



Die AIDS Epidemie. Status – Bericht:

Dezember 2000



Gemeinsames HIV/AIDS Programm der Vereinten Nationen

UNAIDS

UNICEF • UNDP • UNFPA • UNDCP
UNESCO • WHO • WELTBANK



WHO

© UNAIDS / WHO – 2000
Gemeinsames HIV/AIDS Programm der Vereinten Nationen (UNAIDS)
Weltgesundheitsorganisation (WHO)

UNAIDS 00.44E – WHO/CDS/CSR/EDC/2000.9
(Übersetzung aus dem Englischen, Dezember 2000)
ISBN : 92-9173-012-2

Dieses Dokument ist keine offizielle Publikation von UNAIDS und WHO. Alle Rechte liegen bei UNAIDS und der WHO. Das Dokument kann aber unter Angabe der Quelle ganz oder auszugsweise besprochen, zitiert, vervielfältigt oder übersetzt werden. Das Dokument darf nicht verkauft oder in Verbindung mit kommerziellen Zwecken genutzt werden, ohne dass eine ohne vorherige schriftliche Genehmigung von UNAIDS vorliegt (Kontakt: UNAIDS Information Centre).

Für die in Dokumenten von namentlich benannten Autoren vertretenen Standpunkte sind allein diese Autoren verantwortlich.

Die in dieser Arbeit verwendeten Bezeichnungen und die Präsentation des Materials drücken in keiner Weise eine Wertung oder Meinung seitens UNAIDS und WHO über den Rechtsstatus von Ländern, Staatsgebieten, Städten oder Regionen, deren Führungsstrukturen oder über die Festlegung von Staatsgrenzen aus.

Die Erwähnung einzelner Unternehmen oder Produkte bestimmter Hersteller bedeutet nicht, dass diese von UNAIDS und WHO empfohlen oder anderen ähnlichen Produkten, die nicht erwähnt sind, vorgezogen werden.

UNAIDS – 20 avenue Appia – 1211 Genf 27 – Schweiz
Tel.: (+41 22) 791 46 51 – Fax: (+41 22) 791 41 87
E-Mail: unaids@unaids.org – Internet: <http://www.unaids.org>

Die HIV/AIDS-Epidemie weltweit im Überblick

Dezember 2000

HIV-Neuinfektionen im Jahr 2000	Gesamt	5,3 Millionen
	Erwachsene	4,7 Millionen
	<i>davon Frauen</i>	<i>2,2 Millionen</i>
	Kinder unter 15 Jahren	0,6 Millionen
Zahl der Menschen, die mit HIV/AIDS leben	Gesamt	36,1 Millionen
	Erwachsene	34,7 Millionen
	<i>davon Frauen</i>	<i>16,4 Millionen</i>
	Kinder unter 15 Jahren	1,4 Millionen
AIDS-Todesfälle im Jahr 2000	Gesamt	3 Millionen
	Erwachsene	2,5 Millionen
	<i>davon Frauen</i>	<i>1,3 Millionen</i>
	Kinder unter 15 Jahren	0,5 Millionen
Gesamtzahl der AIDS-Todesfälle seit Beginn der Epidemie	Gesamt	21,8 Millionen
	Erwachsene	17,5 Millionen
	<i>davon Frauen</i>	<i>9 Millionen</i>
	Kinder unter 15 Jahren	4,3 Millionen

Gesamtüberblick

Das Humane Immunschwäche-Virus (HIV), das AIDS (Syndrom der erworbenen Immunschwäche) verursacht, hat weltweit eine Epidemie weit größeren Ausmaßes ausgelöst, als noch vor einem Jahrzehnt angenommen wurde. UNAIDS und WHO schätzen zur Zeit die Zahl der Menschen, die Ende 2000 mit HIV oder AIDS leben, auf 36,1 Millionen. Diese Zahl liegt mehr als 50 % über der Prognose von 1991, die das Global Programme on AIDS (Welt-AIDS-Programm) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) auf der Basis der damals verfügbaren Daten vorlegte.

Die Aufgaben, die als Folge der HIV-Epidemie bewältigt werden müssen, unterscheiden sich von Ort zu Ort erheblich, je nachdem, wie weit und wie schnell sich das Virus ausbreitet und ob die Infizierten bereits in großer Zahl erkrankt oder gestorben sind.

- Außer in Afrika südlich der Sahara sind überall auf der Welt mehr Männer als Frauen mit HIV infiziert und an AIDS gestorben. Die Verhaltensweisen der Männer – häufig beeinflusst durch problematische, kulturell geprägte Vorstellungen von Männlichkeit – machen sie zu den Hauptopfern der Epidemie. Insgesamt infizierten sich im Jahr 2000 schätzungsweise 2,5 Millionen Männer im Alter von 15 bis 49 Jahren, und zum Jahresende leben 18,2 Millionen erwachsene Männer mit HIV oder AIDS. Männliches Verhalten ist Mitursache für HIV-Infektionen bei Frauen, die oft weniger Macht haben zu bestimmen, wo, wann und wie Sexualkontakte stattfinden. **Männer stellen sich der Verantwortung** – das Motto der diesjährigen *Welt-AIDS-Kampagne* – trägt diesen Faktoren Rechnung und erkennt an, dass Männer Entscheidendes bewirken können, wenn es darum geht, HIV-Übertragung zu verhindern, infizierte Familienmitglieder zu betreuen und für Waisen und andere Überlebende der Epidemie zu sorgen.
- Im Jahr 2000 allein werden in der Russischen Föderation mehr HIV-Neuinfektionen registriert als in allen Jahren seit Ausbruch der Epi-

demie zusammen. Berücksichtigt man auch die fortschreitende Ausbreitung der Epidemie in der Ukraine, wird nach konservativer Schätzung die Zahl der Erwachsenen* und Kinder, die in Osteuropa und Zentralasien mit HIV oder AIDS leben, von 420.000 Menschen vor nur einem Jahr auf 700.000 bis zum Ende 2000 steigen. Risikobehaftete Drogeninjektionspraktiken sind hier nach wie vor der Hauptfaktor für die Ausbreitung der Epidemie.

- Erstmalig gibt es Hinweise auf eine mögliche Stabilisierung der HIV-Inzidenz (Zahl der jährlichen Neuinfektionen) in Afrika südlich der Sahara. Im Jahr 2000 wurden insgesamt schätzungsweise 3,8 Millionen Menschen neu infiziert, 1999 waren es 4,0 Millionen. Ginge allerdings in Ländern mit bisher relativ niedrigen HIV-Raten, wie zum Beispiel Nigeria, die Zahl der Infektionen sprunghaft nach oben, dann könnte die regionale HIV-Inzidenz wieder zu steigen beginnen.

Der leichte Rückgang der Neuinfektionen in Afrika ist vermutlich auf zwei Faktoren zurückzuführen. Einerseits wütet die Epidemie in vielen Ländern schon so lange, dass sie bereits weite Teile der sexuell aktiven Bevölkerung erfasst hat und somit weniger Menschen verbleiben, die sich neu infizieren können. Gleichzeitig haben in einigen wenigen afrikanischen Ländern, allen voran Uganda, erfolgreiche Präventionsprogramme die nationalen Infektionsraten gesenkt und zum regionalen Rückgang beigetragen.

- Prävention bleibt die vordringliche Herausforderung der afrikanischen Länder, die bereits schwer an der Last von Krankheit und Tod tragen. In Südafrika wird die Epidemie das jährliche Wirtschaftswachstum um schätzungsweise 0,3-0,4 Prozentpunkte verringern. Als Folge davon wird im Jahr 2010 das Bruttoinlandsprodukt (BIP) um 17 % unter dem ohne AIDS zu erwartenden Wert liegen, der Wirtschaft des Landes werden 22 Milliarden US\$ entzogen.

*Als "Erwachsene" werden hier Personen im Alter von 15 bis 49 Jahren verstanden.

HIV/AIDS-Statistik nach Regionen, Stand Ende 2000

Region	Beginn der Epidemie	Erwachsene und Kinder, die mit HIV/AIDS leben (Millionen)	Mit HIV neu infizierte Erwachsene und Kinder (Millionen)	Prävalenzrate bei Erwachsenen (*)	Anteil (%) der Frauen an den HIV-positiven Erwachsenen	Hauptübertragungsweg(e) (#) bei Erwachsenen, die mit HIV/AIDS leben
Afrika südlich der Sahara	Ende der 70er – Anfang der 80er Jahre	25,3	3,8	8,8 %	55 %	Hetero
Nordafrika, Naher und Mittlerer Osten	Ende der 80er Jahre	0,4	0,08	0,2 %	40 %	Hetero, IVDK
Süd- und Südostasien	Ende der 80er Jahre	5,8	0,78	0,56 %	35 %	Hetero, IVDK
Ostasien und Pazifik	Ende der 80er Jahre	0,64	0,13	0,07 %	13 %	IVDK, Hetero, MSM
Lateinamerika	Ende der 70er – Anfang der 80er Jahre	1,4	0,15	0,5 %	25 %	MSM, IVDK, Hetero
Karibik	Ende der 70er – Anfang der 80er Jahre	0,39	0,06	2,3 %	35 %	Hetero, MSM
Osteuropa und Zentralasien	Anfang der 90er Jahre	0,7	0,25	0,35 %	25 %	IVDK
Westeuropa	Ende der 70er – Anfang der 80er Jahre	0,54	0,03	0,24 %	25 %	MSM, IVDK
Nordamerika	Ende der 70er – Anfang der 80er Jahre	0,92	0,045	0,6 %	20 %	MSM, IVDK, Hetero
Australien und Neuseeland	Ende der 70er – Anfang der 80er Jahre	0,015	0,0005	0,13 %	10 %	MSM
GESAMT		36,1	5,3	1,1 %	47 %	

* Anteil der Menschen, die im Jahr 2000 mit HIV/AIDS leben, unter Verwendung der Bevölkerungszahlen des Jahres 2000 für die Altersgruppe von 15 bis 49 Jahren.

Hetero (heterosexuelle Übertragung), IVDK (Übertragung durch intravenösen Drogenkonsum), MSM (sexuelle Übertragung zwischen Männern).

Selbst im diamantenreichen Botswana, dem Land mit dem höchsten BIP pro Kopf der Bevölkerung in Afrika, wird AIDS in den kommenden zehn Jahren den Staatshaushalt um 20 % beschneiden, Entwicklungsfortschritte zunichte machen und den ärmsten Haushalten 13 % ihres Einkommens nehmen.

- Ein massiveres Vorgehen gegen die Epidemie in Afrika ist zwingend erforderlich und leistbar. Wenn sich Länder ehrgeizige und breitenwirksame, aber erreichbare Ziele setzten, bräuchten sie ungefähr 1,5 Milliarden US\$ pro Jahr für Präventionsmaßnahmen, die das HIV-Risiko für ihre Bevölkerung einschließlich Kindern, Jugendlichen, Arbeitnehmern und Empfängern von Bluttransfusionen verringern. Für Menschen mit HIV und ihre Familien wäre zur Linderung von Schmerzen und Beschwerden, Behandlung und Prävention opportunistischer

Infektionen und Betreuung von Waisen ein Betrag von weiteren 1,5 Milliarden US\$ jährlich erforderlich. Die Bereitstellung antiretroviraler Therapien würde zusätzlich mehrere Milliarden Dollar pro Jahr kosten.

