

INEF

Report

Institut für Entwicklung und Frieden
der Gerhard-Mercator-Universität Duisburg

HIV/AIDS-Pandemie – Ihre Auswirkungen auf Entwicklungsländer und die Rolle der Entwicklungszusammenarbeit*

Frank Terhorst

Heft 50 / 2001

Gerhard-Mercator-Universität Duisburg

* Diplomarbeit vom September 2000

Frank Terhorst, Diplom-Volkswirt, geb. 1969, Studium der Wirtschaftswissenschaften und der Politikwissenschaft an den Universitäten Duisburg und Dublin. Seit 2000 Mitarbeiter im Institut für Entwicklung und Frieden

Inhaltsverzeichnis

1	EINLEITUNG	3
2	BIOLOGISCHE FUNKTIONSWEISE UND EPIDEMOLOGISCHE SITUATION VON HIV/AIDS	5
2.1	AIDS, HIV UND DIE MÖGLICHKEITEN DER INFEKTION	5
2.2	REGIONALE UNTERSCHIEDE DER PANDEMIE.....	7
3	URSACHEN DER VERBREITUNG VON HIV/AIDS IN SUB-SAHARA AFRIKA	9
3.1	DIE WIRKUNGSKETTE DER VERBREITUNG VON HIV/AIDS	9
3.2	DER HETEROSEXUELLE TRANSMISSIONSPROZEß DER HIV-INFESTIONEN IN SUB-SAHARA AFRIKA DARGESTELLT IN BEISPIELEN	12
3.2.1.	<i>Die Stellung der Frau in der Gesellschaft</i>	13
3.2.2.	<i>Kriegerische Konflikte</i>	17
3.2.3.	<i>Armut des Landes</i>	18
3.3	EIN PATCHWORK LOKALER UND GESELLSCHAFTLICHER EPIDEMIEEN	21
4	WIRTSCHAFTLICHE FOLGEN DER VERBREITUNG VON HIV/AIDS IN SUB-SAHARA AFRIKA	22
4.1	FOLGEN AUF MIKROÖKONOMISCHER EBENE	23
4.1.1.	<i>Die Haushalte und ihre Bewältigungsstrategien</i>	23
4.1.2.	<i>Die Unternehmen und ihre Bewältigungsstrategien</i>	27
4.2	FOLGEN AUF DER EBENE DER MÄRKTE	31
4.2.1.	<i>Der Arbeitsmarkt</i>	31
4.2.2.	<i>Die Gütermärkte</i>	32
4.3	FOLGEN AUF MAKROÖKONOMISCHER EBENE.....	35
4.4	ZUSAMMENFASSUNG.....	41
5	LÄNDERVERGLEICH: SÜDAFRIKA UND UGANDA	43
5.1	GEGENLÄUFIGE ENTWICKLUNGEN IN SÜDAFRIKA UND UGANDA.....	44
5.2	URSACHEN FÜR DIE KONTRÄRE ENTWICKLUNG	50
6	KONZEPTIONELLE ANSÄTZE DER ENTWICKLUNGSZUSAMMENARBEIT	55
6.1	WESENTLICHE MERKMALE DER HIV/AIDS-STRATEGIE DER WELTBANK	56
6.2	WESENTLICHE MERKMALE DER HIV/AIDS-STRATEGIE DES BMZ.....	60
6.3	VERGLEICH DER STRATEGIEN	64
6.4	PRAKTISCHE UMSETZUNG DER STRATEGIE DES BMZ INNERHALB DER BILATERALEN ENTWICKLUNGSZUSAMMENARBEIT.....	70
7	DISKUSSION DER UNTERSUCHUNGSERGEBNISSE	74
8	SCHLUßBETRACHTUNG UND AUSBLICK	80
	LITERATUR	82

„Aids ist ohne jeden Zweifel eine Katastrophe, macht die Entwicklungsfortschritte von Jahrzehnten zunichte und sabotiert die Zukunft.“

Nelson Mandela,

in seinem Schlußwort zur 13. Internationalen AIDS-Konferenz am 13.07.2000 in Durban/Südafrika

1 Einleitung

Während AIDS 1981 noch als neues Krankheitsbild in den USA beschrieben¹ wurde, hat sich die Krankheit bis heute, d.h. keine zwei Jahrzehnte später, zu einer Pandemie² entwickelt, deren verheerende Folgen besonders die Entwicklungsländer treffen. An der Spitze dieser Entwicklung stehen die Länder Sub-Sahara Afrikas³. Die Zahlen, die diese Dramatik bezeugen, sind alarmierend:

„Jeden Tag infizieren sich 11.000 Menschen in Afrika - ein Mensch alle 8 Sekunden.“⁴

Die Aktualität und Brisanz dieser Situation in den Ländern Sub-Sahara Afrikas zeigt sich zum einen darin, daß mit der im August dieses Jahres in Durban/Südafrika stattgefundenen 13. Internationalen AIDS-Konferenz erstmalig ein Entwicklungsland Gastgeber dieser Veranstaltung war. Zum anderen zeugt schlichtweg die Tatsache, daß das Thema HIV/AIDS in den Entwick-

lungsländern nicht mehr nur in wissenschaftlichen Publikationen besprochen wird, sondern mittlerweile Einzug in die Tagespresse gefunden hat, von dem aktuellen und weitreichenden Interesse an diesem Sujet.

