Mainstreaming Prozess**

In den kommenden Monaten werden nun in allen afrikanischen Schwerpunkt- und Partnerländern Ländern Mainstreaming Focal Persons ernannt, die zusammen mit den Projekten und Programmen vor Ort landesspezifische Mainstreaming-Pläne erarbeiten. Am Anfang des Mainstreaming-Prozesses stehen vier Leitfragen:

- Wie wirkt sich HIV/AIDS auf den Sektor/das Projekt/Programm aus, seine Ziele, Strategien, Aktivitäten, Strukturen und Ressourcen?
- Fördert der Sektor/das Projekt/Programm direkt oder indirekt die Ausbreitung von HIV/AIDS?
- Welche Möglichkeiten hat der Sektor/das Projekt/Programm, zur Eindämmung der Ausbreitung bzw. Abschwächung der Auswirkungen von HIV/AIDS beizutragen?
- Ist eine Modifikation von Zielen, Strategien, Aktivitäten, Strukturen und Ressourcen im Hinblick auf HIV/AIDS nötig?

In einigen Ländern Afrikas, so zum Beispiel in Tansania und Südafrika, verfügt die GTZ bereits über erste Mainstreaming Erfahrungen:

### **Mainstreaming AIDS am Beispiel Tansanias**

- 11 Projekte/Programme in verschiedenen Sektoren (u.a. Gesundheit und Schutz natürlicher Ressourcen) mit 99 nationalen Mitarbeitern;
- alle GTZ-Projekte in Tansania sind dazu angehalten, 3 % ihres Budgets für HIV/AIDS-Aktivitäten zu verwenden;
- Fokussierung auf Prävention und Minderung gesundheitlicher und sozialer Folgen;
- jedes GTZ Projekt entwickelt seine eigene HIV/AIDS-Strategie;
- systematische Einbeziehung von technischer GTZ-Expertise im Land;
- Ernennung einer/eines AIDS-Beauftragten;
- Aktivitäten: z.B. Marketing von Kondomen, IEC, Sensibilisierungs-Kampagnen;
- Implementierung eines Arbeitsplatzprogramms für GTZ-Mitarbeiter (Mai 2003);

### **Mainstreaming AIDS am Beispiel Südafrikas**

80% aller Projekte haben bereits HIV/AIDS-Aktivitäten in ihre Arbeit integriert. Jedes GTZ-Projekt entwickelt seine eigene HIV/AIDS-Strategie. Ein lokaler Experte wird von allen Projekten gemeinsam finanziert und unterstützt zusammen mit einer GTZ-Arbeitsgruppe den Mainstreaming-Prozess, Integration in die Projektplanung (auf Ergebnis- und Aktivitätenebene), nicht nur „add-on“ oder „stand-alone activities“ (Beispiel: Ländliche Entwicklung): Große Vielfalt von HIV/AIDS Interventionen in den verschiedenen Projekten, z.B.:



- Sensibilisierungs-Workshops und andere „awareness creation activities“;
- VTC;
- Entwicklung einer GTZ HIV/AIDS Workplace Policy;
- Trainingsaktivitäten (incl. Lehrerfortbildungen, peer education etc.);
- “Home based care” – Unterstützung

## **Lessons Learned**

Erste Erfahrungen, sowohl im Rahmen der SIMA, als auch in GTZ-Projekten und Programmen in Afrika haben gezeigt, dass ein partizipatives Vorgehen und die Einbeziehung aller Beteiligten für den Erfolg des Mainstreaming-Prozesses entscheidend sind. Mainstreaming HIV/AIDS ist ein komplexer und fortschreitender Prozess, der in den Partnerländern auch von den jeweiligen politischen Rahmenbedingungen beeinflusst wird. Obwohl Mainstreaming bei genauer Analyse in den meisten Projekten/Programmen/Sektoren durchgeführt werden kann, gibt es auch einige sehr speziell ausgerichtete Projekte, die HIV/AIDS nicht wirklich integrieren können.

Um Mainstreaming erfolgreich umzusetzen, benötigen Projektmanager/innen und Mitarbeiter/innen ein fundiertes Basiswissen zu HIV/AIDS. Ohne qualifizierte Schulungen und ausreichende Informationen fühlen sich Mitarbeiter/innen leicht überfordert. Ängste in Bezug auf das Thema HIV/AIDS sind weit verbreitet; Widerstände können auftreten und müssen wahr- und aufgenommen werden. Nur durch ausreichendes Wissen lassen sich Widerstände, sowohl bei den eigenen Mitarbeiter/innen als auch bei den Partnern reduzieren.

## **„Mainstreaming“ HIV/AIDS in der Entwicklungszusammenarbeit**

*von Rolf Goldstein, Misereor*

### **Einleitung**

Die Aufgabenfelder von Misereor umfassen im Inland die entwicklungsbezogene Bildungsarbeit und das Einwirken auf gesellschaftliche Entscheidungsträger: „...den Verantwortlichen ins Gewissen reden...“ (Kardinal Frings, 1958) und in der Internationalen Zusammenarbeit die Förderung von freien gesellschaftlichen Organisationen in Entwicklungsländern, die eigenverantwortlich Entwicklungsmaßnahmen planen und durchführen, d.h. Misereor führt keine Entwicklungsprojekte in eigener Regie durch, sondern nur mit Partnern, die Projekte bei Misereor beantragen müssen.

Partner sind dabei zumeist gemeinnützige Organisationen, (häufig kirchliche, aber nicht ausschließlich), die

- in ihrem Einzugsbereich dauerhaft umfassende Entwicklungsprogramme in den unterschiedlichsten Bereichen der sozialen Entwicklung durchführen,
- eigene Fachstellen dafür unterhalten und dadurch über lange Zeiträume engen Kontakt zu Misereor haben,
- intensiven Dialog über Situationsanalyse, Projektplanung, Durchführung und Qualitätskontrolle ermöglichen.

Misereor hat keinen direkten Einfluss auf Projekte, aber es gibt eine starke Wechselwirkung zwischen Misereor und Partnern durch einen ständigen Dialog.

### **„Mainstreaming“ HIV/AIDS**

AIDS als Querschnittsaufgabe bedeutet bei Misereor, HIV/AIDS in den Blickpunkt aller Bereiche der Entwicklungsarbeit zu rücken und zu versuchen, die Auswirkungen von HIV/AIDS in allen Bereichen zu erkennen.

Dabei wird das Thema HIV/AIDS eingebaut in Analyse und Planung aller Entwicklungsvorhaben der Partnerorganisation und in die Tagesarbeit der Organisation selbst. Wichtigstes Instrument Misereors hierfür ist ein ständiger Partner-Dialog und Fachtagungen mit Partnern. Direkt HIV/AIDS-bezogene Projekte und HIV/AIDS als Querschnittsaufgabe ergänzen einander.