Osteuropa und Zentralasien

Ende 1999 lag die geschätzte Zahl der Erwachsenen und Kinder, die in Osteuropa und den Ländern der ehemaligen Sowjetunion mit HIV oder AIDS leben, bei 420.000. Nur ein Jahr später ist sie nach konservativer Schätzung auf 700.000 gestiegen. Ein Großteil der Viertelmillion Erwachsener, die sich in diesem Jahr infizierten, sind Männer, in der Mehrheit injizierende Drogenkonsumenten. Neue Epidemien bei injizierenden Drogenkonsumenten traten in diesem Jahr in Usbekistan und Estland auf. In Estland wurden im Jahr 2000 weit mehr HIV-Fälle gemeldet als in allen Vorjahren.

Nichts deutet auf ein Nachlassen der rasanten Zunahme von HIV in der Russischen Föderation hin. Nach den in den ersten neun Monaten des Jahres gemeldeten Fällen zu urteilen, könnte die Zahl der im Jahr 2000 insgesamt registrierten Neuinfektionen auf 50.000 steigen. Das ist weit mehr als die insgesamt 29.000 Infektionen, die in dem Land zwischen 1987 und 1999 verzeichnet wurden. Aber selbst dieser massive Anstieg gibt das wahre Ausmaß der Epidemie nicht in vollem Umfang wieder: Nach russischen Schätzungen erfasst das nationale Meldesystem nur einen Bruchteil der Infektionen mit dem HIV, das nach wie vor hauptsächlich durch risikobehaftete Praktiken des intravenösen Drogenkonsums übertragen wird.

In vielen Ländern Osteuropas und Zentralasiens wird der Kampf gegen die Epidemie in einem schwierigen Umfeld geführt. Sozioökonomische Instabilität in der Region fördert Drogenkonsum und gewerblichen Sex und somit die Ausbreitung des Virus. Positiv ist jedoch zu vermerken, dass politische und rechtliche Reformen zunehmend wirksame Wege für HIV-Prävention eröffnen.

So nutzen die meisten Länder bereits eine Vielzahl von Kanälen zur Information und Aufklärung ihrer Bürger über das Virus und AIDS, anstatt zum Beispiel auf wirkungslose Reihenuntersuchungen der Bevölkerung zur HIV-Beobachtung und -kontrolle zu setzen. In Weissrussland beteiligen sich zwölf verschiedene Ministerien im Rahmen eines interministeriellen Komitees an einer AIDS-Bekämpfungsstrategie, die von schadensmindernden Maßnahmen für injizierende Drogenkonsumenten bis zu Aufklärungskampagnen in den nationalen Bahnbetrieben reicht. Durch die Einbeziehung praktisch aller Ministerien und staatlichen Komitees konnte die Gesamtzahl der jährlich gemeldeten Infektionen von 1996 bis 1999 gesenkt werden. Die Präventionsmaßnahmen waren vor allem bei Teenagern erfolgreich. In Kasachstan schickt eine kleine Nicht-Regierungsorganisation (NRO) in der Hauptstadt Astana ihr achtköpfiges Präventionsteam (das auch in einem Rocktheater auftritt) auf die Straße, um dort die Prostituierten über sichere Sexualpraktiken zu informieren und mit Kondomen zu versorgen. Das Team begleitet die Prostituierten auch zu einer Poliklinik, in der sexuell übertragbare Krank-

heiten vertraulich und kostenlos behandelt werden können – das bedeutet eine Abkehr von der traditionellen Praxis der Verhaftung und Zwangsuntersuchung in der Region.

Zunehmend werden in der Region auch umfassende epidemiologische HIV-Verlaufskontrollen bei bestimmten Gruppen (Sentinels) wie Prostituierten, Schwangeren, injizierenden Drogenkonsumenten oder Menschen mit sexuell übertragbaren Infektionen durchgeführt. Die tschechische Republik und Slowenien können sich bereits ausgezeichneter Sentinelverlaufskontrollsysteme rühmen, die zu den besten Europas zählen.

Obwohl die Zahl der jährlich in der Ukraine neu registrierten Fälle seit 1997 offenbar sinkt, deuten neuere Untersuchungsergebnisse über HIV-Infektionen bei Schwangeren darauf hin, dass das Virus zunehmend Eingang in die Allgemeinbevölkerung findet. Die Ukraine hat ein erstklassiges Sentinelüberwachungssystem eingeführt, das künftig ein klareres Bild der Infektionstrends vermitteln wird.

Ein bahnbrechendes Gesetz schrieb 1998 den Grundsatz freiwilliger HIV-Tests und umfassender AIDS-Aufklärung in der Ukraine fest. Eine kürzlich durchgeführte Erhebung – vielleicht der härteste Test für den neuen Ansatz des Landes zur Eindämmung der Epidemie – bestätigte, dass in ukrainischen Gefängnissen Insassen nicht mehr zwangsuntersucht und HIV-Positive nicht mehr isoliert werden. Dieser Umschwung wurde durch ein innovatives Projekt erreicht, das als Modell für AIDS-Bekämpfung und Gefängnisreformen in der Region dienen könnte. Allerdings ist die Haushaltssituation in der Ukraine wie bei vielen ihrer Nachbarn so angespannt, dass Häftlinge kaum ausreichend ernährt, geschweige denn mit Kondomen, Desinfektionsmitteln, Spritzen und Nadeln versorgt werden können.

Asien

Schätzungsweise 700.000 Erwachsene, davon 450.000 Männer, wurden im Verlauf des Jahres 2000 in **Süd- und Südostasien** infiziert. Die Schätzungen entsprechen dem bekannten Risikoverhalten in der Region, in der Männer nicht nur die Mehrheit der injizierenden Drogenkonsumenten

ten stellen, sondern auch der ersten Welle sexueller HIV-Übertragung Vorschub leisten, überwiegend durch gewerblichen Sex, weniger durch sexuelle Beziehungen mit Männern. Insgesamt wird die Zahl der Erwachsenen und Kinder in der Region, die mit HIV oder AIDS leben, Ende 2000 auf 5,8 Millionen geschätzt.

Bangladesch hat bereits in einem sehr frühen Stadium der Epidemie den bemerkenswerten Schritt unternommen, HIV-Infektion und Risikoverhalten epidemiologisch zu erfassen. Nach einem ersten Erhebungszyklus vor zwei Jahren folgten HIV- und Syphilis-Tests sowie Verhaltensumfragen in einer zweiten Runde von August 1999 bis Mai 2000. Die Maßnahmen wurden in Zusammenarbeit mit nicht-staatlichen und staatlichen Partnern durchgeführt, unter ihnen Kliniken für Prostituierte, Nadeltauschprogramme und Drogenentgiftungszentren. Die Untersuchungen erbrachten Hinweise auf eine Reihe von Risikofaktoren wie unsterile Drogeninjektion und falschen Kondomgebrauch, zeigen aber auch bisher extrem niedrige HIV-Infektionsraten.

In der bevölkerungsreichen Region **Ostasien und Pazifik** ist es noch nicht zu einer rasanten Ausbreitung des HIV gekommen. Rund 130.000 Erwachsene und Kinder wurden im Lauf dieses Jahres infiziert. Damit liegt die Zahl der Menschen, die Ende 2000 mit HIV oder AIDS leben, bei 640.000, was einem Anteil von 0,07 % der erwachsenen Bevölkerung in der Region entspricht. Dagegen liegt die Prävalenzrate in Süd- und Südostasien bereits bei 0,56 %.

Allerdings hätte die Epidemie in Ostasien reichlich Raum, sich auszuweiten. Gewerblicher Sex und der Konsum illegaler Drogen sind weit verbreitet, ebenso wie Migration und Mobilität im Land und über Grenzen hinweg. Vor allem in China finden Wanderungsbewegungen statt, an denen Millionen oder mehr Menschen beteiligt sind, die jede andere Völkerwanderung seit Beginn geschichtlicher Aufzeichnungen in den Schatten stellen. Überdies verzeichnet China, nachdem es sexuell übertragbare Infektionen in den 60er Jahren praktisch ausgerottet hatte, heute steil ansteigende Infektionsraten, die Vorboten von höheren HIV-Raten in der Zukunft sein könnten.

Solange die Epidemie in Asien auf niedrigem Niveau verbleibt, droht die HIV-Gefahr unterschätzt zu werden. Vor diesem Hintergrund ist es eine wichtige Aufgabe, hohe Raten von Kondomnutzung dauerhaft aufrechtzuerhalten. Dadurch werden nicht nur die unmittelbar Betroffenen geschützt, es wird auch das Entstehen einer potentiell langen Übertragungskette verhindert. Bei einem Rückgang der Kondomnutzung bestünde die Gefahr, dass in Ländern wie Thailand die HIV-Infektionen wieder rapide zunehmen.

Nordafrika, Naher und Mittlerer Osten

Wegen unzureichender Datenbasis wurden im Zeitraum von 1994 bis 1999 für diese Regionen nur wenige neue Länderschätzungen zum Stand der HIV-Infektionen vorgelegt. Nach aktuellen Erkenntnissen scheint aber die Zahl der Neuinfektionen zuzunehmen. So weisen zum Beispiel lokale Studien in Südalgerien Infektionsraten von rund 1 % bei Schwangeren in Kliniken für werdende Mütter auf, und Kontrollstandorte in Nord- wie Südsudan lassen erkennen, dass sich HIV in der Allgemeinbevölkerung ausbreitet.

Mit geschätzten 80.000 Neuinfektionen im Jahr 2000 ist die Zahl der Erwachsenen und Kinder, die in der Region mit HIV oder AIDS leben, bis Ende 2000 auf 400.000 gestiegen.

Lateinamerika und die Karibik

In **Lateinamerika** liegt der Epidemie ein komplexes Mosaik von Übertragungsmustern zugrunde, in dem sich HIV über Sexualkontakte zwischen Männern, Sexualkontakte zwischen Männern und Frauen und intravenösen Drogenkonsum weiterverbreitet. Schätzungsweise 150.000 Erwachsene und Kinder wurden im Jahr 2000 in Lateinamerika infiziert. In vielen Ländern leben HIV-positive Menschen dank antiretroviraler Therapie länger und gesünder. Zum Ende des Jahres wird die Zahl der Erwachsenen und Kinder in der Region, die mit HIV oder AIDS leben, auf 1,4 Millionen geschätzt, Ende 1999 waren es 1,3 Millionen.