Fakt ist, daß die Ausbreitung von HIV/AIDS in Sub-Sahara Afrika fortwährend zunimmt und daher Reaktionen erfordert. Die vorliegende Arbeit macht es sich in diesem Sinne zur Aufgabe, einen Diskussionsbeitrag zu leisten und somit die Forschung auf diesem Gebiet voranzutreiben. Um das Thema dieser Arbeit zu konkretisieren und gleichzeitig der außerordentlichen Situation in Sub-Sahara Afrika Rechnung zu tun, wird das Augenmerk auf die wirtschaftlichen Auswirkungen der Verbreitung von HIV/AIDS in dieser Region und die daraus resultierenden Konsequenzen für die Entwicklungszusammenarbeit gelegt.

Hinsichtlich der argumentativen Vorgehensweise wird in einem ersten Kapitel die biologische Funktionsweise und epidemiologische Situation von HIV/AIDS dargestellt. Hier erfolgt eine Unterscheidung zwischen AIDS und HIV sowie die Beschreibung der Infektionsmöglichkeiten. Anhand der regionalen Unterschiede der Pandemie wird darüber hinaus belegt, daß Sub-Sahara Afrika besonders betroffen ist. In diesem Zusammenhang stellt sich desweiteren heraus, daß die heterosexuelle Transmission in dieser Region als Hauptübertragungsart fungiert.

In einem zweiten Schritt werden die Ursachen der Verbreitung von HIV/AIDS in Sub-Sahara Afrika dargestellt. Zur theoretischen Darstellung des HIV-Transmissionsprozesses wird zu-

¹ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (1999), S. 84.

² Unter einer Pandemie versteht man eine weit verbreitete, ganze Länder oder Landstriche erfassende Epidemie.

³ Innerhalb dieser Arbeit werden die Begriffe *Sub-Sahara Afrika*, *südliches Afrika* und *Afrika südlich der Sahara* gleichbedeutend verwandt.

⁴ Mönikes/Weber (2000), S. 9.

nächst eine Wirkungskette entwickelt, die hier und im weiteren Verlauf der Arbeit als Grundlage für die Darstellung und Diskussion von Abhängigkeiten und Folgen in Bezug auf die Verbreitung von HIV und seine Bekämpfung dient. Im Anschluß daran wird der heterosexuelle Transmissionsprozeß der HIV-Infektionen in Sub-Sahara Afrika auf der Basis dieser Wirkungskette aufgezeigt. Die Stellung der Frau in der Gesellschaft, kriegerische Konflikte und die Armut des Landes stehen hier im Mittelpunkt der Betrachtungen. Die Untersuchungen ergeben, daß im Zusammenhang mit den Ursachen nicht von einer globalen Epidemie oder Pandemie, sondern von einem „Patchwork“ lokaler und gesellschaftlicher (Einzel-)Epidemien gesprochen werden muß.

Vor dem Hintergrund der bisherigen Ergebnisse erfolgt in einem weiteren Schritt die Darstellung der wirtschaftlichen Folgen der Verbreitung von HIV/AIDS in Sub-Sahara Afrika. Auf mikroökonomischer Ebene werden die Folgen für die Haushalte und die Unternehmen sowie deren Bewältigungsstrategien mittels einer dynamischen Analyse untersucht. Die Erkenntnisse dieser Untersuchung bilden die Basis für die anschließende Betrachtung der Marktebene. Hier stehen der Arbeitsmarkt und die Gütermärkte im Zentrum des Interesses. Die wesentlichen Folgen der Bewältigungsstrategien der Haushalte werden im Anschluß daran in das makroökonomische Modell von *Over* transferiert, um auf diese Weise die möglichen Auswirkungen auf das BIP/Kopf zu beleuchten.

Der nun folgende Ländervergleich zwischen Südafrika und Uganda führt anhand mehrerer Statistiken die gegenläufige Entwicklung dieser Länder vor Augen. In diesem Zusammenhang wird geprüft, inwieweit die möglichen gesamtwirtschaftlichen Ergebnisse des vorangegangenen Kapitels statistisch nachvollziehbar sind. Die Ursachen für die konträre Entwicklung werden schließlich in einer Gegenüberstellung des jeweiligen Umgangs mit HIV/AIDS herausgearbeitet.