Die Kirche als Partnerorganisation in der Entwicklungsarbeit und im Bereich HIV/AIDS übernimmt HIV/AIDS als Querschnittsaufgabe in alle Bereiche der kirchlichen Arbeit in- und außerhalb des Entwicklungsbereichs, z.B. pastoral, durch religiös-seelsorgerische Begleitung der Betroffenen sowie den Abbau von Ausgrenzung und Stigmatisierung. Weiterhin motiviert die Kirche zu:

- Nachbarschaftshilfe

- Freiwilligenarbeit in häuslicher Krankenpflege
- Betreuung von Waisenkindern in der Gemeinschaft
- Einbezug der weit verzweigten Kommunikationsstrukturen der Kirchen:
  - Örtliche Pfarreien mit Außenstationen bis in die entlegendsten Gebiete,
  - Jugendverbände,
  - Frauenverbände,
  - berufsbezogene Verbände,
  - kirchliches Schulwesen,
  - kirchliches Gesundheitswesen,
  - von den Kirchen betriebene Medien: Radio, Presse, z.T. Video- und Fernsehproduktionen, Fachpublikationen (z.B. Südafrikanische Bischofskonferenz: „Perilous Complacency, A Contemporary Survey of Workplace HIV/AIDS Policies and Practices in South Africa, Kapstadt, Juli 2002).

Innerkirchlich fördert die Kirche das Thema HIV/AIDS als Querschnittsaufgabe durch eine Vielzahl von Seminaren und Workshops für kirchliche Führungskräfte und Fachpersonal in einzelnen Ländern und überregional wie z.B. in Afrika:

- Gesamtafrikanische Fachtagungen für die Leitungsebene der nationalen Bischofskonferenzen (Kapstadt 2002, Johannesburg 2003),
- gesamtafrikanische Bischofskonferenz (Dakar 2003, 5-tägige Fachtagung),
- „Faith-Based Organisations“ (Caritas & UN-Organisationen, 5-tägige Fachtagung, Nairobi 2003).

In der Zwischenbilanz werden bei Misereor die Projekt-Teams AIDS als ein wirksames Instrument für die Querschnittsarbeit in allen Abteilungen gesehen. Fachseminare im eigenen Haus für Länder- und Projektbearbeiter zum Einbezug in wichtige Sektoren (z.B. in Ländliche Entwicklung) werden gegeben, aber die Fortführung für weitere Sektoren ist nötig. Eine „Handreiche“ zur Wahrnehmung der Querschnittsaufgabe für Länderbearbeiter ist in Vorbereitung.

Bei Dachverbänden von Partnerorganisationen ist der Dialog kein Problem, die Querschnittsforderung wird stark mitgetragen.

Bei Partnerorganisationen müssen bisherige Bemühungen in Bezug auf Umsetzung weitergeführt und verstärkt werden, die Einsicht ist weitgehend vorhanden, aber die Praxis häufig noch zu schwach (konkrete Hilfestellung beim Planen nötig). Partner, die nicht nur auf einen Sektor spezialisiert sind, sondern in einem breiten Spektrum von Sektoren arbeiten, haben die Möglichkeit, querschnittsmäßig tätig zu werden. Die Mehrzahl der Partner arbeitet in mehreren Sektoren – darin liegt hohes Potential für Misereor, in Zukunft sehr viel mehr die Querschnittsarbeit fördern zu können.

## **Einfluss der offiziellen Position der katholischen Kirche auf die Arbeit von Misereor im Bereich HIV/AIDS.**

In vielen Ländern ist die Kirche einer der wichtigsten Akteure im HIV/AIDS-Bereich, auf nationaler Ebene, in Regionen innerhalb der Länder (Diözesen, hauptsächliche Durchführungsebene), in den örtlichen Gemeinschaften, Nachbarschaften und in Elendsvierteln der Städte.

Staatliche und zwischenstaatliche Organisationen weltweit erkennen die Bedeutung von „Faith-Based Organisations“ und deren finanzielle Förderung (z.B. Global Fund Against AIDS, Tuberculosis and Malaria), die katholische Kirche ist unter den „FBO's“ fast überall stark vertreten.

Es gibt viele Stellungnahmen kirchlicher Stellen, die die katholische Kirche selbst und die Öffentlichkeit insgesamt zum Handeln im HIV/ AIDS-Bereich auffordern.

Innovatives Handeln kirchlicher Programme gibt es in vielen Bereichen, z.B. häusliche Pflege („HBC“), Abbau von Ausgrenzung, Begleitung von Kranken, Waisen- Problematik usw.

Im Bereich Aufklärung und Prävention existieren breite Programme in vielen Ländern und die Methoden der Prävention sind vielfältig. Kirchliche Stellen vor allem in Afrika entwickelten hierzu die ABCD-Faustregel:

A = Abstinence (außerhalb der Ehe)

B = Be faithful (in der Partnerschaft)

A und B ist der christliche Lebensstil. Wer diesem Stil nicht folgen will, der benutze:

C = Condom

Wer A, B und C missachtet, dem droht:

D = Death

## Die Situation in Osteuropa

von Frieder Alberth, Connect plus e.V.

### Einleitung

UNAIDS spricht von einer realen Bedrohung Osteuropas und Zentralasiens durch die Entstehung einer großen generalisierten Epidemie.

Nach Angaben von UNAIDS gehören Osteuropa und Zentralasien zu dem Gebiet mit der schnellsten Ausbreitung von HIV-Infektionen. So stieg in der Russischen Föderation im Jahr 2001 die Zahl der infizierten Menschen auf 1,2 Millionen an, in der Ukraine auf über 0,5 Millionen. Dies sind in der Ukraine in der Zwischenzeit über 1 % der Bevölkerung. Dort findet die größte Verbreitung von HIV-Infektionen unter der erwachsenen Bevölkerung statt.

Dieser schnelle Anstieg an Infektionen hat neben humanitären auch wirtschaftliche Folgen. In den betroffenen Ländern stehen fast keine medizinischen und sozialen Hilfestellungen für HIV-Infizierte oder AIDS-Kranke zur Verfügung.

AIDS ist nicht heilbar, aber AIDS ist verhinderbar. Dies geschieht durch Präventionsmaßnahmen, die umgehend in Osteuropa umgesetzt werden müssen. Wissenschaftler des Moskauer Regionalbüros der Weltbank für die Russische Föderation haben durch Berechnungen gezeigt, dass durch Präventionsmaßnahmen viel Geld gespart werden kann. Die Ökonomen haben ein optimistisches und ein pessimistisches Szenario simuliert, nach dem ohne Präventionsmaßnahmen die Zahl der HIV-Infizierten bis Ende 2010 auf 2,3 bis 2,5 Millionen Menschen ansteigt, bis 2020 auf 5,4 bis 14,5 Millionen. Das sind 4 bis 12 % der Bevölkerung.

Nicht anders in der Ukraine: Beim optimistischen Szenario wird die Zahl der Infizierten bei 800.000 Menschen stehen bleiben, das pessimistische Szenario prognostiziert eine Zahl von mindestens 1,5 Millionen bis zum Jahr 2010.