Wenn HIV sich überwiegend innerhalb einer kleinen Bevölkerungsgruppe ausbreitet, zum Beispiel unter

Exkurs 1. Das Zusammenspiel von Faktoren bei der sexuellen Übertragung

Aus aller Welt liegen Hinweise vor, dass bei der Auslösung oder Intensivierung einer sexuell übertragene HIV-Epidemie viele Faktoren zusammenwirken. Zu den **Verhaltens- und Sozialfaktoren** zählen:

- Kondome werden selten oder nie benutzt
- ein großer Anteil der erwachsenen Bevölkerung hat mehrere Partner
- überlappende (und nicht aufeinanderfolgende) sexuelle Partnerschaften – Menschen mit einer frischen HIV-Infektion sind hochansteckend und infizieren daher mit höherer Wahrscheinlichkeit andere Partner, mit denen sie im gleichen Zeitraum Beziehungen haben
- weitreichende sexuelle Netze (häufig bei Personen, die zwischen ihrem Wohnsitz und einem weit entfernten Arbeitsplatz pendeln)
- Beziehungen zwischen verschiedenen Altersgruppen, üblicherweise zwischen älteren Männern und jungen Frauen oder Mädchen
- wirtschaftliche Abhängigkeit der Frauen in der Ehe oder Prostitution, wodurch sie der Kontrolle über die Umstände oder Sicherheit sexueller Handlungen beraubt sind.

Biologische Faktoren sind unter anderem:

- hohe Raten sexuell übertragbarer Infektionen, vor allem solcher, die Genitalgeschwüre verursachen
- niedrige Beschneidungsraten bei Männern
- hohe Virenlast – der HIV-Spiegel im Blut ist üblicherweise am höchsten, wenn eine Person frisch infiziert ist, und dann wieder in den späten Krankheitsstadien.

Alle diese Faktoren begünstigen die Ausbreitung des Virus. Wir wissen aber nicht genau, wie viel jeder einzelne Faktor beiträgt und in welchem Maß sie zusammentreffen müssen, um der Ausbreitung der Epidemie Vorschub zu leisten. Der Faktor Beschneidung bei Männern ist dafür ein gutes Beispiel. Viele Länder, in denen alle Jungen vor der Pubertät beschnitten werden, haben sehr begrenzte Epidemien, und in manchen Ländern mit ausgedehnteren Epidemien weisen beschnittene Männer geringere HIV-Raten auf als Nichtbeschnittene. Allerdings konnte die Tatsache, dass die Mehrzahl botsuanischer Männer beschnitten ist, eine schwere Epidemie in diesem Land, dem reichsten in Afrika südlich der Sahara mit ausgezeichnetem Straßen- und Bahnnetz und ungewöhnlich hoher Bevölkerungsmobilität, nicht verhindern. Ende 1999 waren Schätzungen zufolge über 35 % der erwachsenen Bevölkerung Botsuanas infiziert. Damit hat das Land die höchste HIV-Prävalenzrate der Welt.

Nach heutigem Wissensstand können Epidemiologen nicht mit Sicherheit vorhersagen, wie schnell eine vorhandene Epidemie sich ausbreiten und wann sie ihren Höhepunkt erreichen wird. Kurzfristige Prognosen können dagegen auf der Basis von HIV-Trends und Informationen über Risikoverhalten gemacht werden. Glücklicherweise deutet vieles darauf hin, dass Länder die Zahl der Neuinfektionen letzten Endes verringern können, wenn sie wirksame Präventionsprogramme durchführen, die zu Enthaltbarkeit, Treue und sicheren Sexualpraktiken aufrufen. Von entscheidender Bedeutung wird es sein, die Verwendung von Kondomen – sowohl dem traditionellen als auch dem Kondom für die Frau – zu fördern und Kondome guter Qualität preiswert und leicht zugänglich bereitzustellen. Kondome schützen, unabhängig von Alter oder Mobilität der Partner, dem Umfang ihrer sexuellen Netze oder dem Vorliegen einer anderen sexuell übertragbaren Infektion.

Männern, die sexuelle Kontakte mit Männern haben, dann ist vorübergehend nur eine begrenzte Zahl von Menschen einem Infektionsrisiko ausgesetzt (auch wenn Bisexualität und Drogenkonsum Brücken zur Allgemeinbevölkerung bilden können). Wo aber HIV vor allem durch Geschlechtsverkehr zwischen Männern und Frauen übertragen wird, ist ein weit größerer Teil der Gesamtbevölkerung unmittelbar bedroht. Dieses Übertragungsmuster ist in der **Karibik** vorzufinden, wo die höchsten HIV-Raten der Welt außerhalb Afrikas verzeichnet werden.

Obwohl sich Gesundheitsministerien in der Karibik seit langem der galoppierenden Epidemie und ihrer Auswirkungen auf die Region bewusst sind, leitete eine Reihe von Spitzengesprächen im Jahr 2000 eine neue Phase öffentlichen Bewusstseins und öffentlicher Kenntnisnahme von AIDS ein. Bei einem von der Weltbank organisierten Treffen der "Karibischen Gruppe für Zusammenarbeit bei der wirtschaftlichen Entwicklung" im Juni diesen Jahres stellten Premierminister und Finanzminister für den Zeitrahmen 2000-2020 die HIV-Epidemie als wesentliche Entwicklungsbedrohung in den Mittelpunkt. Im Juli erkannten die Regierungschefs der Karibischen Gemeinschaft (CARICOM) öffentlich an, dass die Epidemie in der Region die Entwicklungsfortschritte von drei Jahrzehnten zu vernichten droht. Dem folgte ein Spitzengespräch über HIV/AIDS, zu dem der Premierminister von Barbados im September 2000 lud. Dem Gespräch in Barbados, an dem Premierminister und Minister der Region sowie bilaterale Geber und Vertreter der Weltbank und der Vereinten Nationen teilnahmen, gelang ein Durchbruch im Hinblick auf politisches Engagement zur Bekämpfung der Epidemie und neue Finanzierungszusagen, allen voran von den Niederlanden. Als Hilfe zu verstärktem Engagement kündigte die Weltbank ein Neukreditprogramm in Höhe von 85-100 Millionen US\$ für Maßnahmen gegen HIV/AIDS in der Karibik an.

Der Premierminister von Barbados, der in Kürze den Vorsitz der CARICOM übernehmen wird, hat AIDS auf die Tagesordnung des Treffens im Februar 2001 gesetzt. Zu diesem Termin wird CARICOM voraussichtlich eine karibische Partnerschaft gegen HIV/AIDS offiziell ins Leben rufen.

Länder mit hohem Einkommen

Aus den reicheren Ländern der Erde sind keine Fortschritte bei den Präventionsbemühungen zu vermelden. Es gibt keine nationalen Überwachungssysteme für HIV-Inzidenz, aber die verfügbare Informationen lassen bei der Zahl neu infizierter Menschen keinen Rückgang gegenüber dem Vorjahr erkennen. Insgesamt infizierten sich im Verlauf des Jahres 2000 schätzungsweise 30.000 Erwachsene und Kinder in **Westeuropa** und 45.000 in **Nordamerika** mit HIV. Die HIV-Prävalenz ist insgesamt in beiden Regionen leicht gestiegen, vor allem weil die antiretrovirale Therapie HIV-positiven Menschen ein längeres Leben ermöglicht.

Tausende von Infektionen werden noch immer durch ungeschützten Geschlechtsverkehr unter Männern verursacht. Nach Berichten über gestiegenes sexuelles Risikoverhalten vor allem junger Männer zu urteilen, wächst die Nachlässigkeit angesichts des HIV-Risikos in dieser Zeit, in der nur wenige junge homosexuelle Männer Freunde an AIDS haben sterben sehen und in der antiretrovirale Substanzen von manchen fälschlicherweise für Heilmittel gehalten werden. Ein andauerndes Problem für die Prävention ist die nach wie vor vorhandene Stigmatisierung von Homosexualität. Sie kann heranwachsenden Jungen, die spüren, dass sie "anders" sind, große Probleme bereiten; viele von ihnen werden dadurch unnötiger Gefahr und Verwundbarkeit ausgesetzt.

Die Auswirkungen versäumter Prävention spüren aber vor allem injizierende Drogenkonsumenten und ihre Familien. In dieser Gruppe tritt in vielen Ländern mit hohem Einkommen ein Großteil der Neuinfektionen auf. Die meisten dieser Infektionen hätten vermieden werden können. Präventionsprogramme mit den Komponenten AIDS-Aufklärung, Förderung der Kondomnutzung, Injektionsbesteck-Austausch und Drogenbehandlung (gegebenenfalls mit fortgesetzter Verabreichung von Methadon, das nicht injiziert wird) haben ihre Wirksamkeit nicht nur in hochindustrialisierten Ländern unter Beweis gestellt, sondern auch in Übergangsökonomien wie etwa in Weissrussland, wo ein Schadensminderungsprogramm in zwei Durchführungsjahren mehr als 2.000 Neuinfektionen verhin-

dem konnte, und das bei Kosten von nur etwa 29 US\$ pro verhinderter Infektion. Auch in den USA kommt eine aktuelle Studie zu dem Schluss, dass die Vermeidung von HIV-Infektionen durch Schadensminderungsprogramme ökonomisch sinnvoll ist. Gefordert ist der politische Wille, wirklich effektive Maßnahmen zu ergreifen, die gesellschaftlich Ausgegrenzte und ihre Partner auch erreichen.

Afrika südlich der Sahara

In Afrika südlich der Sahara wurden im Jahr 2000 schätzungsweise 3,8 Millionen Erwachsene und Kinder mit HIV infiziert. Damit liegt die Gesamtzahl der Menschen, die dort mit HIV/AIDS leben, zum Jahresende bei 25,3 Millionen. Im gleichen Zeitraum begann sich der Gesundheitszustand von mehreren Millionen Afrikanern, die sich in früheren Jahren infiziert hatten, zu verschlechtern, und 2,4 Millionen Menschen in einem fortgeschrittenen Stadium der Infektion starben an HIV-assoziierten Krankheiten. Die Region steht somit auch weiterhin vor einer Aufgabe kolossalen Ausmaßes, die drei wesentliche Komponenten umfasst:

- einer wachsenden Zahl von Menschen mit HIV-assoziierten Krankheiten Fürsorge, Unterstützung und Solidarität zukommen zu lassen
- die jährliche Zahl der Neuinfektionen zu verringern, indem Menschen in die Lage versetzt werden, sich selbst und andere zu schützen
- die Folgen von über 17 Millionen AIDS-Todesfällen für Waisen und andere Überlebende, für Gemeinschaften und für die nationale Entwicklung zu tragen.

Obwohl Afrika südlich der Sahara einmal mehr an erster Stelle steht als die Region mit der höchsten Zahl jährlicher Neuinfektionen, zeichnet sich vielleicht ein neuer Trend am Horizont ab: Die regionale HIV-Inzidenz scheint sich zu stabilisieren. Weil die langanhaltenden Epidemien in afrikanischen Ländern bereits eine große Anzahl von Menschen erfasst haben, die aufgrund ihres Verhaltens infektionsgefährdet sind, und weil wirksame Präventionsmaßnahmen in einigen Ländern die Menschen in die Lage versetzt haben, ihr Infektionsrisiko zu verringern, hat sich in vielen Ländern die Zahl der jährlichen Neuinfektionen stabilisiert

oder ist sogar gesunken. Diese Rückgänge beginnen nun den nach wie vor steigenden Infektionsraten in anderen Teilen Afrikas, vor allem im südlichen Teil des Kontinents, die Waage zu halten. Insgesamt waren daher im Jahr 2000 in der Region mit 3,8 Millionen etwas weniger Neuinfektionen zu verzeichnen als 1999 mit 4,0 Millionen. Dieser Trend wird allerdings nicht anhalten, wenn sich das Virus in Ländern wie Nigeria schnell auszubreiten beginnt.