Während im vorangegangenen Kapitel der Umgang der Regierungen mit HIV/AIDS in Uganda und Südafrika miteinander verglichen wurde, erfolgt nunmehr die Analyse der Reaktionen des BMZ. Hierzu werden die Strategien der Weltbank und des BMZ vorgestellt, um anschließend auf der Basis der Wirkungskette der Verbreitung von HIV/AIDS die Unterschiede herauszustellen. Aufgrund der unterschiedlichen Stellungen der Organisationen innerhalb der internationalen Entwicklungszusammenarbeit ergreift die Weltbank Maßnahmen, die von seiten des BMZ in der bilateralen Entwicklungszusammenarbeit nicht vorgesehen sind. Die praktische Umsetzung der Strategie des BMZ mittels IEC-Programmen und zielgruppenspezifischen Interventionen wird schließlich anhand von Beispielen dargestellt.

In einem letzten Schritt findet eine abschließende Diskussion der Untersuchungsergebnisse statt. In diesem Zusammenhang folgt auf der Grundlage der Untersuchungen innerhalb dieser Arbeit die Beurteilung der derzeitigen Maßnahmen zur Bekämpfung von HIV/AIDS

in Sub-Sahara Afrika sowie, daran anknüpfend, die Ausarbeitung von Ansätzen zur Verbesserung ihrer Effektivität. Da den bestehenden Maßnahmen tendenziell zugestimmt werden kann, haben die auf der Grundlage dieser Arbeit entwickelten Verbesserungsansätze die Qualität der Vertiefung bzw. Modifikation dieser Maßnahmen.

2 Biologische Funktionsweise und epidemiologische Situation von HIV/AIDS

Zur Gewährung eines grundlegenden Überblicks in das Thema erscheint es als geboten in einem ersten Schritt die biologische Funktionsweise der Krankheit und ihrer Verbreitung zu erläutern und anschließend die weltweite epidemiologische Situation darzustellen. Das Hauptaugenmerk wird hierbei jeweils auf die Region südlich der Sahara gerichtet.

2.1 AIDS, HIV und die Möglichkeiten der Infektion

Hervorgerufen wird AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrom) durch eine Infektion mit dem Human Immunodeficiency Virus (HIV). Eine Infektion mit dem Virus kann zum heutigen Zeitpunkt weder im Vorfeld durch eine Impfung verhindert noch im Nachhinein mittels Medikamente geheilt werden. Es sind zwei Arten von Viren bekannt: Das weltweit vorkommende HIV-1 und das hauptsächlich in Afrika verbreitete HIV-2.⁵ Bei beiden HIV-Arten handelt es sich um sogenannte Retroviren, die zur Ver-

vielfältigung ihres genetischen Materials eine Wirtszelle benötigen, die sie in Form sogenannter T4-Helferzellen, einer Untergruppe der weißen Blutkörperchen, finden. Die T4-Helferzellen erfüllen beim Menschen die Aufgabe, körpereigene Immunkräfte zu mobilisieren. Das HI-Virus dringt in das Blut, genauer in eine T4-Helferzelle, ein und mißbraucht das Erbmaterial der Wirtszelle zu seiner eigenen Fortpflanzung. Auf diese Weise produziert die befallene Zelle - anstelle weiterer gesunder T4-Helferzellen - nur noch HI-Viren und zwar solange, bis sie von den Viren zerstört wird. Die HI-Viren befallen fortan weitere Helferzellen und beschädigen so das Immunsystem. Ist dieses dann nicht mehr in der Lage, andere Infektionen abzuwehren, spricht man von einer AIDS-Erkrankung.⁶

AIDS ist - wie oben beschrieben wurde - ein Defekt des Immunsystems, der durch Ansteckung weitergegeben wird. Dieser Immundefekt führt dazu, daß die körpereigenen Abwehrkräfte nicht mehr ausreichen, um krankheitserregende Organismen zu bekämpfen.⁷ Aus diesem Grund kommt es zu den verschiedensten opportunistischen Infektionen, die im allgemeinen zum Tod des Patienten führen.⁸ Die opportunistischen Krankheiten, welche am häufigsten auftreten sind Tuberkulose (TB) und Lungenentzündung.⁹ In den Ländern Asiens und Afrikas, wo die Zahl der Personen, die mit AIDS leben im Ver-

⁵ Vgl. Medicine-WorldWide (2000), S. 3.

⁶ Vgl. Ford (1994), S. 23f.

⁷ Vgl. Ford (1994), S. 20f.

⁸ Vgl. Ford (1994), S. 36.