Die Mehrzahl der Infektionen entsteht durch intravenösen Drogenkonsum. Ungefähr 1 % der Bevölkerung in diesen Ländern konsumiert Drogen intravenös. Die Hauptgruppe besteht aus Jugendlichen und jungen Erwachsenen von 18 bis 25 Jahren. Etwa 90 % der Infektionen geschehen durch gemeinsamen Gebrauch von infizierten Spritzen. Da die Gruppe der Jugendlichen und jungen Erwachsenen die sexuell aktivste Bevölkerungsschicht darstellt, findet eine Verbreitung des HI-Virus durch ungeschützten Geschlechtsverkehr auf andere Bevölkerungsgruppen statt.

Seit den Turbulenzen des Zusammenbruchs der Sowjetunion kämpft die Ukraine mit hoher Arbeitslosigkeit, Armut, Unsicherheit und Abbau der sozialen und wirtschaftlichen Versorgung. Gerade für Jugendliche ist dies eine besondere Last. Das Land steht an der Schwelle einer nationalen Epidemie. Massive Anstrengungen sind notwendig für Prävention, Diagnostik, Therapie, Beratung und Stärkung der Selbsthilfe.

## Maßnahmen

Die Epidemie befindet sich in Osteuropa und Zentralasien in einem frühen Stadium, weshalb die Implementierung von energischen Präventionsmaßnahmen die Größe der Epidemie noch eindämmen kann. Dazu gehören Maßnahmen zur Verminderung von riskantem Sexualverhalten und des intravenösen Drogenkonsums. UNAIDS geht davon aus, dass auch die reicheren Staaten der GUS nicht in der Lage sein werden, kurzfristig genügend Ressourcen für eine massive frühzeitige Intervention zu mobilisieren.

## Connect plus e.V.

Seit April 2001 existiert eine Initiative, welche sich aus der deutschen Aids-Hilfe-Bewegung formiert hat. Im Verein „Connect plus“ haben sich Aktivisten mit langjähriger Erfahrung im Bereich der Aids-Hilfe-Arbeit in Deutschland zusammengefunden: ehemalige Projektleiter/innen und Sozialarbeiter/innen, die Entwicklung in diesem Bereich in ihren Einrichtungen befördert haben und mit ihrem Engagement zur Bildung von tragfähigen Strukturen der Selbsthilfe und zu einer erfolgreichen Primärprävention beigetragen haben.

## Programme von Connect plus

### MEDI & CARE - program

Mit diesem Programm soll die unzureichende medizinisch/pflegerische Versorgung für Menschen mit HIV/AIDS in Osteuropa verbessert werden. Dies geschieht durch spezifische Weiterbildung im Rahmen von Austauschprogrammen zwischen Medizinern, Pflegekräften und *treatment activists*:

- Stärkung der Kompetenz der Mitarbeiter durch Fortbildungsmaßnahmen vor Ort in den Kliniken und Polikliniken,
- Unterstützung bei der Erarbeitung von Standards in der Diagnose und Therapie sowie in der Krankenpflege,
- Hospitation in deutschen Kliniken und Schwerpunktpraxen, incl. Labor,
- Förderung von Wissen über HIV und *treatment readiness* bei Menschen mit HIV und AIDS,
- Stärkung der Kompetenz von Mitarbeitern in der Pflege durch Vermittlung von Ansätzen des *palliative care* / Hospizarbeit.

### PROFEX - professional exchange program

Austausch von Professionals und Ehrenamtlichen aus der AIDS-Arbeit in Form eines mehrwöchigen Austauschs von Fachkräften verschiedener Berufsgruppen aus Pro

jekten in Deutschland sowie im osteuropäischen Partnerland. Aufgabe der Teilnehmer ist es,

- fachliche und strukturelle Erfahrungen aus dem deutschen AIDS-Projekt in die Aufbauarbeit der Partnerinitiative einzubringen; sie sollen mitwirken, tragfähige und akzeptierte Strukturen aufzubauen und wenn möglich helfen, verbreitete Anfangsfehler zu vermeiden,
- Anreize und Hinweise für die zukünftige Arbeit in ihrem AIDS-Projekt zu sammeln,
- Botschafter der Anliegen osteuropäischer AIDS-Initiativen in Deutschland zu sein und sich hierfür in ihrer Heimatstadt einzusetzen,
- Aufenthalte der osteuropäischen Kollegen im deutschen Partnerprojekt vorzubereiten.

#### C & S - Coach and support program

Professionals aus den Bereichen Medizin, Sozialarbeit/Sozialpädagogik, Psychologie und verwandte Gebiete führen je nach Qualifikation Multiplikatoren-schulung, *peer education*, Fortbildung für im Gesundheitswesen Tätige und politische Unterstützung durch. Sie werden eingesetzt als Trainer, Organisationsberater, Projektplaner oder Netzwerkförderer. Der Rahmen sind Gruppentrainings, die einen effektiven Mitteleinsatz erlauben und gleichzeitig dem Austausch und der Vernetzung der mittel- und osteuropäischen Kollegen dienen. Diese Coachs werden in Vorbereitungsseminaren auf ihre Aufgabe sowie länderspezifische Aspekte vorbereitet. Schwerpunkt der technischen, nicht-fachlichen Trainingsanteile wird die Fähigkeit sein, Fachwissen auf kultursensitive und kulturspezifische Art und Weise (Interkultureller Dialog) zu vermitteln.

### **Projektbeispiele:**

#### Studienreisen für Experten

Ehrenamtliche und hauptamtliche Mitarbeiter von AIDS-Projekten in Osteuropa brauchen die Unterstützung von und den Kontakt zu den AIDS-Projekten in Deutschland. Die bisherige Arbeit belegt die Notwendigkeit von Studienreisen und Multiplikatorenkontakten.

#### Unterstützende Maßnahmen im Rahmen von Städtepartnerschaften

Vorhandene Strukturen und langjährige Städtepartnerschaften werden in den Know-How-Transfer einbezogen. Dazu bedarf es der Motivierung der Städte und Gemeinden im In- und Ausland sowie der Unterstützung bei der Vorbereitung, Durchführung und Nachbereitung.

## **Partner**

Connect plus kommt aus der deutschen AIDS-Hilfe-Bewegung und wird von den meisten der über 120 AIDS-Hilfen in Deutschland durch Experten unterstützt. Bei Studienreisen der Kollegen aus Osteuropa ist bei den AIDS-Hilfen eine große Bereitschaft zum Kontakt und Austausch vorhanden.

Connect plus ist Mitglied bei der Deutschen AIDS-Hilfe e.V. und beim Aktionsbündnis gegen Aids.

In der Ukraine ist das „Netzwerk der Menschen mit HIV und AIDS“ die Partnerorganisation. Das Netzwerk wurde durch verschiedenen Workshops von Connect plus in der Ukraine und in Deutschland unterstützt.