Im Augenblick nimmt die HIV-Prävalenz – der Anteil der Menschen, die in der Region mit HIV oder AIDS leben – weiter zu, weil die jährliche Zahl der Neuinfektionen noch die Zahl der Todesfälle übersteigt. Gleichzeitig steigt die AIDS-bedingte Sterblichkeit, da Menschen, die vor Jahren infiziert wurden, HIV-assoziierten Krankheiten erliegen (die durchschnittliche Überlebensdauer ohne antiretrovirale Therapie wird auf etwa 8-10 Jahre geschätzt). Insgesamt starben im Jahr 2000 2,4 Millionen Menschen an AIDS, 1999 waren es 2,2 Millionen. Sofern wesentlich mehr Menschen Zugang zu lebensverlängernden Therapien erhalten und die Zahl der Neuinfektionen nicht erneut zu steigen beginnt, ist für die nächsten Jahre mit einer Stabilisierung und schließlich einem Rückgang der Zahl überlebender HIV-positiver Afrikaner zu rechnen, da AIDS zunehmend das Leben der vor langer Zeit infizierten Menschen fordert.

Die nationalen HIV-Prävalenzraten in Afrika südlich der Sahara, die im UNAIDS-Bericht vom Juni 2000 (*Report on the global HIV/AIDS epidemic – June 2000*) veröffentlicht wurden, variieren nach wie vor erheblich von Land zu Land. Sie reichen von unter 2 % der erwachsenen Bevölkerung in manchen westafrikanischen Ländern bis zu 20 % oder mehr im südlichen Teil des Kontinents, und liegen in den Ländern Zentral- und Ostafrikas zwischen beiden Werten. Zu bedenken ist allerdings, dass Prävalenzraten nicht das lebenslange Risiko der Menschen wiedergeben, sich eine HIV-Infektion zuzuziehen oder an AIDS zu sterben. In den acht afrikanischen Ländern, in denen mindestens 15 % der heute Erwachsenen infiziert sind, gehen konservative Analysen davon aus, dass etwa ein Drittel der heute Fünfzehnjährigen an AIDS sterben wird.

Exkurs 2. Wissen ist Macht

Die HIV-Epidemie verbreitet sich durch Geschlechtsverkehr zwischen einer infizierten mit einer nichtinfizierten Person. Wissen beide Partner nicht, ob sie infiziert sind – und nach konservativen Schätzungen trifft das weltweit auf neun Zehntel der HIV-positiven Menschen zu – bieten nur Sex ohne Penetration oder kondomgeschützter Geschlechtsverkehr Sicherheit. Allerdings haben auch Kondome ihre Nachteile, vor allem in einer stabilen Partnerschaft, in der eine Schwangerschaft erwünscht ist. Auch kann es einem Partner schwer fallen, plötzlich die Verwendung von Kondomen vorzuschlagen. Vielen Einzelpersonen und Paaren in Afrika, wo die HIV-Prävalenz hoch ist, könnte das Wissen, ob sie infiziert sind oder nicht, bessere Möglichkeiten der HIV-Prävention eröffnen.

Ein Ansatz ist die nutzerfreundlichere Gestaltung freiwilliger Testmöglichkeiten. Ugandas AIDS Information Centre (AIC), eine nichtstaatliche Organisation mit Sitz in Kampala, hat seit 1990 350.000 Menschen vertraulich beraten und auf HIV getestet. Seit 1997 liefert AIC die Testergebnisse am gleichen Tag. Früher musste man zwei Wochen warten, um das Ergebnis eines HIV-Tests zu erhalten, und 25-30 % der getesteten Personen holten ihre Ergebnisse nicht ab. Umfragen unter den AIC-Klienten bestätigen, dass 85 % von ihnen Ergebnisse am gleichen Tag vorziehen und 76 % bereit sind, für den schnellen Service mehr zu zahlen. Durchschnittlich halten sich die Klienten zur Zeit zwei Stunden im AIC auf, obwohl das Verfahren in 30 Minuten durchgeführt werden kann.

Wie geht Afrika mit HIV um?

Wie aus den ersten Kapiteln dieses Status-Berichts hervorgeht, ist HIV in jedes Land der Erde vorgezogen. Aber die Tabelle auf Seite 5 macht schmerzlich bewusst, dass ein Kontinent weit stärker von AIDS betroffen ist als jeder andere. Afrika ist die Heimat von 70 % der Erwachsenen und 80 % der Kinder, die auf der Erde mit HIV leben, und hat drei Viertel der mehr als 20 Millionen Menschen, die seit Beginn der Epidemie weltweit an AIDS starben, zu Grabe getragen. Zusätzlich zu dem persönlichen Leid, das eine HIV-Infektion begleitet, wo immer sie zuschlägt, droht das Virus in Afrika südlich der Sahara ganze Gemeinschaften zu zerstören und die Region auf ihrem Weg in eine gesündere und wohlhabendere Zukunft um Jahrzehnte zurückzuwerfen.

In den folgenden Abschnitten befassen wir uns damit, wie sich AIDS auf das Leben und den Lebensunterhalt von Männern, Frauen und Kindern in den am stärksten betroffenen Ländern, vor allem

in den Ländern des südlichen Afrika, auswirkt. Die vorliegenden Informationen machen zwei Sachverhalte deutlich. Erstens ist die durch HIV verursachte Verwüstung sehr real, gleich ob man die Wirkung an den Zukunftsaussichten von Kindern oder an den Betriebsergebnissen von Unternehmen misst. Der zweite Faden, der sich durch diesen Bericht zieht, ist die Tatsache, dass die Epidemie neue Kräfte weckt. Regierungen, Unternehmen, Familien und Gemeinschaften passen sich – mit mehr oder weniger Mühen und Schmerz – den durch die Epidemie entstandenen neuen Gegebenheiten an. Hier zeigt sich einmal mehr die ermutigende Fähigkeit der Menschen in ganz Afrika, sich neuen Herausforderungen gewachsen zu zeigen, wenn die Situation hoffnungslos erscheint.

Private Haushalte: Krisenbewältigung im Rahmen des Möglichen

In den von der Epidemie am schlimmsten betroffenen Ländern spielen sich Krankheit und Tod häufig vor einem Hintergrund unzureichender öffentlicher

Versorgungsleistungen, geringer Beschäftigungsperspektiven und endemischer Armut ab – Faktoren, die nicht direkt mit der HIV-Epidemie zusammenhängen, aber durch sie verschärft werden können. Diese Faktoren beeinträchtigen nicht nur die Fähigkeit von Gemeinschaften, einzugreifen und den am schlimmsten von AIDS Betroffenen zu helfen, sie erschweren es auch, die Auswirkungen von AIDS auf Haushaltsebene zu messen. Viele Studien, die sich mit AIDS-betroffenen Haushalten befassen, sammeln nicht gleichzeitig Informationen über nicht betroffene Haushalte, so dass die Auswirkungen von Krankheit und Tod eines jungen Erwachsenen im Vergleich zu den Folgen anderer Schicksalsschläge wie Dürre, Inflation oder einer Erhöhung der Schul- oder Gesundheitsdienstgebühren nur schwer bestimmt werden können. Und da die meisten dieser Studien nur zu einem bestimmten Zeitpunkt durchgeführt werden, erfassen sie die Haushalte nicht, die die Krise nicht bewältigt, sich durch AIDS aufgelöst, junge Menschen auf die Straße und alte Menschen in Not und Tod getrieben haben.

Aus den vorliegenden Informationen geht hervor, dass private Haushalte die Hauptlast des durch die Epidemie verursachten Elends tragen. Allerdings zeigen neue Analysen von Informationen, die in einer früheren Phase der Epidemie in der Vereinigten Republik Tansania gesammelt wurden, dass private Haushalte und Gemeinschaften stabiler sind, als vormals angenommen. Eine umfangreiche Studie ländlicher Haushalte über einen Zeitraum von mehreren Jahren zu einer Zeit, als etwa 10-25 % der jungen Erwachsenen in der Region Kagera mit HIV infiziert waren und AIDS die Sterbeziffer junger Erwachsener um zwei Drittel in die Höhe getrieben hatte, lässt Zweifel an früheren Annahmen über die Folgen eines frühen Todes für einen Haushalt aufkommen. Nur sehr wenige Haushalte, die einen solchen Todesfall beklagten, bestanden ausschließlich aus alten und jungen Menschen. Weniger als einer von zehn Haushalten hatte kein überlebendes Mitglied im Alter von 15 bis 50 Jahren. Alte Menschen litten weder mehr an Krankheiten, noch waren sie in höherem Maße gezwungen, landwirtschaftliche oder andere Arbeiten zu verrichten, als in von AIDS oder anderen Todesfällen nicht betroffenen Haushalten. Auch Waisen zeigten nicht deutlich mehr

Symptome der Unterernährung als Nichtwaisen, unabhängig davon, wer für sie nach dem Tod der Eltern sorgte.

Eine andere Untersuchung in derselben tansanischen Bevölkerungsgruppe befasste sich detaillierter mit der Frage, was Haushalte tun, um nach dem Verlust eines jungen Erwachsenen finanziell über die Runden zu kommen. Die Studie kam zu dem Schluss, dass es – abhängig vom Wohlstand eines Haushalts – erhebliche Unterschiede gab, wie die Krise bewältigt wurde. In armen Haushalten gingen in den sechs Monaten nach dem Tod eines jungen Erwachsenen die Ausgaben für Nahrungsmittel um nahezu ein Drittel und der Nahrungsmittelkonsum um etwa 15% zurück, während in nicht armen Haushalten sowohl die Ausgaben als auch der Konsum von Nahrungsmitteln stiegen, möglicherweise wegen des Trauermahls. Der Unterschied ist vielleicht durch den besseren Zugang wohlhabenderer Haushalte zu finanzieller Unterstützung zu erklären. In den sechs Monaten nach dem Tod eines jungen Erwachsenen erhielten nicht arme Haushalte durchschnittlich 20.000 Schilling pro Haushaltsmitglied (rund 25 US\$ zu aktuellen Wechselkursen) von Verwandten, Freunden oder aus anderen privaten Quellen. Arme Familien dagegen erhalten praktisch keine Hilfe von Freunden und Verwandten und müssen sich Geld leihen oder sind auf Sozialhilfe angewiesen, die oft erst Monate nach dem Todesfall eintrifft. Das zeigt einmal mehr, wie wichtig es ist, AIDS-Hilfsmaßnahmen gezielt auf die Haushalte in größter Not auszurichten.

Eine Studie über AIDS-betroffene Haushalte in Sambia zur Notwendigkeit, Ressourcen zielgerichtet einzusetzen, kam zu ähnlichen Schlussfolgerungen und empfahl die Erarbeitung unterschiedlicher Entlastungsstrategien für verschiedene Bevölkerungssegmente. Die Studie stellte fest, dass Kinder in AIDS-betroffenen Haushalten in städtischen Gegenden häufig die Schule abbrachen, weil ihre Versorger kein Geld für die Schulgebühren hatten – ein Problem, dass durch Bildungszuschüsse für Waisenkinder entschärft werden könnte. In ländlichen Gebieten dagegen, wo Kinder aus der Schule genommen wurden, um anstelle eines kranken oder sterbenden Erwachsenen auf dem Feld zu arbeiten, wäre vielleicht ein kommunaler Arbeits-

kraftpool, der AIDS-betroffene Haushalte unterstützen könnte, eine Lösung.