⁹ Vgl. World Bank (1997), S. 20.

gleich zu anderen Ländern besonders hoch ist,¹⁰ sind heute bereits 40% aller Todesfälle auf TB zurückzuführen.¹¹ Bedenkt man weiterhin, daß Personen, die sich mit HIV infiziert haben, 30-mal häufiger an TB erkranken als Personen, die nicht mit HIV infiziert sind, so kann man davon ausgehen, daß die „[...] wachsende Zahl von HIV-Ansteckungen und damit einhergehende TB-Neuinfektionen [...] in den kommenden Jahren für Asien und Afrika dramatische Entwicklungen befürchten [lassen].“¹²

Bereits seit 1990 unterteilt die World Health Organization (WHO) den Verlauf einer HIV-Infektion in vier Stadien: Während des ersten Stadiums bemerken nur die wenigsten Patienten ihre Infektion, die innerhalb dieses Zeitraumes noch als „klinisch ruhig“ oder „asymptomatisch“ bezeichnet wird. Dieser Zustand kann bis zu zehn Jahre fortwähren. Selbst wenn sich der Patient während dieser Zeit gesund fühlt, breitet sich das HI-Virus weiter aus. Das zweite Stadium ist im Gegensatz zum ersten Stadium durch schwache Krankheitssymptome, wie z.B. Gewichtsverlust, leichte Probleme mit der Haut und im Mundbereich, wiederkehrende Neben-, Stirn- und Kieferhöhlenentzündungen oder *Herpes Zoster* (Gürtelrose) gekennzeichnet. Die betroffenen Personen können während dieses Stadiums aber noch weitestgehend allen Aktivitäten nachgehen und benötigen keine speziellen medizinischen Behandlungen. Im Verlauf der dritten Stufe werden die Pa-

tienten nunmehr aufgrund der voranschreitenden Zerstörung ihres Immunsystems von schweren Infektionen wie TB oder bakterieller Lungenentzündung heimgesucht. Darüber hinaus treten Symptome wie z.B. chronischer Durchfall, Gewichtsverlust und langanhaltendes unerklärbares Fieber auf. Viele Patienten müssen in dieser Phase bereits stationär behandelt werden und benötigen zusätzliche Arztbesuche für eine spezielle Therapie.¹³ Das vierte Stadium wird als „späte“ HIV-Erkrankung bzw. als „AIDS“ bezeichnet. Charakteristisch für dieses Stadium ist, daß sich die sogenannten Opportunitätsinfektionen zu fortgeschrittenen Krankheiten entwickelt haben. Dabei kann der Patient an mehreren Erkrankungen gleichzeitig leiden, die ohne eine spezielle Behandlung zum Tod führen. Während die Opportunitätskrankheiten in den einzelnen betroffenen Regionen variieren können, herrschen in Sub-Sahara Afrika TB, chronischer Durchfall und Salmonellenvergiftung vor.¹⁴

Übertragen wird das HI-Virus in 85-90% aller Fälle durch sexuell penetrative Kontakte zwischen Männern und Frauen oder zwischen Männern.¹⁵ Die Gefahr einer Infektion ist sehr unterschiedlich: Da offene Wunden das Risiko einer Übertragung erhöhen und Männer sich

¹⁰ Siehe Tabelle 1.

¹¹ Vgl. Glaser (2000), S. 1.

¹² Glaser (2000), S. 1.

¹³ Vielfach wird die zweite und dritte Phase der HIV-Entwicklung zusammengefaßt, weil deren Folgen für das Gesundheitssystem ähnlich sind. Vgl. z.B. Gilks (1999), S. 29; Medicine-WorldWide (2000), S. 5. Innerhalb dieser Arbeit wird aber an der Staffelung der WHO festgehalten, soweit dies nicht explizit ausgenommen wird.

¹⁴ Vgl. Gilks (1998), S. 28ff.

¹⁵ Vgl. Vogel (1999), S. 132.

bei heterosexuellem Geschlechtsverkehr nicht so häufig verletzen wie Frauen, sind letztere anfälliger für eine HIV-Infektion. Da junge Mädchen wiederum verletzbarer sind als erwachsene Frauen, sind sie anfälliger als erwachsene Frauen.¹⁶ Darüber hinaus steigt das Infektionsrisiko sowohl mit dem Vorliegen einer anderen sexuell übertragbaren Krankheit (STD) als auch in Abhängigkeit der angewandten Sexualpraktiken, da beide Faktoren das Risiko offener Wunden und damit die Wahrscheinlichkeit der Übertragung erhöhen. Bei korrektem Gebrauch von Kondomen kann die Übertragung von HIV durch sexuelle Kontakte mit infizierten Personen jedoch zu fast 100% vermieden werden.¹⁷ Neben der horizontalen Übertragung durch sexuell penetrative Kontakte kann sich das Virus auch vertikal durch eine sogenannte „Mutter-Kind-Übertragung“ verbreiten. Dies tritt ein, wenn sich das Kind während der Schwangerschaft über die Plazenta, während der Geburt durch den Kontakt mit dem Blut der Mutter oder später beim Stillen durch die Muttermilch infiziert.¹⁸ Das Risiko dieser Mutter-Kind-Übertragung kann zum einen durch die Einnahme antiretroviraler Arzneien¹⁹ wie z.B. Zidovudine (AZT), und zum anderen durch den gezielten Verzicht auf Muttermilch reduziert werden. Zu einer Ausbreitung der Epidemie kann es schließlich noch durch infizierte Blutprodukte, unsterile medi-

zinische Instrumente und durch den gemeinsamen Gebrauch von Spritzen beim intravenösen Drogenkonsum kommen. Bei letzterem kann das Infektionsrisiko durch die Bereitstellung von sterilen Spritzen und sauberen Druckräumen gemindert werden.²⁰

2.2 Regionale Unterschiede der Pandemie

Das Ausmaß der Pandemie und ihre regionale Verbreitung wird üblicherweise mittels der „Anzahl an Neuinfektionen“ (incidence) und der „Prävalenz“ (prevalence) dargestellt:

„The incidence of HIV is the number of new cases, that is, the number of people who become infected during a specified period of time, usually over twelve-month interval.