Zum „Cub Kwitten“ in Poltava und zu „Life plus“ in Odessa bestehen intensive Arbeitskontakte. Im Januar 2003 wurde auch die medizinische Fortbildung für Ärzte und Pflegepersonal mit in das Programm von Connect aufgenommen.

## **Aktionsplan**

In der Ukraine sind – wie auch in den anderen osteuropäischen Ländern – besonders Jugendliche betroffen. Junge infizierte Menschen werden krank und aufgrund der fehlenden medizinischen Versorgung sterben viele in jungen Jahren.

Auch in den Selbsthilfegruppen sind die Mitarbeiter fast ausschließlich unter 30 Jahren alt.

Für die Vernetzungsarbeit mit den AIDS-Projekten in der Ukraine, zur Implementierung von Fortbildungen oder Aktivierung von Städtepartnerschaften muss viel Zeit investiert werden, die bisher von keinem öffentlichen oder privaten Träger übernommen wird.



## **Gesellschaftliche und kulturelle Aspekte von AIDS in Afrika: Implikationen für die Entwicklungszusammenarbeit**

*Von Hansjörg Dilger, Freie Universität Berlin / Institut für Ethnologie*

### **Hintergrund**

Die meisten Staaten des subsaharischen Afrika haben in den letzten Jahren umfassende Programme zur HIV/AIDS-Prävention – und teilweise auch zur Versorgung und Pflege von AIDS-Kranken (z.B. in Botswana) – etabliert. Dennoch steigen die HIV-Infektionsraten im südlichen und östlichen Afrika – von Ausnahmen wie Uganda abgesehen – weiterhin an. Die Menschen haben zwar häufig ein hohes Wissen darüber, wie HIV übertragen wird und wie sie sich aus biomedizinischer Sicht vor einer Ansteckung mit dem Virus schützen können. Jedoch kommt es nur selten zu tatsächlichen Verhaltensänderungen, die sich insbesondere an den Ratschlägen staatlicher und nicht-staatlicher Kampagnen zur Kondomnutzung orientieren würden.

Diese deutliche Diskrepanz zwischen dem vorhandenen Wissen auf der einen und dem tatsächlichen Verhalten der Menschen auf der anderen Seite, lässt zunehmend Zweifel an der Effektivität laufender AIDS-Programme und an bisherigen Formen der HIV/AIDS-Prävention aufkommen. In diesem Beitrag möchte ich daher die Frage stellen, worin die wesentlichen Ursachen für den begrenzten Erfolg bisheriger HIV/AIDS-Kampagnen bestehen und welche Implikationen sich daraus für die Gestaltung von AIDS-Programmen in der Entwicklungszusammenarbeit ergeben. Gleichzeitig werde ich aus ethnologischer Perspektive darstellen, von welchen Faktoren der Umgang mit Sexualität und Krankheit im subsaharischen Afrika geprägt wird und welche Bedeutung die Ergebnisse sozialwissenschaftlicher Forschungen für die zukünftige AIDS-Arbeit haben können. Insbesondere werde ich im weiteren auf folgenden Fragen eingehen:

1. Welche Auswirkungen haben strukturelle Kräfte und Zwänge auf das Risiko einer HIV-Infektion und auf den Umgang mit HIV/AIDS-Erkrankungen?
2. Wie beeinflussen kulturelle, religiöse und moralische Sichtweisen die lokale Wahrnehmung von Sexualität, Geschlecht und Krankheit?
3. Welche Folgerungen leiten sich aus bisherigen Erkenntnissen der sozialwissenschaftlichen AIDS-Forschung für die Entwicklungszusammenarbeit ab?

### **1. Strukturelle Kräfte in der HIV/AIDS-Epidemie**

Mitarbeiter von staatlichen und nicht-staatlichen HIV/AIDS-Organisationen stellen häufig fest, dass die Zielgruppen ihrer Programme die von ihnen vermittelten Ratschläge nicht umsetzen. Ein wesentlicher Grund hierfür sind die strukturellen Bedingungen und Zwänge, durch die das Alltagsleben in den postkolonialen Staaten Afri

kas geprägt wird und die individuelle Entscheidungsfreiheit der Menschen oftmals stark einschränken.

Medizinethnologen haben seit Anfang der 1990er Jahre wiederholt darauf hingewiesen, dass sich Armut, Bürgerkriege und Migration – ebenso wie ein mangelhaft ausgebauten Gesundheitswesen und der eingeschränkte Zugang zu medizinischer Behandlung – nachhaltig auf den Umgang mit Krankheit und Sexualität auswirken. Dabei sind nicht nur in zahlreichen Entwicklungsländern, sondern auch innerhalb der gesellschaftlich benachteiligten Gruppen der Industrienationen insbesondere die Handlungsspielräume von Frauen limitiert, da diese nur begrenzt über ihren eigenen Körper und ihre eigene Sexualität bestimmen können (FARMER ET AL. 1993).

Auch im subsaharischen Afrika stellen historisch gewachsene kulturelle und politische Formationen Frauen oftmals in eine Position der ökonomischen und sozialen Abhängigkeit zu Männern und machen sie damit besonders verletzlich für eine Infektion mit HIV (BAYLIES 2000). Damit haben Frauen nicht nur aufgrund biologisch-körperlicher Faktoren ein höheres Risiko als Männer, sich mit HIV zu infizieren. Auch hat zum Beispiel in Südafrika eine starke Zunahme von Vergewaltigungen und eine generell ansteigende Gewaltbereitschaft junger Männer in ihrer Sexualität dazu geführt, dass viele Frauen sich kaum gegen eine Ansteckung mit HIV und anderen Geschlechtskrankheiten wehren können (LECLERC-MADLALA 1997: 372-275). Darüber hinaus zwingt eine wachsende Armut vor allem junge Frauen dazu, sexuelle Beziehungen mit Männern einzugehen, in denen sie – aufgrund der finanziellen Leistungen ihrer Partner – nur begrenzt auf der Verwendung von Kondomen oder auf anderen Formen einer ‚sicheren‘ Sexualität bestehen können.

Der lokale Umgang mit HIV/AIDS wird nicht nur in der Sexualität, sondern auch bei der steigenden Zahl von AIDS-Erkrankungen von den strukturellen Rahmenbedingungen im subsaharischen Afrika – ebenso wie von internationalen Machtgefällen und Abhängigkeiten (SCHOEPEF 2001) – bestimmt. Sehr deutlich wird dies bei der anhaltenden Diskussion um die Einführung antiretroviraler Medikamente, die bisher vor allem in Südafrika geführt wird: Dabei wird der Zugang zu diesen Medikamenten sowohl durch die Profit-Interessen internationaler Pharmakonzerne als auch durch die Weigerung der südafrikanischen Regierung, antiretrovirale Medikamente für die medizinische Behandlung freizugeben, blockiert. In ähnlicher Weise schwierig gestaltet sich die Behandlung von AIDS-Kranken in privaten und staatlichen Krankenhäusern Tanzanias: Nicht nur sind viele Krankenhäuser hier überlastet und verweigern Patienten nach einer HIV-Diagnose die stationäre Aufnahme. Auch werden Menschen mit HIV/AIDS in den vier großen Regierungskrankenhäusern des Landes nach offiziellem Recht zwar kostenlos behandelt – doch die wenigen, die sich trauen, diese Leistungen für eine gesellschaftlich stigmatisierte Krankheit in Anspruch zu nehmen, sehen sich oft mit der im Gesundheitswesen verbreiteten Korruptionspraxis konfrontiert und werden nur gegen ein gewisses Entgelt ‚frei‘ behandelt.