Eine weitere Herausforderung in ländlichen Regionen ist die Weitervermittlung von Wissen an die jüngere Generation. Aus Studien geht hervor, dass verwaiste Kinder selten in der Lage sind, die ihnen hinterlassenen landwirtschaftlichen Aufgaben zu meistern. In Namibia sahen Kinder, die Kleinvieh – Hühner und Ziegen – geerbt hatten, viele ihrer Tiere sterben, nur weil sie keine Erfahrung hatten, wie man ordentlich für sie sorgt. Laut einer Umfrage in Kenia wussten vier von fünf Waisen, die in einem ländlichen Gebiet Landwirtschaft betrieben, nicht, wohin sie sich wenden sollten, um Information über Nahrungsmittelproduktion zu erhalten.

Unglücklicherweise werden die Ressourcen, die diese Kindern beraten und unterstützen könnten, selbst durch HIV dezimiert. Die namibische Studie schätzte, dass landwirtschaftliches Personal, dessen Aufgabe es ist, Landwirte zu beraten und auszubilden, mindestens ein Zehntel der Arbeitszeit bei Beerdigungen verbringt. Landwirtschaftliche Berater im Distrikt Gweru in Simbabwe mussten wegen des Besuchs von Beerdigungen Lohnverluste in Höhe von 10 % hinnehmen. In Malawi verdoppelten sich die Todesfälle unter Mitarbeitern des Ministeriums für Landwirtschaft und Bewässerung von 5 pro 1.000 im Jahr 1996 auf 10 pro 1.000 im Jahr 1998; dieser Anstieg ist im Wesentlichen auf AIDS zurückzuführen.

Exkurs 3.

Gemeinschaften, die Waisen in deren Zuhause unterstützen: Ein kostengünstiges Betreuungsmodell

Mit absehbar steigenden Zahlen von AIDS-Waisen werden Stimmen laut, die einen Ausbau des institutionellen Betreuungsangebots für Kinder fordern, aber diese Lösung ist praktisch unbezahlbar. In Äthiopien beispielsweise kostet die Unterbringung eines Kindes in einem Waisenhaus zwischen 300 und 500 US\$ pro Jahr, das ist mehr als das Dreifache des nationalen Pro-Kopf-Einkommens. Zudem ist diese Lösung tragisch für Kinder, die von ihren Geschwistern getrennt, aus ihren Gemeinschaften gerissen und in einem Umfeld großgezogen werden, das sie nicht auf ein Leben als Erwachsene vorbereitet. Institutionelle Unterbringung ist problematisch für eine Gesellschaft, die größere Zahlen junger Erwachsener nur schwer integrieren kann, wenn diese nicht in der Gemeinschaft sozialisiert wurden, in der sie später leben müssen.

Kirchengruppen in Simbabwe haben die Lösung entwickelt, dass Gemeindemitglieder Waisen dort besuchen, wo sie – mit Pflegeeltern, Großeltern, anderen Verwandten oder in von Kindern geführten Haushalten – leben. Die Freiwilligen, die ihre Gemeinden gut kennen, suchen die bedürftigsten Familien in wöchentlichen oder zweiwöchentlichen Abständen auf und stellen sicher, dass Versorger und Kinder die materielle und emotionale Unterstützung bekommen, die sie brauchen, um den Haushalt zusammenzuhalten. Haushalte, die Waisen betreuen, werden nach Bedarf mit Kleidung, Decken, Schulgebühren, Saatgut und Dünger versorgt, und Gemeinden beteiligen sich zum Beispiel an der Bewirtschaftung von Gemeindefeldern und einkommenschaffenden Maßnahmen zur Unterstützung des Programms. Das Programm arbeitet mit 180 Freiwilligen, die über 2.700 Haushalte mit Waisenkinder betreuen. Insgesamt kostet das Programm weniger als 10 US\$ pro betreuter Familie. Die Mittel werden von einer nichtstaatlichen Organisation, dem Family AIDS Caring Trust, und lokalen Kirchen bereitgestellt. Dieser gemeinwesenorientierte Ansatz der Waisenunterstützung wurde inzwischen in ganz Simbabwe eingeführt, und ähnliche Modelle entstehen derzeit vielerorts in anderen afrikanischen Ländern wie Kenia, Malawi und Sambia.

AIDS und Bildung: Komplexe Verkettungen

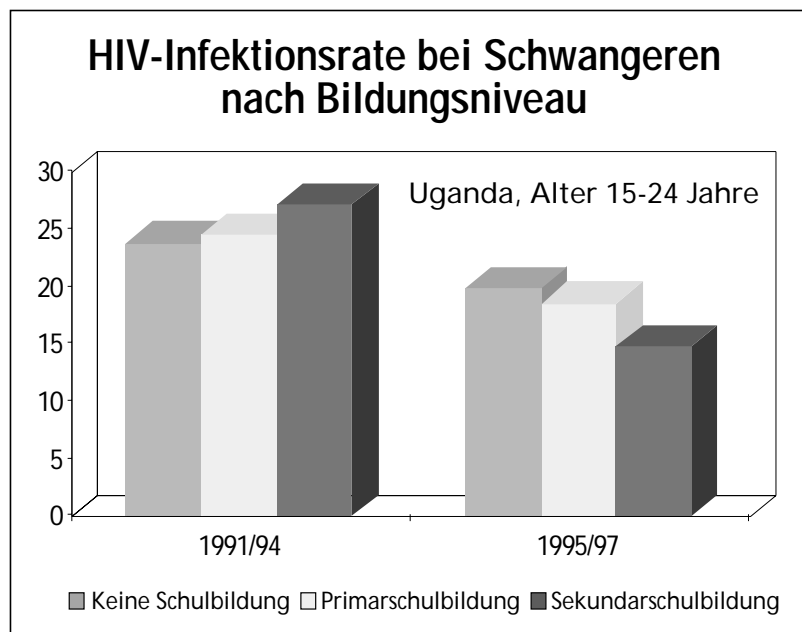
So wie die besser gebildeten Bevölkerungssegmente in den Industrieländern sich als Erste für eine gesundheitsbewusste Lebensführung mit körperlicher Bewegung, Nichtrauchen und gesunder Ernährung entschieden, scheint sich in Afrika südlich der Sahara ein ähnliches Muster in Bezug auf HIV abzuzeichnen. Eine Analyse von Studien über die Altersgruppe der Fünfzehn- bis Neunzehnjährigen kam zu dem Ergebnis, dass Teenager mit höherem Bildungsniveau heute mit sehr viel größerer Wahrscheinlichkeit Kondome verwenden als Teenager mit niedrigerem Bildungsniveau und – vor allem in Ländern mit schweren Epidemien – weniger bereit sind, sich auf Gelegenheitssex einzulassen. Das war in einem frühen Stadium der afrikanischen Epidemie nicht der Fall. Damals ging Bildung häufig Hand in Hand mit mehr verfügbarem Einkommen und höherer Mobilität, beides Faktoren, die die Neigung zu Gelegenheitssex und das Risiko einer HIV-Infektion erhöhten. Aber mit wachsendem Informationsangebot über HIV wandelte sich Bildung von einem Risikofaktor zu einem Schutzschild. Weil höher Gebildete besser gerüstet sind, Präventionswissen praktisch umzusetzen, und weil sie im Leben generell mehr Optionen haben, setzen sie sich heute in geringerem Maß dem Risiko einer HIV-Infektion aus.

Die nachstehende Abbildung zeigt die Ergebnisse von Erhebungen in West-Uganda bei Schwangeren im Alter von 15 bis 24 Jahren. Im Zeitraum von 1991 bis 1994 waren die Infektionsraten bei jungen Frauen mit Sekundarschulbildung höher als bei weniger gebildeten Frauen. Im Zeitraum von 1995 bis 1997 war die Infektionsrate gebildeter Frauen aber um fast die Hälfte gesunken, während der Rückgang bei Frauen ohne formale Schulbildung weit geringer war.

Wenn das die gute Nachricht ist, dann ist die schlechte, dass AIDS inzwischen die Breitenwirkung und Qualität des Bildungssystems selbst bedroht. Die Epidemie hat diesen Sektor ebenso wenig verschont wie das Gesundheitswesen, die Landwirtschaft oder den Bergbau.

Auf der Nachfrageseite reduziert HIV die Zahl der Kinder in der Schule. HIV-positive Frauen haben weniger Kinder, zum Teil weil sie vor Ende ihrer gebärfähigen Lebensphase sterben, und bis zu einem Drittel ihrer Kinder sind selbst infiziert und erreichen das Schulalter vielleicht nicht. Viele Kinder, die ihre Eltern durch AIDS verloren haben oder in Haushalten mit angenommenen AIDS-Waisen leben, müssen eventuell die Schule abbrechen, um Geld zu verdienen, oder weil die Schulgebühren einfach unerschwinglich geworden sind.

Auf der Angebotsseite zeichnet sich in vielen afrikanischen Ländern Lehrermangel ab. In Sambia sterben zunehmend Lehrkräfte an AIDS, und viele können nur sporadisch unterrichten, weil sie krank sind. Swaziland schätzt, dass es in den nächsten 17 Jahren mehr als doppelt so viele Lehrkräfte wie üblich ausbilden muss, um das Unterrichtsangebot wenigstens auf dem Stand von 1997 zu halten.



Kilian A. et al. "Reductions in risk behaviour provide the most consistent explanation for the declining prevalence of HIV-1 infection in Uganda." ("Verringertes Risikoverhalten ist die wahrscheinlichste Erklärung für rückläufige HIV-1-Infektionsraten in Uganda.") *AIDS*, 1999, 13:3, S. 391-398.

Ohne diese zusätzliche Lehrerausbildung würden die Klassengrößen auf über 50 Schüler pro Lehrkraft anwachsen. Zusammen mit Kranken- und Sterbegeldern für Lehrer würden die zusätzlichen Einstellungs- und Ausbildungskosten die Staatskasse bis 2016 mit etwa 233 Millionen US\$ belasten – das ist mehr als der gesamte Staatshaushalt des Jahres 1998/99 für alle Güter und Leistungen.

Die hohen Kosten von HIV für die Wirtschaft

HIV trifft Unternehmen am unmittelbarsten, indem es ihr Personal angreift. Bereits 1993, als HIV gerade erst anfang, Krankheit und Tod unter Arbeitnehmern in Côte d'Ivoire zu verursachen, lagen die Krankenkosten von vier Unternehmen in Abidjan zwischen 1,8 und 3,7 Millionen US\$. 1997 beliefen sich die durch AIDS bedingten Kosten in Abidjan auf einen Wert von 0,8-3,2 % der ausbezahlten Gesamtlöhne. Eine Erhebung bei fünf Firmen in Äthiopien Mitte der 90er Jahre kam zu dem Ergebnis, dass AIDS in einem Fünfjahreszeitraum für über die Hälfte der Krankheitslast verantwortlich war und höhere Fehlzeiten und Krankenkosten verursachte. In der Vereinigten Republik Tansania stiegen die durchschnittlichen Krankenkosten pro Jahr und Mitarbeiter zwischen 1993 und 1997 laut einer Erhebung in sechs Unternehmen wegen AIDS um mehr als das Dreifache und die Bestattungskosten der Unternehmen verfünffachten sich.