The prevalence of HIV is the number of people currently infected with HIV at a given point in time. Because there is no cure for HIV/AIDS, HIV prevalence reflects the cumulative numbers of infections from the past and the mortality rate of those infected.“²¹

Die Prävalenz (Gesamtheit aller gegenwärtig lebenden mit HIV infizierten Personen) steigt an, solange die Anzahl der Neuinfektionen größer ist als die der Todesfälle von infizierten Personen. Sie erreicht in dem Jahr ihren Höhepunkt, in dem die Anzahl der Neuinfektionen und die der Todesfälle von infizierten Personen ausgeglichen sind.²² Häufig wird die Prävalenz auch als eine Rate ausgedrückt, wie z.B. vom *Development Committee*:

¹⁶ Vgl. UNICEF (1999a), S. 23.

¹⁷ Vgl. Vogel (1999), S. 131f.

¹⁸ Vgl. World Bank (1997), S. 18; Nicoll/et al (1996), S. 16.

¹⁹ Antiretrovirale Arzneien hemmen die Ausbreitung des Retrovirus.

²⁰ Vgl. Vogel (1999), S. 131f.

²¹ World Bank (1997), S. 55.

²² Vgl. World Bank (1997), S. 55.

„The HIV prevalence rate refers to percentage of all adults age 15-49 who are HIV-positive, which is the standard definition for the scope of the epidemic in a country.“²³

Tabelle 1 gibt einen Überblick über die weltweiten regionalen Unterschiede bezüglich der Verbreitung von HIV/AIDS. Die Prävalenz wird sowohl

als absolute Zahl (Erwachsene & Kinder mit HIV/AIDS) als auch (abzüglich der Zahl der Kinder) in Form einer Rate angegeben. Darüber hinaus werden die „Neuinfektionen bei Erwachsenen & Kindern“ beschrieben, und die regionalen Unterschiede anhand des jeweiligen Epidemiebeginns, dem jeweiligen Frau-

Tabelle 1: Regionale Unterschiede von HIV/AIDS, Dezember 1999

Region	Beginn der Epidemie	Erwachsene & Kinder mit HIV/AIDS (Prävalenz)	Prävalenzrate der Erwachsenen ¹	Neuinfektionen bei Erwachsenen & Kindern	Weiblicher Anteil HIV-positiver Erwachsener	Hauptübertragungsart bei Erwachsenen ²
Sub-Sahara Afrika	späte 70'er – frühe 80'er	23.300.000	8,0 %	3.800.000	55 %	Hetero
Süd- & Südostasien	späte 80'er	6.000.000	0,69 %	1.300.000	30 %	Hetero
Lateinamerika	späte 70'er – frühe 80'er	1.300.000	0,57 %	150.000	20 %	MSM, IDU, Hetero
Nordamerika	späte 70'er – frühe 80'er	920.000	0,56 %	44.000	20 %	MSM, IDU, Hetero
Ostasien & Paz. Raum	späte 80'er	530.000	0,068 %	120.000	15 %	IDU, Hetero, MSM
Westeuropa	späte 70'er – frühe 80'er	520.000	0,25 %	30.000	20 %	MSM, IDU
Osteuropa & Zentralasien	frühe 90'er	360.000	0,14 %	95.000	20 %	IDU, MSM
Karibik	späte 70'er – frühe 80'er	360.000	1,96 %	57.000	35 %	Hetero, MSM
Nordafrika & Mittl. Osten	späte 80'er	220.000	0,13 %	19.000	20 %	IDU, Hetero
Australien & Neuseeland	späte 70'er – frühe 80'er	12.000	0,1 %	500	10 %	MSM, IDU
Gesamt		33.600.000	1,1 %	5.600.000	46 %	

¹ Anteil an Erwachsenen (15 bis 49 Jahre), die 1999 mit HIV/AIDS leben, auf der Basis der Bevölkerungszahlen von 1998.

² Hetero (heterosexuelle Übertragung), MSM (homosexuelle Übertragung unter Männern), IDU (Übertragung durch intravenösen Drogenkonsum).

Quelle: in Anlehnung an UNAIDS (1999), S. 5.

enanteil und der verschiedenen Arten der Übertragung aufgezeigt.