Auch bei HIV/AIDS-Erkrankungen sind es vor allem Frauen, die unter den strukturellen Bedingungen zu leiden haben: Meist verfügen sie sehr begrenzt über eigene Ressourcen und sind – da sie nur selten über ihre eigene Behandlung bestimmen können – in der Pflege auf die Solidarität ihrer Partner und/oder ihrer Familien angewiesen. Da Frauen in vielen Gesellschaften Afrikas für die Ausbreitung von AIDS stigmatisiert werden, haben sie bei einer Erkrankung eher unter gesellschaftlicher Isolierung und familiärer Ausgrenzung zu leiden als Männer (DILGER 2001: 6). Und selbst wenn es nicht um die eigene, sondern um die Erkrankung von Angehörigen geht, tragen Frauen den größten Teil der anfallenden Belastungen: Da ihnen in vielen Regionen Afrikas – und nicht zuletzt von AIDS-Programmen zur *Home Based Care* selbst – sehr selbstverständlich die Rolle der Versorgerinnen von Kranken zugewiesen wird, müssen sie neben der alltäglichen Existenzsicherung durch landwirtschaftliche Arbeit und andere Einkommen schaffende Tätigkeiten die oftmals aufwendige und erschöpfende Pflege kranker Angehöriger übernehmen.

## **2. Kulturelle Dimensionen von Sexualität und Krankheit in Afrika**

Die grundlegende Diskrepanz, die zwischen dem Umgang mit Sexualität und Krankheit in Afrika einerseits und den durch HIV/AIDS-Organisationen übermittelten Inhalten andererseits besteht, ist nicht nur ein Resultat struktureller Zwänge. Viele Präventionsprogramme basieren zudem auf westlichen Konzepten von Sexualität, Krankheit, Körper und Geschlecht – ebenso wie der Krankheitsvermeidung selbst – die oftmals konträr zu kulturellen Auffassungen dieser Lebensbereiche in den lokalen Gemeinschaften stehen. Vor allem ist es dabei die Annahme individueller Selbstbestimmtheit, die den westlich geprägten Präventionsbotschaften zugrunde liegt und die verkennt, dass Entscheidungen zu Sexualität und Krankheit zwar auch in Afrika durchaus individuell gefällt werden, dass sie gleichzeitig aber in den weiteren sozialen und kulturellen Beziehungen verortet sind.

Ein Beispiel hierfür ist Ruanda: CHRISTOPHER TAYLOR (1990) führte aus, dass Männer und Frauen in der von ihm untersuchten Gruppe nicht nur als eigenständige Individuen wahrgenommen werden, sondern dass sie ihre Identität in erster Linie durch die Beziehungen zu ihren Mitmenschen definieren. Erst in der Interaktion mit anderen, die auf einem gegenseitigen Austausch und einem kontinuierlichen Geben und Nehmen basiert, würden Menschen zu sozial anerkannten Persönlichkeiten. Auch Konzepte von Sexualität folgen nach TAYLOR diesem Prinzip, insofern sexuelle Akte vor allem einen Austausch – in diesem Fall von Körpersäften – zwischen zwei Menschen bedeuten. Die Verwendung von Kondomen blockiert eben diesen Austausch und ist, da sie kulturell geprägten Grundlagen von Fruchtbarkeit und sozialer Reproduktion entgegensteht, verpönt.

Meine eigene Forschung unter Jugendlichen im ländlichen Tanzania (DILGER 2003) zeigte, dass Kondome auch hier kaum als Schutz vor HIV und anderen Geschlechtskrankheiten benutzt werden. Junge Männer und Frauen haben zwar ein hohes Be

wusstsein von AIDS, doch nehmen sie die Krankheit selten als Bedrohung für ihre eigene Person wahr. Unter jungen Männer wird die Verwendung von Kondomen in erster Linie als Lust-hemmend bezeichnet. Des Weiteren gilt es in ihren *peer groups* als besonders männlich und ehrenhaft, eine junge Frau zu schwängern und damit die eigene Potenz zu beweisen. Junge Frauen wiederum sind nicht nur passive Opfer ihrer Partner – viele formulieren sogar sehr ähnliche Vorbehalte gegenüber Kondomen was den Aspekt der Lust angeht. Darüber hinaus sehen sie es aber auch als Zeichen moralischer Verwerflichkeit, auf der Verwendung von Kondomen zu bestehen.

Ein umstrittenes Thema, das in diese moralische Bewertung mit hineinspielt, sind die Geschenke junger Männer an ihre Partnerinnen. Solche Geschenke sind bei beiden Geschlechtern ein anerkannter und erwünschter Bestandteil in sexuellen Beziehungen – doch ist die Grenze, ab der sie als ‚Bezahlung‘ wahrgenommen werden, sehr dünn. So sehen sich junge Männer aufgrund ihrer Geschenke häufig im Recht, alle Entscheidungen in sexuellen Beziehungen zu treffen. Viele junge Frauen wiederum fordern Geschenke zwar sehr aktiv ein, doch sehen sie sich gleichzeitig in einem Dilemma: Um in den Augen ihrer Partner nicht als Prostituierte zu gelten, thematisieren sie in ihren Beziehungen nur selten ihre Ängste vor einer Ansteckung mit HIV – oder aber vor einer Schwangerschaft, die bei den meisten Mädchen viel realer ist als die Angst vor AIDS. Diese verschiedenen Konflikte führen dazu, dass junge Männer und Frauen das Vertrauen in ihre/n Partner/in, das sie aus dem Lebenswandel und der körperlichen Gesundheit ihrer Partner ableiten, in ihren Augen zum effektivsten Schutz vor einer Ansteckung mit HIV geworden ist.

Kulturelle Konzepte spielen nicht nur im Umgang mit Sexualität, sondern auch bei HIV/AIDS-Erkrankungen eine wichtige Rolle: Im südlichen und östlichen Afrika wird AIDS zunehmend mit Hexerei (YAMBA 1997) oder dem Bruch gesellschaftlicher Tabus und Normen in Verbindung gesetzt. Solche Krankheitskonzepte und die biomedizinisch definierte Krankheit AIDS unterscheiden sich zum einen darin, dass ein Tabubruch oder Hexerei durch indigene Heilmittel therapiert werden können, wohingegen AIDS unheilbar ist und tödlich verläuft. Kranke Menschen und ihre Angehörigen finden bei lokalen Heilern oder in spirituellen Heilungskirchen somit vor allem Hoffnung, während die Biomedizin die Heilungsmöglichkeiten von HIV/AIDS explizit negiert. Dass darüber hinaus selbst in ländlichen Regionen bekannt ist, dass antiretrovirale AIDS-Medikamente bislang den westlichen Industrienationen vorbehalten bleiben, trägt nicht gerade zur Glaubwürdigkeit von AIDS-Programmen bei, die ihren Zielgruppen vermitteln wollen, dass die Biomedizin die effektivsten Ratschläge zur Vermeidung und Behandlung von Krankheit hat.