Nach Absprache mit Gewerkschaften und Mitarbeitern führen mehr und mehr Firmen Erhebungen mit freiwilligen und anonymen HIV-Tests für ihre Angestellten durch. Diese Erhebungen enthüllen nicht, wer mit AIDS lebt, aber sie vermitteln eine Vorstellung von den Infektionsraten der Mitarbeiter auf verschiedenen Qualifikationsstufen. Sie helfen Unternehmen, Präventionsmaßnahmen am Arbeitsplatz zielgerichteter zu gestalten und den künftigen Bedarf an Gesundheitsfürsorge, Rente, Personalbeschaffung und Fortbildung zu planen.

Neuere Untersuchungsergebnisse geben Aufschluss über das Ausmaß der HIV-Folgen, mit denen für die Zukunft zu rechnen ist. Eine Studie

aus dem Jahr 1999 über Bergleute im südlichen Afrika stellte fest, dass über ein Drittel der Arbeitskräfte im Alter von Ende Zwanzig bis Ende Dreißig und jeweils ein Viertel der jüngeren und älteren Arbeitskräfte mit HIV infiziert war. Die Quoten liegen bei Arbeitnehmern in anderen Sektoren ähnlich hoch, zumindest in Südafrika. In einer Zuckerfabrik lebten zum Beispiel 26 % der Arbeitskräfte mit HIV. Hier wie auch im Bergbau waren die HIV-Raten bei ungelernten Arbeitskräften höher als bei Führungskräften. Neun Zehntel der HIV-positiven Arbeitskräfte waren verheiratet; von ihnen waren durchschnittlich sechs bis sieben Menschen wirtschaftlich abhängig. Aus den Krankenakten von HIV-positiven Arbeitskräften, die in den 90er Jahren aus gesundheitlichen Gründen aus dem Unternehmen ausschieden, geht hervor, dass diese in den letzten zwei Jahren vor ihrem Ausscheiden über zwanzigmal eine Klinik aufsuchten und durchschnittlich siebzehn Tage nicht arbeiteten. Die mit diesen Fehlzeiten verbundenen Produktivitätsverluste, die Kosten für ambulante und stationäre Behandlung und die Ausbildung und Bezahlung neuer Arbeitskräfte als Ersatz für die Kranken kosteten die Zuckerfabrik rund 8.465 Rand (über 1.000 US\$) pro erkrankter Arbeitskraft. Da die Zahl der derzeit mit HIV infizierten Arbeitskräfte bei weitem die Zahl der bereits Ausgeschiedenen übersteigt, wird das Unternehmen in nur sechs Jahren voraussichtlich das Zehnfache des heutigen Betrags für kranke Mitarbeiter bezahlen müssen. Und dabei ist der in naher Zukunft abzusehende drastische Anstieg von Kranken- und Lebensversicherungsprämien für Angestellte noch nicht einmal mit einberechnet.

Angesichts niedrigerer Produktivität und höherer Kosten entscheiden sich manche Unternehmen, ihre Aktivitäten in Länder zu verlagern, die von der Epidemie weniger betroffen sind. Von anderen wird berichtet, dass sie keine ungelernten Arbeitskräfte mehr beschäftigen und deren Arbeit an andere Unternehmen vergeben, unter anderem, um keine Sozialleistungen für Mitarbeiter zahlen zu müssen. Diese Taktik gefährdet offensichtlich die wirtschaftliche Sicherheit der Arbeitnehmer und bürdet die im Umgang mit HIV entstehenden Kosten vor allem privaten Haushalten und Regie-

rungen auf. Aber sie kann sich auch sehr leicht gegen die Interessen der Arbeitgeber selbst wenden. Investitionen in Maßnahmen, die den Angestellten ein längeres, gesünderes Leben ermöglichen, sind ein Beitrag zur Erhaltung eines kenntnisreichen, erfahrenen und loyalen Mitarbeiterstamms, der sich so lange wie möglich nach besten Kräften engagiert.

Die hohen Kosten von AIDS in der Belegschaft – Produktivitätsverlust, Neueinstellungen und Umschulungen, höhere Kosten für Versicherungen und medizinische Versorgung – sind ein weiteres Argument für Investitionen in HIV-Präventionsprogramme für Männer und Frauen am Arbeitsplatz. Trotzdem sind private und staatliche Stellen, die den Weitblick haben, sich mit dem Thema HIV unter Mitarbeitern auseinander zu setzen, nach wie vor dünn gesät. Auch wenn Geschäftsführer die langfristige Bedrohung durch AIDS für die Ertragskraft ihres Unternehmens erkennen, ist ihr Blick in einem von Inflation, fallenden Wechselkursen, Arbeitskampf, politischen Unruhen und Stromrationierung geprägten Klima oft auf kurzfristiges Überleben ausgerichtet.

Unternehmensleitungen sträuben sich vielleicht gegen die Einführung von HIV-Präventionsprogrammen am Arbeitsplatz, weil sie glauben, diese seien teuer. In Wirklichkeit trifft das nicht unbedingt zu. In einem Fall wurden Fabrikarbeitskräfte zu Kosten von nur 6 US\$ pro Arbeitskraft dazu ausgebildet, Kollegen AIDS-Information und Unterstützung zu risikoärmerem Verhalten zu geben, worauf die Zahl der HIV-Neuinfektionen um ein Drittel niedriger war als in Fabriken, die diese Präventionsinvestition nicht getätigt hatten. Mehrere Arbeitgeber haben sich nun zusammengeschlossen und einen Investitionsfonds gegründet, in den jedes Unternehmen 170 US\$ pro Jahr einzahlt und aus dem Mitarbeiteraufklärung sowie kostenlose Beratung und freiwillige HIV-Tests für Mitarbeiter bezahlt werden sollen. Je umfassender die Ansätze, um so bessere Ergebnisse können erzielt werden. Ein gutes Beispiel gibt eine Gruppe von Bergwerken in Südafrika, die ihre HIV-Präventionsmaßnahmen über die eigene Belegschaft hinaus ausgedehnt haben. Mit mobilen Kliniken suchte das Projekt besonders Frauen zu erreichen, die mit Bergleuten kommerziellen Geschlechtsverkehr

Exkurs 4. Kenia investiert in seine Zukunft: Prävention für staatliche Angestellte

In den meisten afrikanischen Ländern ist der größte Arbeitgeber kein Privatunternehmen, sondern der Staat. Konfrontiert mit einer Zukunft, in der sie qualifiziertes Personal verlieren und die Rentenausgaben steigen werden, haben zahlreiche staatliche Stellen in Kenia begonnen, in Präventionsprogramme zu investieren.

Ein Beispiel kommt aus Thika, einem Distrikt unweit der kenianischen Hauptstadt Nairobi, in dem derzeit ein Drittel der bei Schwangeren durchgeführten Tests – die höchste Rate im Land – HIV-positive Ergebnisse erbringt. In Thika liegt die von Nairobi-Stadt betriebene Wasseraufbereitungsanlage von Ngethu. Mit Unterstützung durch AMREF, einer nichtstaatlichen Organisation mit Sitz in Nairobi, hat das Management der Anlage Mitarbeiter dazu ausgebildet, ihre Kollegen über HIV-Prävention und -Fürsorge zu informieren. Kondome und Behandlungsmöglichkeiten für sexuell übertragbare Infektionen werden bereitgestellt. Das Programm läuft gut und wird wahrscheinlich auf die 2.700 Angestellten der Wasserbehörden von Nairobi-Stadt ausgedehnt.

Die kenianische Regierung hat auch für Angestellte der Post, der nationalen Steuereinzugsbehörde, der Hafenbehörde und der Polizei Maßnahmen zur HIV-Prävention eingeleitet.

haben, bot kostenlose Untersuchungen und die Behandlung sexuell übertragbarer Krankheiten an und warb für die Verwendung von Kondomen und andere schützende Verhaltensmaßnahmen. Forscher schätzen, dass damit 235 HIV-Infektionen in dem Jahr vermieden werden konnten, 195 davon bei Bergleuten. Das Projekt kostete rund 268.000 Rand (etwa 38.000 US\$ zu aktuellen Wechselkursen), aber das Unternehmen sparte das Fünfundzwanzigfache dieses Betrags an Gesundheitsfürsorge, Produktivitätsverlust und anderen Kosten ein. Das Programm wird jetzt in Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsministerium erweitert.

AIDS verhindert Investitionen, bremst Wirtschaftswachstum

Es ist nach wie vor außerordentlich schwierig, die volkswirtschaftlichen Auswirkungen der Epidemie zu beurteilen. Neben AIDS beeinträchtigen viele andere Faktoren die Wirtschaftsleistung und erschweren Wirtschaftsprognosen – Trockenheit, interne und externe Konflikte, Korruption, Misswirtschaft. Überdies reagieren Volkswirtschaften im Allgemeinen heftiger auf wirtschaftliche Umstrukturierungen, plötzliche Treibstoffknappheit oder einen unerwarteten Regierungswechsel als auf langfristige und langsame Korrosionsprozesse, wie sie AIDS verursacht.

Trotz unvollständiger Datenlage mehren sich die Hinweise, dass mit steigenden HIV-Prävalenzraten sowohl das Wirtschaftswachstum insgesamt als auch die Wachstumsrate des Nationaleinkommens – das Bruttoinlandsprodukt (BIP) – deutlich sinken. Afrikanische Länder, in denen weniger als 5 % der erwachsenen Bevölkerung infiziert sind, werden einen leichten Rückgang der BIP-Wachstumsrate erleben. Eine HIV-Prävalenz von 20 % oder höher (die in zahlreichen Ländern des südlichen Afrika bereits erreicht ist) kann das Wachstum des BIP um bis zu 2 % pro Jahr verringern.

Mit Infektionsraten in der erwachsenen Bevölkerung von 20 % bzw. 36 % sind in Südafrika und Botsuana die Auswirkungen der Epidemie bereits spürbar. Schlimmeres steht noch bevor: In beiden Ländern wird mehr als die Hälfte der heute Fünfzehnjährigen an HIV-bedingten Ursachen sterben, wenn die derzeitigen Infektionsraten nicht drastisch gesenkt werden. Aktuelle Studien, die von diesen Ländern durchgeführt oder in Auftrag gegeben wurden, kommen zu neuen Erkenntnissen über die zu erwartenden volkswirtschaftlichen Auswirkungen von Krankheit und Tod in dieser Größenordnung.