Betrachtet man die regionalen Unterschiede der Verbreitung von HIV/AIDS in Tabelle 1, so treten einige Punkte in Bezug auf Sub-Sahara Afrika besonders hervor: So leben dort mit ungefähr 23,3 Mio. infizierten Personen fast 70% aller weltweit mit HIV/AIDS infizierten Menschen. Zusammen mit der Tatsache, daß in dieser Region nur 10% der Weltbevölkerung lebt,²⁴ ergibt sich eine weit über dem Durchschnitt liegende Prävalenzrate von 8,0%.²⁵ Desweiteren infizieren sich im südlichen Afrika jedes Jahr mehr als doppelt so viele Menschen (3,8 Mio.) wie in den restlichen Regionen zusammen (1,8 Mio.). In Sub-Sahara Afrika gilt außerdem der heterosexuelle Geschlechtsverkehr als einzige Hauptübertragungsart. Gleichzeitig sind überdurchschnittlich viele Frauen infiziert, wodurch die vertikale HIV-Transmission im Gegensatz zu den anderen Regionen stärker ausgeprägt ist.

Die genannten Fakten zeigen demnach auf, daß die Region südlich der Sahara im Gegensatz zu den übrigen Regionen besonders stark von der Verbreitung des HI-Virus betroffen ist.

3 Ursachen der Verbreitung von HIV/AIDS in Sub-Sahara Afrika

Im vorangegangenen Kapitel wurde - neben der biologischen Seite der HIV-Transmission - gezeigt, wie sich die Verbreitung von HIV/AIDS in Sub-Sahara Afrika im Vergleich zu anderen Regionen darstellt. Es wurde in diesem Zusammenhang deutlich, daß Sub-Sahara Afrika überdurchschnittlich stark betroffen ist. Welche Faktoren für die Verbreitung von HIV/AIDS in Sub-Sahara Afrika verantwortlich sind und warum die Verbreitung in verschiedenen Gegenden unterschiedlich stark ausfällt, wird in diesem Kapitel dargestellt. Diese Darstellung erfolgt vor dem Hintergrund eines im Folgenden zu entwickelnden Modells, das in Form einer Wirkungskette die Zusammenhänge, die der Verbreitung des HI-Virus zu Grunde liegen, auf theoretischer Ebene erschließt und abbildet. In einem ersten Schritt erfolgt daher zunächst die Entwicklung des Modells. In einem zweiten Schritt wird dieses als Grundlage für die Erläuterung des HIV-Transmissionsprozesses im südlichen Afrika auf praktischer Ebene verwandt.

3.1 Die Wirkungskette der Verbreitung von HIV/AIDS

Das regionale Ausmaß der Verbreitung von HIV/AIDS ist von der Wahrscheinlichkeit einer HIV-Infektion für die in der Region lebenden Individuen abhängig: Je höher die Wahrscheinlichkeit für die Individuen ist, sich mit dem HI-Virus zu infizieren, desto größer ist die Verbreitung von HIV/AIDS. Die folgende Abbildung zeigt, daß die Wahrscheinlichkeit einer HIV-Infektion zum

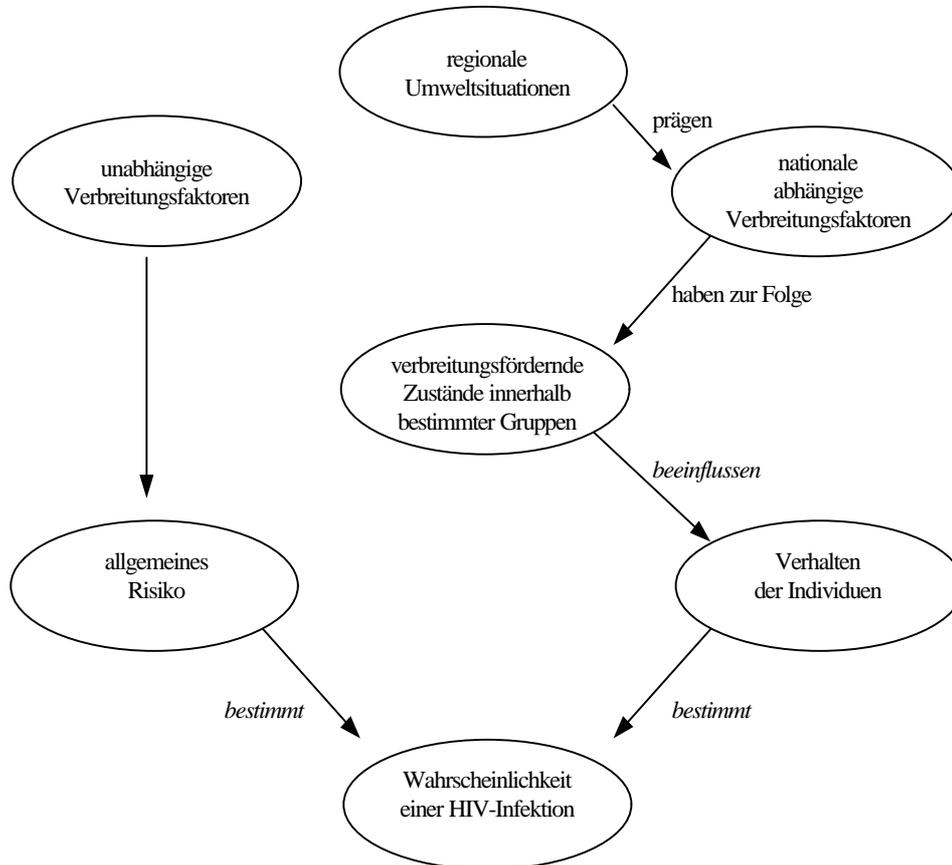
²⁴ Vgl. UNAIDS (1999a), S. 15.