Ein zweiter wichtiger Unterschied zwischen Hexerei und Tabubrüchen und dem biomedizinischen Modell AIDS ist, dass erstere die Ursache für eine Erkrankung vorwiegend in den sozialen Beziehungen suchen. Im Falle von Tabubrüchen werden Erkrankungen an AIDS auf die Verletzung sozialer Vorschriften zurückgeführt, die für die Menstruation und die Stillzeit, sowie für die Feldarbeit oder Trauerzeiten formu-

liert werden. Meist sind diese Vorschriften mit einer Regelung sexueller Beziehungen verbunden, die zum Teil sehr rigide vorschreibt, zu welchem Zeitpunkt sexuelle Beziehungen zwischen Partnern erlaubt und wann sie verboten sind. In Malawi wird das zunehmende Überschreiten solcher Vorschriften direkt mit der Ausbreitung von AIDS, aber auch mit einem generellen moralischen Verfall der Gesellschaft, der in den Augen der Bevölkerung in einer Auflösung sexueller und sozialer Verbindlichkeiten besteht, in Verbindung gebracht (WOLF 2001).

### 3. Perspektiven für die AIDS-Arbeit in Afrika

Im subsaharischen Afrika wird der Umgang mit HIV/AIDS zum einen durch die strukturellen Rahmenbedingungen, zum anderen durch kulturelle, religiöse und moralische Konzepte von Sexualität und Krankheit bestimmt. Nur unzureichend berücksichtigt wird insbesondere dieser letztere Aspekt von bisherigen AIDS-Programmen, die meist auf westlichen Konzepten von Sexualität, Krankheit und Prävention basieren und gleichzeitig auf der Annahme eines unabhängig handelnden und selbstbestimmten Individuums gründen. Staatliche und nicht-staatliche AIDS-Kampagnen tun sich schwer damit, den kulturellen Kontext, in dem sich die Ausbreitung von AIDS in Afrika vollzieht, in ihrer Arbeit zu berücksichtigen: Entweder wird er komplett vernachlässigt oder aber zum 'krankheitsfördernden Faktor' erklärt, wie es die Diskussion um die '*harmful traditions*' – die 'schädlichen Traditionen' – zeigt.

Was dabei zum einen vergessen wird ist, dass Kultur keine statische, und auch keine rein negative oder ausschließende Kraft ist wie dies in der Entwicklungszusammenarbeit oftmals sehr vereinfachend suggeriert wird (HÜSKEN 2001). Gerade der Umgang mit Krankheit war in Afrika schon immer ein flexibler Prozess, in dem auf verschiedene therapeutische Traditionen und Modelle zurückgegriffen wird – ohne dass die Menschen selbst dies als einen Widerspruch für sich empfinden oder aber ausschließlich das eine oder das andere Modell für sich beanspruchen würden. Kultur stellt für viele Menschen somit auch eine positive Kraft dar, durch die das massive Leid und die täglich erlebten Widersprüche und Konflikte sinnhaft verarbeitet werden. Das zeigt sich sehr deutlich beim Umgang mit AIDS-Erkrankungen. Der Rückgriff auf kulturell und religiöse definierte Heilungskonzepte birgt nicht nur Hoffnung für die Erkrankten, sondern hat auch eine soziale Funktion: Indigene Therapien und Rituale, die gegen Tabubrüche und Hexerei durchgeführt werden, regulieren eine Gesellschaft, die nach ihrer eigenen Einschätzung aus dem Gleichgewicht geraten ist. Da hier ein Versuch unternommen wird, die moralische, religiöse und soziale Ordnung neu festzulegen, ist es nicht unwahrscheinlich, dass die Bedeutung solcher Heilungskonzepte mit dem Fortschreiten der Epidemie sogar noch zunehmen wird: Angesichts des massiven Sterbens tritt die Suche nach einem Sinn für das Ausmaß des Leids, ebenso wie das Bedürfnis nach einer Neuordnung individueller und gemeinschaftlicher Lebenszusammenhänge, immer stärker in den Vordergrund gesellschaftlichen Denkens und Handelns (DILGER 2001: 9ff.).

Zum anderen wird in der AIDS-Arbeit zu wenig berücksichtigt, dass lokale Gesellschaften in Afrika keine einheitlichen Gruppen sind, für deren Mitglieder kulturelle und gesellschaftliche Kräfte in gleicher Weise relevant sind. Unterschiedliche soziale Gruppen nehmen verschiedene Perspektiven auf kulturelle Prozesse und Normen ein und werden von den strukturellen Rahmenbedingungen in unterschiedlicher Weise betroffen. Einerseits gibt es hier regional bedingt Verschiedenheiten (z.B. Tansania / Südafrika, aber auch Westafrika / Ostafrika), und oftmals auch erhebliche Differenzen zwischen urbanen und ländlichen Gebieten. Andererseits gibt es sowohl starke Unterschiede zwischen den Perspektiven von Männern und Frauen, als auch innerhalb der Geschlechter selbst: Männer sollten folglich nicht nur als ‚Täter‘ in der AIDS-Epidemie gesehen werden, da Konzepte von Ehre und Männlichkeit, ebenso wie der Druck ihrer *peer groups*, ihnen oftmals zum gesundheitlichen Nachteil gereichen. Und auch Frauen sind keine monolithische Gruppe, in der alle in der gleichen Weise verletzbar für eine Infektion mit HIV sind. Oft gibt es hier große Unterschiede zwischen jungen und alten, oder aber zwischen verheirateten und nicht-verheirateten Frauen. Diese sind nicht zuletzt kulturell begründet und haben damit unterschiedliche Implikationen für die Lebenssituationen der jeweiligen Frauen.

## Fazit

Mit der Betonung der kulturellen, religiösen und moralischen Dimensionen von AIDS und der Einforderung einer differenzierteren Sichtweise auf die Zielgruppen der AIDS-Arbeit will ich nicht zu einer Relativierung des Leids, oder aber zu einer Verklärung von ‚Kultur‘ in Afrika beitragen, die gerade im Kontext des massiven Sterbens leicht einmal zynische Züge annehmen kann. Auch will ich nicht dafür plädieren, dass bisherige Programme sich bedingungslos den kulturellen und religiösen Bedingungen, die sie in ihren Zielgruppen vorfinden, anpassen oder gar unterordnen sollen. Doch ebenso wie sich die Erkenntnis durchgesetzt hat, dass eine strukturelle Prävention – also eine umfassende Verbesserung der materiellen, politischen und rechtlichen Lebenssituationen – eine wesentliche Voraussetzung für den Erfolg von AIDS-Programmen schafft, so sollte in der Entwicklungszusammenarbeit auch ein Bewusstsein darüber erzeugt werden, was für die Menschen auf den lokalen Ebenen relevant ist und was ihr Handeln jeweils motiviert. Nur auf dieser Basis lassen sich meines Erachtens Arbeitskonzepte formulieren, die eine tatsächliche Entsprechung in den verschiedenen Zielgruppen von AIDS-Programmen finden.