Sie zeichnen ein ziemlich düsteres Bild für Südafrika, dessen Pro-Kopf-Einkommen das Sechsfache des Durchschnittseinkommens in Afrika südlich der Sahara beträgt und dessen Volkswirtschaft 40 % der gesamten Wirtschaftsleistung in der Region ausmacht. Laut einer umfangreichen Studie der ING Barings Bank wird das Gesamtwirtschaftswachstum im nächsten Jahrzehnt voraussichtlich um jährlich 0,3 bis 0,4 Prozentpunkte niedriger ausfallen, als es ohne AIDS der Fall wäre. Eine weitere Studie summiert die Effekte langsameren Wirtschaftswachstums im Zeitverlauf und kommt zu dem Ergebnis, dass 2010 das reale Bruttoinlandsprodukt (BIP) 17 % unter dem Wert liegen wird, den es ohne AIDS erreichen könnte. Nach heutigem Stand würde das der südafrikanischen Wirtschaft 22 Milliarden US\$ entziehen, mehr als das Doppelte der gesamten Inlandsproduktion jedes anderen Landes in der Region mit Ausnahme von Nigeria.

Derselben Studie zufolge werden private Haushalte zu Beginn der nächsten Dekade sehr viel mehr für die Betreuung von AIDS-Patienten und -Waisen ausgeben und im Durchschnitt 13 % weniger verfügbares Einkommen pro Person haben. Die Investitionstätigkeit wird darunter leiden, dass Familien – aber auch Unternehmen und die Regierung – Geld, das anderenfalls gespart und wieder in die Wirtschaft investiert worden wäre, für Gesundheitsleistungen ausgeben. Auf der anderen Seite der Investitionsgleichung kann es einen Anreiz geben, mit HIV verbundene Kosten zu umgehen und Menschen – vor allem Menschen ohne spezielle Qualifikation – durch

Ausrüstung und Maschinen zu ersetzen. Im Fall Südafrikas ist unklar, in welchem Umfang dies geschehen wird. Die HIV-Infektionsraten sind bei unqualifizierten Arbeitskräften am höchsten, aber auch – mit 30 % – die Arbeitslosenquote. Daher können ungelernete Kräfte, die an AIDS sterben, einfach durch andere ersetzt werden, die derzeit arbeitslos sind. Gleichzeitig wird AIDS aller Voraussicht nach den akuten Mangel an qualifizierten Männern und Frauen in den meisten Wirtschaftssektoren verschärfen und zu größeren Engpässen in der Geschäfts- und Produktionstätigkeit führen. Das ist besonders beunruhigend, weil HIV, wie bereits beschrieben (Seite 14-15), auch das Bildungswesen angreift, so dass Qualifikationen nicht so schnell, wie sie gebraucht werden, vermittelt werden können.

Der Mangel an qualifizierten Kräften ist im benachbarten Botsuana, das bereits Fachpersonal aus dem Ausland holt, noch ausgeprägter. Einer aktuellen Studie zufolge werden die Gehälter von qualifiziertem Personal aufgrund der AIDS-Todesfälle um 12-17 % steigen. Die vom Diamantenabbau beherrschte Wirtschaft des Landes ist sehr viel kapitalintensiver als die meisten afrikanischen Volkswirtschaften. Das Verhältnis von Kapital zu Produktion wird in den nächsten 25 Jahren voraussichtlich um 18 % steigen, was die Diamantenindustrie insgesamt stabil und Investitionen auf einem gesunden Niveau halten wird. Selbst unter diesen Voraussetzungen wird das Angebot an ungelerten Arbeitskräften in Botsuana abnehmen, die Arbeitslosigkeit bei ungelerten Kräften wird um 8 % sinken, und die Produktion in der Diamantenindustrie und in anderen Sektoren wird zurückgehen. Mit einem jährlich um 1,5 % beschnittenen BIP-Wachstum wird die Wirtschaftsleistung im Jahr 2025 um dramatische 31 % geringer ausfallen, als es ohne HIV der Fall wäre.

Noch bemerkenswerter ist in Botsuana allerdings, dass AIDS die Verteilung des verbleibenden Einkommens verändern wird. Mit 3.240 US\$ hat Botsuana das höchste BIP pro Kopf der Bevölkerung in Afrika südlich der Sahara. Durch kluge Investition der Diamantenerträge hat das Land hohe Alphabetisierungsraten, eine gute

Versorgung mit Basisgesundheitsdiensten und eine Reduzierung der Zahl armer Haushalte erreicht. Diese Errungenschaften werden durch die Epidemie zunichte gemacht. Laut einer Studie über die Auswirkungen von AIDS wird die Zahl der mittellosen Haushalte (mit weniger als 5 US\$ pro Person und Monat) im Verlauf der nächsten zehn Jahre zunehmen. Im gleichen Zeitraum werden die ärmsten Haushalte einen Einkommensrückgang um 13 % erleben, und ihre Mitgliederzahl wird steigen, wenn Lohnempfänger als Folge von AIDS weitere wirtschaftlich Abhängige aufnehmen.

Auch der Staatshaushalt in Botsuana wird betroffen sein. Die Ausgaben für das Gesundheitswesen werden wahrscheinlich drastisch steigen, nach manchen Schätzungen in den nächsten zehn Jahren auf mehr als das Dreifache. Gewisse Einsparungen im Bildungswesen wären denkbar, wenn die Wirkung von HIV auf junge Erwachsene zu einer geringeren Zahl von Kindern führt, die geboren werden bzw. das schulfähige Alter erreichen. Aber diesen Einsparungen stehen die Kosten für die Ausbildung einer ausreichenden Zahl von Lehrkräften gegenüber, um die mit AIDS verbundene Sterbeziffer auszugleichen. Sozialhilfeleistungen für die Familien in größter Not werden den Staatshaushalt ebenfalls belasten. All diese Zusatzausgaben entstehen vor dem Hintergrund einer schwindenden Steuerbasis als Folge einer um ein Drittel reduzierten Wirtschaftsleistung. Insgesamt wird AIDS den Staatshaushalt in Botsuana in den nächsten zehn Jahren voraussichtlich um über 20 % beschneiden.

Diese Wirtschaftsprognosen für Südafrika und Botsuana gehen davon aus, dass trotz Präventionsprogrammen in unmittelbarer Zukunft keine entscheidenden Veränderungen der HIV-Infektionsraten erreicht werden. Diese Annahme begründet sich damit, dass ein Großteil der Menschen, die nach diesen Prognosen in den nächsten zehn bis fünfzehn Jahren erkranken und sterben werden, bereits infiziert ist. Wenn eine massive Mobilisierung im südlichen Afrika ähnlich wie in Uganda einen deutlichen Rückgang der HIV-Neuinfektionen bei jungen Menschen bewirken kann – was ein Hauptziel der "Internation-

tional Partnership against AIDS in Africa“ (Internationale Partnerschaft gegen HIV/AIDS in Afrika) ist (siehe Exkurs 5) – dann überschätzen unter Umständen die hier beschriebenen längerfristigen Szenarios die Auswirkungen von AIDS auf volkswirtschaftlicher Ebene.

Wirksame Gegenmaßnahmen: Was würden sie kosten?

Als vor rund zwanzig Jahren die Flut von Krankheit und Tod im Gefolge von AIDS in Afrika stieg, reagierten ein oder zwei Länder schnell und mobilisierten Menschen aus allen Bereichen der Gesellschaft, um mit vereinten Kräften gegen HIV und ungeschützten Geschlechtsverkehr, durch den das Virus hauptsächlich verbreitet wird, vorzugehen. Bei anderen Ländern dauerte es etwas länger, bis sie sich voll engagierten, doch auch sie werden für ihre Anstrengungen belohnt. Erfolgsgeschichten, wie sie aus Senegal, Uganda und Sambia gemeldet werden, sind in dem im Juni 2000 veröffentlichten Welt-AIDS-Bericht (*“Report on the global HIV/AIDS epidemic”*) und in anderen UNAIDS-Best-Practice-Dokumenten beschrieben (<http://www.unaids.org>).

Die Tatsache, dass es immer nur bei einer kleinen Zahl von erfolgreichen Beispielen bleibt, die wieder und wieder zitiert werden, ist eine der großen Tragödien des ausgehenden zwanzigsten Jahrhunderts. Die meisten Länder in Afrika – und im Grunde weltweit – verloren kostbare Zeit, weil AIDS nicht voll verstanden und seine Bedeutung als neue Epidemie nicht rechtzeitig erfasst wurde. Zwar wurden einige Maßnahmen ergriffen, aber bei weitem nicht in dem Umfang, der für eine Eindämmung der Epidemie erforderlich gewesen wäre.

Selbstredend ist der erforderliche Handlungsaufwand für wirksame Gegenmaßnahmen zusammen mit der Epidemie überproportional gewachsen. Im Anfangsstadium einer Epidemie, die sich über heterosexuelle Kontakte ausbreitet, werden

die meisten Neuinfektionen von einer Bevölkerungsminderheit mit einer besonders hohen Zahl wechselnder Partner erworben und weitergegeben. Werden bei diesen Kontakten mehrheitlich Kondome verwendet, ist die Epidemie relativ leicht in Grenzen zu halten. Hat sich HIV aber erst einmal in der Allgemeinbevölkerung festgesetzt, treten die meisten Neuinfektionen bei der Mehrheit der Erwachsenen auf, auch wenn sie keine besonders hohe Zahl wechselnder Partner hat. Das bedeutet, dass Präventionskampagnen wesentlich größer angelegt werden müssen, schwieriger und teurer werden, sich aber dennoch auf jeden Fall lohnen.

Die meisten afrikanischen Länder befinden sich in diesem Stadium. Doch nur wenige haben ihre HIV-Präventionsprogramme in dem Umfang erweitert, der für eine deutliche Senkung der Zahl neuer Infektionen erforderlich wäre. Da vergangene Versäumnisse bei der Prävention sich in aktuellen Fürsorgebedarf verwandeln, tragen die Länder mit hohem HIV-Vorkommen auch eine höhere Fürsorgelast. Und wenn die HIV-Infizierten erkranken und sterben, müssen als dritte Herausforderung die Folgen für Waisen und andere Überlebende, für Familien und Gemeinschaften aufgefangen werden.

Verstärktes Engagement: Zwingend erforderlich und bezahlbar

Experten haben versucht zu ermitteln, wie viel Geld für ein wirklich effektives Vorgehen gegen die AIDS-Epidemie in Afrika benötigt würde, und zwar im Hinblick auf die Ausweitung von Präventionsprogrammen auf ein Niveau, das deutlich spürbare Wirkungen auf Bevölkerungsebene erwarten lässt, und im Hinblick auf die Grundversorgung und Unterstützung bereits infizierter Personen und ihrer Familien. Das ist keine leichte Übung. Zum einen ist unklar, mit wie viel Geld man wie viel Prävention oder Versorgung kaufen kann. Zum anderen ist es nicht einfach, sich Präventions- oder Versorgungsziele zu setzen, die erreichbar und realistisch sind. Drittens ist der Zusammenhang zwischen Verhaltensänderung und Neuinfektion bei unterschiedlicher HIV-Prä-

valenz und in verschiedenen Bevölkerungsgruppen nicht genau bekannt. Ein Großteil der verfügbaren Information über Kosten und Effektivität von HIV-Präventionsprogrammen stammt aus einigen wenigen sorgfältig durchgeführten und evaluierten Projekten. Es ist nicht anzunehmen, dass Stückkosten oder Ergebnisse dieser kleinen Projekte einfach auf nationalen Maßstab übertragbar sind.