²⁵ Es gilt zu beachten, daß die Prävalenzrate hier nur die 15-49jährigen einbezieht, während die absolute Prävalenz von 23,3 Mio. darüber hinaus die infizierten Kinder mitrechnet. Folgerichtig kann die genannte Prävalenzrate als eine Verharmlosung betrachtet werden.

einen durch das Verhalten der Individuen und zum anderen durch ein allgemeines Risiko bestimmt wird:

faktoren" bezeichnet, weil sie zumindest bis zum heutigen Zeitpunkt weder von den Individuen noch von einer höheren

Abbildung 1: Die Wirkungskette der Verbreitung von HIV/AIDS



Quelle: Eigene Darstellung.

Dem allgemeinen Risiko ist jedes Individuum allein durch seine Existenz ausgesetzt, da es z.B. keinerlei Einfluß auf die Infektion hat, wenn diese bereits vor oder während der Geburt stattgefunden hat. Es gibt jedoch mehrere unabhängige, zumeist biologische bzw. medizinische Verbreitungsfaktoren, welche die Höhe des allgemeinen Risikos beeinflussen. Diese Verbreitungsfaktoren betreffen das allgemeine Risiko aller Individuen weltweit und nicht nur das Risiko der Individuen im südlichen Afrika. Sie werden als "unabhängige Verbreitungs-

Instanz, wie z.B. dem Staat, beeinflusst werden können.

Zu den unabhängigen Verbreitungsfaktoren zählen im wesentlichen die unterschiedliche Aggressivität der Viren HIV-1 und HIV-2, die biologische Wahrscheinlichkeit, sich beim Geschlechtsverkehr zu verletzen, und die biologische Wahrscheinlichkeit, eine STD zu bemerken. Das HIV-2 ist im Vergleich zum HIV-1 von geringerer Bösartigkeit:

„Some countries in West and Central Africa have been less affected and have

*been able to maintain low and stable HIV infection rates. This is due, [...] to [...] the less virulent HIV strain (HIV-2) predominates in these countries.*²⁶

Das bedeutet, daß beispielsweise ein Individuum im Westen von Sub-Sahara Afrika, wo das HIV-2 häufiger vertreten ist, einer geringeren Gefahr unterliegt, sich zu infizieren, als ein Individuum im Süden von Sub-Sahara Afrika bei vorherrschendem HIV-1, das sich sexuell identisch verhält. Darüberhinaus unterliegt eine Frau beim Geschlechtsverkehr einer wesentlich höheren Verletzungsgefahr als ein Mann:

„[...] [I]t is likely that per-exposure transmission from man to woman during heterosexual intercourse is 2.5 times more efficient than from woman to man.“²⁷

Und ein junges Mädchen verletzt sich eher als eine erwachsene Frau (vgl. Kap. 2). Frauen sind weiterhin gefährdeter als Männer, weil eine STD beim Mann eher sicht- und spürbar ist als bei einer Frau und das Vorliegen einer STD das Risiko, sich mit HIV zu infizieren um das drei- bis fünffache steigert.²⁸

Neben dem allgemeinen Risiko bildet das Verhalten der Individuen die entscheidende Komponente, die die Wahrscheinlichkeit einer HIV-Infektion und somit das Ausmaß der Verbreitung von HIV/AIDS bestimmt. Das für die Verbreitung von HIV/AIDS bedeutsame Verhalten der Individuen umfaßt das Handeln, welches die Gefahr einer eigenen Infektion oder die der Weitergabe des Virus betrifft. In Abhängigkeit von

der Transmissionsart des Virus kann es sich dabei z.B. um das sexuelle Verhalten der Individuen, die Verwendung von unsterilen Spritzen, die Einnahme bestimmter Medikamente oder auch um den Empfang medizinischer Leistungen handeln. Das Verhalten der Individuen beruht dabei grundsätzlich auf persönlichen Entscheidungen, so daß sie ihr Verhalten theoretisch selber bestimmen könnten. Das Verhalten der Individuen wird jedoch von einer höheren Ebene aus durch verbreitungsfördernde Zustände innerhalb bestimmter gesellschaftlicher Gruppen (z.B. Gemeinde oder Glaubensgemeinschaft) beeinflusst, so daß die Individuen zwar die Entscheidungen über ihr Verhalten treffen, diese Entscheidungen aber in gewissem Maße davon abhängig sind, welcher gesellschaftlichen Gruppe das Individuum angehört.²⁹