## Zusammenfassung der Diskussion

Herr Dilger betonte eingangs den Wunsch und Wichtigkeit einer Kooperation zwischen Wissenschaft und Praxis. Leider wäre diese Form der Zusammenarbeit in der Bundesrepublik nicht sehr ausgeprägt, im Gegensatz zu den USA und Großbritannien. Es gäbe wenig Finanzierungsquellen für anwendungsorientierte Forschung, obwohl Gelder für Regionalforschung wünschenswert seien.

In Deutschland hätten sich erst in den letzten Jahren vorsichtige Formen der Zusammenarbeit entwickelt, die aber auch durch eine gewisse Unsicherheit auf Seiten der Wissenschaftler und Personen aus der Entwicklungszusammenarbeit geprägt sei. Die Ethnologie benutze andere ‚Codes‘ als die Entwicklungszusammenarbeit, was die Zusammenarbeit teilweise erschwert. Zusätzlich sieht sich die Ethnologie als Wissenschaft zur Datenerhebung. Die Wissensvermittlung sei eigentlich nicht Teil des Fachs Ethnologie, dennoch wären gemeinsame Workshops und Tagungen gewiss hilfreich, Wissen auszutauschen und Strategien zu entwickeln. Bezogen auf das Thema HIV/AIDS hat die Ethnologie dieses Thema in Deutschland lange Zeit nicht als relevant erachtet und erst in den letzten fünf Jahren wird Feldforschung in diesem Bereich betrieben. Auch dies sei ein Grund für die Tatsache, dass die Kooperation zwischen Theorie und Praxis in diesem Feld noch nicht weit fortgeschritten ist sei. Auch Frau Vuckovic bestätigte einen Mangel an Kooperation zwischen der Praxis und Sozialwissenschaftlern und Ethnologen, verwies aber auch auf die erfolgreiche Zusammenarbeit der GTZ mit Tropenmedizinerinnen im Thema HIV/AIDS.

Herr Goldstein betonte, wie viel von Ethnologen zu lernen sei um traditionelle Verhaltensweisen besser beeinflussen zu können. Das Thema *Behaviour Change* würde auch in Kirchenkreisen als sehr bedeutsam eingestuft. Die neuen Denkanstöße aus Sicht der Ethnologie ließen ihn zum Schluss kommen, dass der Umgang mit Sexualität in einer bestimmten Region/Kultur mit Einbezug von Sozialwissenschaften wie Ethnologie untersucht werden müsse – erst dann könne man Konzepte zur Verhaltensänderung entwickeln. Herr Dilger betonte, dass man nicht beim Wissen über Verhaltensweisen stehen bleiben könne. Er wies darauf hin, dass Kultur nicht statisch sei, sondern einem ständigen Wandel unterliege, den man berücksichtigen müsse. Gerade junge Menschen in Entwicklungsländern stünden oft zwischen Tradition und Moderne und man müsse ihnen in diesem Konflikt zur Seite stehen. Zusätzlich zeigte er auf, dass neben dem Landesrecht oft lokales Recht eine starke Rolle spiele und dies zu Konflikten führen könne. Somit müsse gegebenenfalls auch die Rechtslage geändert werden, um Verhaltensänderungen zu ermöglichen. Frau Vuckovic vertrat ebenfalls die Auffassung, dass HIV/AIDS auch Thema in Politikberatung sein sollte und betonte, dass dies schon Praxis in Projekten der ländlichen Entwicklung sei. Die rechtliche Stellung von (AIDS)-Witwen in Bezug auf Landnutzung und Landrecht müsse oftmals geändert werden, sowie die Stellung von Waisen. Weiter möchte die GTZ-Abteilung „Gesundheit, Bildung und Soziale Sicherheit“ besser mit der Abteilung „Governance“ zusammenarbeiten, um die Politikberatung besser in die HIV/AIDS-Prävention miteinzubeziehen.

Als positives Länderbeispiel führte Herr Dilger Uganda an. Neben einem multisektoralen Ansatz zur Bekämpfung der Katastrophe hätte dort vor allem auch das Einwirken auf traditionelle Verhaltensweisen und die Tabuisierung von Sexualität zu Erfolgen geführt.

Als eine große Herausforderung sah Herr Goldstein, die Arbeit Misereors in Bezug auf Mainstreaming HIV/AIDS bei Partnerorganisationen einzubringen. Über Bildungs- und Fachseminare sowie über Projektbesuche würde Misereor über Berater und vor Ort konkrete Planungshilfe im Sinne der Organisation leisten. Trotz des Mainstreamings orientiere sich die Partnersuche und -auswahl Misereors aber nicht am Thema HIV/AIDS, obwohl dies laut Herrn Goldstein für die Zukunft überlegenswert wäre. Im übrigen verwies Herr Goldstein auch auf die Überlastung der ProjektmitarbeiterInnen bei der derzeitigen Anzahl von Querschnittsthemen in der Entwicklungszusammenarbeit.

Misereor-unterstützte Projekte basieren auf *Home Based Care* (HBC). Obwohl auf lokaler Ebene alle Bevölkerungsgruppen und Geschlechter für die Freiwilligenarbeit im Bereich HBC angesprochen würden, trügen die Frauen in der Betreuung AIDS-Kranker die herausragende Rolle und damit eine weitere Belastung. Neben der zusätzlichen Überlastung der Frauen durch HBC litten diese zusätzlich oft unter ihren mangelnden Rechten (Erbe, etc.) im Todesfall des Mannes. Die GTZ versuche durch Beratungen in der Landreform, dem Erbrecht und im Bereich Governance, positive Veränderungen der Stellung der Frau zu erreichen.

Herr Goldstein verwies auch darauf, dass heutzutage in vielen Curricula von Schulen das Thema HIV/AIDS eingebaut werde. Zusätzlich würden für Präventionskampagnen auch außerschulische Kanäle wie Jugendarbeit genutzt. Die Einbindung von traditionellen Medizinmännern in die AIDS-Prävention sieht Herr Goldstein als wichtig an und dies geschieht bei Misereor bereits. Er betonte aber, dass die Annäherung an Medizinmänner nicht einfach sei und dass von deren Seite nicht immer ein Interesse bestehe, mit westlich gebildeten Ärzten und in auf westlichen Werten basierenden Programmen mitzuarbeiten. Auch Frau Vuckovic und Herr Dilger bestärkten, dass die Zusammenarbeit mit Medizinmännern sehr wichtig, aber auch sehr schwierig sei. Herr Dilger gab ein Beispiel aus dem Süden von Tanzania, wo in einem AIDS-Programm alle lokalen Akteure und die Regierung miteinbezogen würden, insbesondere auch traditionelle Medizinmänner und dass in der Projektgegend die Prävalenzrate von HIV/AIDS spürbar abnähme.