Erfreulicherweise haben unterschiedliche Kostenschätzungsmethoden bemerkenswert ähnliche Ergebnisse erbracht – und die gute Nachricht ist, dass die Kosten bezahlbar sind. Wenn Länder sich ehrgeizige, aber erreichbare Ziele für den Zeitraum von 2000 bis 2005 setzen, werden sie nach aktuellem Stand jährlich die folgenden Mittel benötigen, um die AIDS-Bekämpfungsmaßnahmen auf ein Niveau anzuheben, mit dem man der afrikanischen Epidemie wirksam begegnen könnte:

- Bereits 1,5 Milliarden US\$ jährlich würden es dem gesamten Afrika südlich der Sahara ermöglichen, alle wesentlichen Komponenten erfolgreicher Präventionsprogramme in weit größerem Maßstab durchzuführen. Diese Präventionsprogramme würden sowohl die HIV-Übertragung durch sexuelle Kontakte umfassen, als auch die Prävention der Übertragung von der Mutter auf das Kind und im Zusammenhang mit Transfusionen. Solche Programme reichen von Aufklärungskampagnen durch verschiedene Medien, über das Angebot freiwilliger HIV-Beratungen und -Tests bis hin zur Werbung für und Vergabe von Kondomen.
- Bei der Versorgung von Waisen und Menschen, die mit HIV oder AIDS leben, hängen die Kosten sehr stark von der Art der jeweiligen Versorgungsleistung ab. Man schätzt, dass die Länder in Afrika südlich der Sahara mit ungefähr 1,5 Milliarden US\$ pro Jahr die Linderung von Symptomen und Schmerzen (Palliativbehandlung) für wenigstens die Hälfte der bedürftigen AIDS-Patienten, die Behandlung und Prophylaxe opportunistischer Infektionen für einen etwas kleineren

Anteil und die Versorgung von AIDS-Waisen sicherstellen könnten. Da in vielen afrikanischen Ländern bisher kaum ein Versorgungsangebot vorhanden ist, wäre das hier beschriebene Versorgungsniveau ein enormer Fortschritt.

- Die Anwendung antiretroviraler Kombinationstherapie würde darüber hinaus mehrere Milliarden Dollar pro Jahr kosten.

Natürlich gehören zur AIDS-Prävention und der Versorgung von Betroffenen mehr als nur finanzielle Mittel. Die Gesundheits-, Bildungs-, Kommunikations- und sonstigen Infrastrukturen eines Landes müssen gut genug entwickelt sein, um die Bereitstellung dieser Leistungen zu ermöglichen. In einigen stark betroffenen Ländern sind diese Systeme bereits in hohem Maß ausgelastet und können der Zusatzbelastung durch AIDS kaum standhalten. Zudem müssen ausreichend Menschen zur Verfügung stehen, die diese finanziellen Mittel sinnvoll einsetzen können. Es besteht bereits akuter Mangel an Männern, Frauen und Jugendlichen, die für Beratung, Fürsorge und Prävention ausgebildet werden können. Und Fähigkeiten in den Bereichen strategisches Denken, Planung und Management sind sehr gefragt, aber nicht in großem Umfang verfügbar. Vor Ort ist die Nachfrage bereits jetzt höher als das Angebot, und wenn mehr Mittel für die Ausweitung der HIV-Programme bereitgestellt werden, wird die Nachfrage wohl noch steigen.

Das sind ernste Herausforderungen, denen sich die "International Partnership against AIDS in Africa" stellen muss. Afrikanische Länder und ihre Partner in der internationalen Gemeinschaft werden sehr viel mehr für den Aufbau von Infrastrukturen und menschlicher Ressourcen tun müssen, wenn sie gegen die Epidemie wirksam vorgehen wollen.

Gleichzeitig kann und muss die internationale Gemeinschaft mehr tun, um einen glaubwürdigen Kampf gegen AIDS in Afrika finanzieren zu helfen. Mit einer Investition von 3 Milliarden US\$ jährlich kann die Welt die Lebensqualität von Millionen Afrikanern entscheidend verbessern. Das scheint

Exkurs 5. Die Bedeutung politischer Führung

Seit ihrer Gründung im Jahr 1999 arbeitet die "International Partnership against AIDS in Africa" darauf hin, Partner innerhalb und außerhalb des Kontinents zu umfassenderem, intensiverem Engagement gegen die Epidemie zu mobilisieren. Eines ihrer Ziele besteht darin, die Zahl afrikanischer Länder zu erhöhen, die ihre AIDS-Bekämpfungskampagne auf höchster politischer Ebene führen. Die Erfahrung zeigt, dass die Erfolgsaussichten am besten sind, wenn ein Land ein hochrangiges Komitee oder Gremium hat – oft ist es dem Präsidenten oder Premierminister unterstellt –, das für die Planung und Steuerung von Maßnahmen zur Bekämpfung der Epidemie verantwortlich ist. Ein solches hochrangiges Gremium kann die vielen Akteure einbeziehen, deren Mitwirkung erforderlich ist, von der Bevölkerung, über das Bildungs-, Verteidigungs- und Gesundheitsministerium bis hin zum privatwirtschaftlichen Landwirtschafts-, Bergbau-, Industrie- und Dienstleistungssektor.

In den vergangenen fünfzehn Monaten gründete eine beeindruckende Zahl von Ländern im Rahmen der Partnerschaft neue AIDS-Koordinierungsgremien auf höchster Ebene oder stärkte bereits bestehende Komitees. Zu diesen Ländern zählen Äthiopien, Ghana, Mosambik, Nigeria, Sambia, Swaziland, Uganda und die Vereinigte Republik Tansania.

ein geringer Preis, wenn damit einem ganzen Kontinent geholfen werden kann zu vermeiden, dass seine Zukunft von der sozialen Zerrüttung beherrscht wird, welche die "AIDS-Ära" zu Beginn des dritten Millenniums kennzeichnet. In der Tat sind diese Kosten verschwindend gering im Vergleich zu präventiven Ausgaben für andere Gesundheitsprobleme. So geben zum Beispiel allein die Vereinigten Staaten schätzungsweise 52 Milliarden US\$ für den Kampf gegen die gesundheitlichen Folgen der Fettleibigkeit aus – mehr als das Fünfzehnfache der Summe, die erforderlich wäre, um AIDS in Afrika wirksam zu begegnen.

ÜBERSICHTEN

1. Globale Schätzungen Ende 2000: Erwachsene und Kinder
2. Geschätzte Zahl der im Jahr 2000 neu mit HIV infizierten Erwachsenen und Kinder
3. Geschätzte Zahl der Erwachsenen und Kinder, die Ende 2000 mit HIV/AIDS leben
4. Geschätzte Zahl der Todesfälle bei Erwachsenen und Kindern aufgrund von HIV/AIDS im Jahr 2000

Globale Schätzungen Ende 2000 Erwachsene und Kinder

- ✘ Menschen, die mit HIV/AIDS leben.....36,1 Millionen
- ✘ HIV-Neuinfektionen im Jahr 2000.....5,3 Millionen
- ✘ Todesfälle aufgrund von HIV/AIDS im Jahr 2000....3,0 Millionen
- ✘ Gesamtzahl der Todesfälle aufgrund von HIV/AIDS seit Beginn der Epidemie.....21,8 Millionen

Geschätzte Zahl der im Jahr 2000 neu mit HIV infizierten Erwachsenen und Kinder



Gesamt: 5,3 Millionen



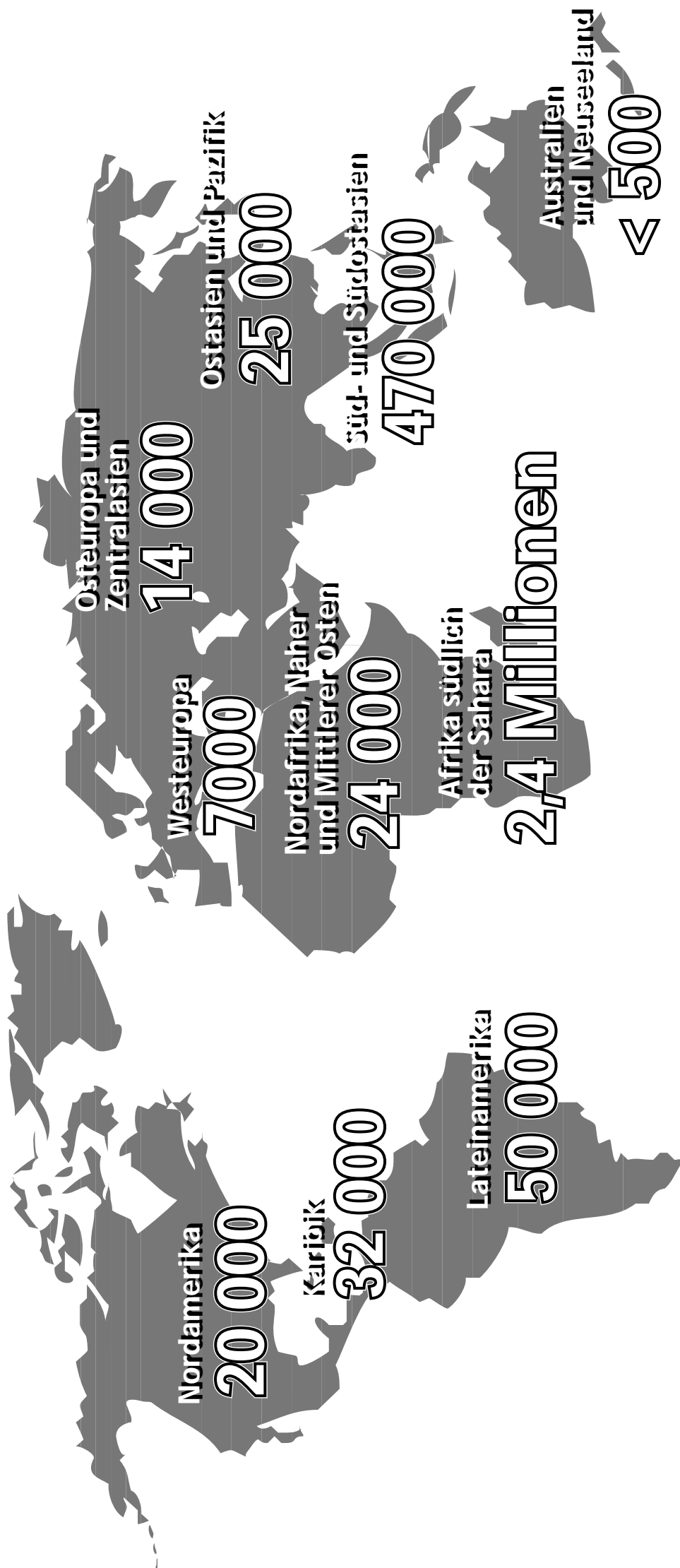
UNAIDS
UNITED NATIONS
UNESCO · UNDP · WFP · WHO · WITNESS



Geschätzte Zahl der Erwachsenen und Kinder, die Ende 2000 mit HIV/AIDS leben



Geschätzte Zahl der Todesfälle bei Erwachsenen und Kindern aufgrund von HIV/AIDS im Jahr 2000



Gesamt: 3,0 Millionen