Herr Goldstein sprach das Problem an, dass viele Entwicklungsländer keinen Zugang zu preisgünstigen Medikamenten für eine AIDS-Therapie hätten. Das Problem liege oft nicht darin, für ein Land die Berechtigung zu erhalten, generische Medikamente herzustellen, sondern vielmehr darin, die Erlaubnis zu erhalten, dass dieses Land die billig produzierten Medikamente an andere Entwicklungsländer exportieren könne, die selbst nicht die notwendige Infrastruktur besitzen, um generische Produkte herzustellen.



Frau Vuckovic sieht keine Gefährdung laufender Projekte durch ein Mainstreaming im Bereich HIV/AIDS. Vielmehr könnten selbst mit der Schwerpunktsetzung des BMZ durch ein Mainstreaming auch Länder für HIV/AIDS Prävention erreicht werden, die durch kein Gesundheitsprogramm gefördert würden.

Sie beschrieb die eigentliche Umsetzung der Querschnittsaufgabe und die Sensibilisierung der MitarbeiterInnen in den Länderprogrammen als nicht einfach. Allerdings würde das Thema HIV/AIDS bereits in allen *Job Descriptions* der GTZ festgeschrieben, jedes Länderprogramm müsse bis Mitte diesen Jahres ein Programm und Konzept für diesen Bereich vorlegen und es gäbe in jedem Land einen ‚Focal Point‘ mit Workshops, Beratungen und mehr, denn die Sonderinitiative „Mainstreaming AIDS in der Deutschen Entwicklungszusammenarbeit“ (SIMA) fordert, dass alle Projekte in Afrika HIV/AIDS bekämpfen sollten. Dafür müsse jedes Projekt analysieren, inwiefern es zu der Ausbreitung von HIV/AIDS als Nebeneffekt beiträgt und wie dies abgemildert werden könne. Auf die Frage, wieso Nichtregierungsorganisation nicht in das Programm SIMA des BMZ miteinbezogen sind, erklärt Frau Vuckovic, dass alle deutschen Akteure, also auch die Zivilgesellschaft miteinbezogen seien, dass dies jedoch schrittweise in Angriff genommen würde und es bisher noch schwierig sei, alle staatlichen Organisationen, wie etwa BMZ, GTZ, KfW und andere, an einen Verhandlungstisch zu bekommen.

Um eine bessere Vernetzung der deutschen Akteure im Mainstreaming HIV/AIDS zu erreichen, würden in mehreren Ländern Afrikas Studien durchgeführt für eine Bestandsaufnahme von deutschen Entwicklungszusammenarbeitsorganisationen. Es gäbe aber keine Kapazitäten seitens der GTZ, dies auch auf ausländische staatliche und nichtstaatliche Organisationen auszuweiten. Es sei aber bekannt, dass auch in anderen europäischen Ländern wie Frankreich Mainstreaming-Aktivitäten angestrebt würden. Die GTZ als Durchführungsorganisation des BMZ und somit der BRD habe nicht wirklich eigene Projekte, doch könnten sie aufgrund ihrer Kapazitäten Projekte mitgestalten. Bisher gäbe es im HIV/AIDS-Bereich vorwiegend Projekte für Prävention und weniger für Therapie. Es gäbe aber einige Projekte, die die Mutter-Kind-Übertragung des Virus durch die Therapie mit Nevapirin zu verhindern versuchten.

Herr Alberth begründete die geringe (finanzielle) Unterstützung für die HIV/AIDS-Bekämpfung in Osteuropa mit einem Systemfehler. Demnach werde sich an der schlechten Lage nichts Grundlegendes ändern, solange deutsche Gelder nur für deutsche Minderheiten in den osteuropäischen Ländern flössen. Generell reagiere die Bundesrepublik nur sehr schlecht auf neue Herausforderungen. Zum Beispiel könne ein neuer Verein wie Connect plus e.V. erst drei Jahre nach seiner Eintragung überhaupt erst Mittel beim BMZ beantragen. Auch in den Medien wäre das Thema HIV/AIDS kaum relevant und wenn, dann nur im Zusammenhang mit Afrika.

Um außereuropäische Projekte zu schützen, engagiert sich Misereor nicht in Osteuropa, stattdessen wurde die Organisation Renovabis in Freising gegründet, die sich dieser Problematik annehmen soll. Herr Goldstein begründete dies mit der Annahme,

dass Partner im Süden einen Mittelabfluss gen Osten interpretieren würden, falls sich Misereor selbst in Osteuropa einbringe.

Herr Alberth wies darauf hin, dass Entscheidungsträger oft erst auf HIV/AIDS reagieren, wenn ein konkreter Kontakt mit den Betroffenen hergestellt sei. Deutschland habe bisher zu wenig mit AIDS-Kranken geforscht, obwohl das oft das Verhalten ändere. Der Zugang zu preisgünstigen Medikamenten sei ein wichtiges Thema für Osteuropa und die Regierung der Ukraine müsse mit Pharmakonzernen verhandeln, dass Firmen Medikamente billig abgäben. Bisher sei die Ukraine kein interessanter Markt für Pharmakonzerne und somit müssten Konzerne unter Druck gesetzt werden.

Ein Problem in der Ukraine und vor allem in Russland bezüglich der Aufklärung über HIV/AIDS sei, dass die Schulbildung nicht für die Aufklärung benutzt werde. In Russland wurde offiziell festgelegt, dass das Thema AIDS nicht weiter in Schulen behandelt wird, sondern dass dieser Bereich den Nichtregierungsorganisationen überlassen wird. Die Frage, ob sich UNAIDS für Osteuropa interessiere, wurde von Herrn Alberth mit Ja beantwortet. Es gäbe viele Büros der UN in Osteuropa. Doch die Projekte im Thema AIDS seien meistens sehr kurzlebig, begrenzt auf Materialgaben, sie trügen nicht nachhaltig zur AIDS-Prävention bei. Weniger die Deutschen Akteure, sondern Holländer und Briten hätten viele Projekte in Osteuropa. Es gäbe auch Programme der EU, die Gelder bereit hätten für eine Zusatzausbildung von Sozialarbeitern in Bezug auf HIV/AIDS. Leider sei es oft schwierig die Anträge auszufüllen, so dass die Gelder oft nur verspätet oder gar nicht gegeben würden. Der Global Fund für AIDS wird als Chance für Osteuropa/Transformationsländer gesehen – da aber selbst die Regierung von Ukraine das Problem von HIV/AIDS noch nicht richtig erkannt habe, gingen die Verhandlungen nur langsam voran. Es wird auch befürchtet, dass die Gelder durch Korruption verschwinden.