Welche verbreitungsfördernde Zustände nun innerhalb dieser gesellschaftlichen Gruppen vorliegen, ergibt sich wiederum aus den nationalen abhängigen Verbreitungsfaktoren bzw. deren Ausprägung. Unter den nationalen abhängigen Verbreitungsfaktoren werden Zustände auf nationaler Ebene verstanden, die von den regionalen Umweltsituationen³⁰ geprägt und nur von höheren

²⁶ World Bank (2000), S. 5.

²⁷ Heise/Elias (1995), S. 932.

²⁸ Vgl. Vuylsteke/Sunkutu/Laga (1996), S. 98.

²⁹ Über das Ausmaß dieser Abhängigkeit läßt sich keine generelle Aussage treffen, da es sich aus der jeweiligen persönlichen Situation der betroffenen Personen ergibt. Es lassen sich aber allgemeine Tendenzen für Individuen in bestimmten Regionen aufzeigen, wie in Kapitel 3.2 für das südliche Afrika anhand von Beispielen deutlich wird.

³⁰ Unter einer regionalen Umweltsituation wird keineswegs nur die Situation der ökologischen Umwelt, sondern das Umfeld aller gesellschaftlichen Bereiche (z.B. Wirt-

Instanzen, wie z.B. der nationalen Regierung, den Geberländern oder den internationalen Organisationen beeinflusst werden können. Beispielsweise prägt eine traditionell patriarchalische Umweltsituation die Gesetzgebung der Nationalstaaten in dieser Region so, daß die Frauen als gesellschaftliche Gruppe u.a. mit dem Zustand der Machtlosigkeit gegenüber den Männern und einem daraus resultierenden schlechteren Zugang zu Ressourcen leben müssen. Eine nationale Regierung kann nun Einfluß nehmen und die Gesetzgebung ändern. In diesem Fall verändern sich konsequenterweise die verbreitungsfördernden Zustände, die rückwirkend das Verhalten der Individuen beeinflussen. Bezogen auf das o.g. Beispiel, könnten die Frauen nunmehr z.B. einer formalen Beschäftigung nachgehen. Dies wiederum hätte zur Folge, daß sie sich nicht prostituieren müßten, so daß die Wahrscheinlichkeit einer HIV-Infektion für die Frauen gesenkt und somit ein positiver Beitrag zur Reduzierung der Verbreitung von HIV/AIDS geleistet würde (vgl. Kap. 3.2.1)

Zusammenfassend läßt sich nunmehr festhalten, daß die regionalen Umweltsituationen die nationalen abhängigen Verbreitungsfaktoren prägen. Diese haben verbreitungsfördernde Zustände innerhalb bestimmter gesellschaftlicher Gruppen zur Folge, welche wiederum das Verhalten der Individuen beeinflussen. Das Verhalten der Individuen bestimmt letztlich die Wahrscheinlichkeit einer HIV-Infektion. Neben den

beschriebenen nationalen abhängigen Verbreitungsfaktoren existieren unabhängige Verbreitungsfaktoren, die das allgemeine Risiko beeinflussen, welches ebenfalls die Wahrscheinlichkeit einer HIV-Infektion mitbestimmt. Die in diesem Kapitel entwickelte Wirkungskette besteht somit aus zwei Strängen, die jeweils auf die Wahrscheinlichkeit einer HIV-Infektion hinauslaufen bzw. durch diese Ebene miteinander verknüpft werden.

3.2 Der heterosexuelle Transmissionsprozeß der HIV-Infektionen in Sub-Sahara Afrika dargestellt in Beispielen

In Kapitel 3.1 wurde die Wirkungskette der HIV/AIDS-Verbreitung theoretisch dargestellt. Sie bezieht sich auf alle Übertragungsarten, d.h. auf die Transmission durch heterosexuellen oder homosexuellen Geschlechtsverkehr, intravenösen Drogenkonsum, unsterile medizinische Geräte, Bluttransfusionen und auf die Mutter-Kind-Übertragung. Wie Tabelle 1 dieser Arbeit zu entnehmen ist, wird das HI-Virus im südlichen Afrika jedoch hauptsächlich auf heterosexuellem Wege übertragen. Aus diesem Grund wird im folgenden der Schwerpunkt auf die nationalen abhängigen Verbreitungsfaktoren gelegt, die die Wahrscheinlichkeit einer HIV-Infektion auf heterosexuellem Wege fördern. Hierbei gilt es zu beachten, daß mit dieser Schwerpunktsetzung eine Einschränkung hinsichtlich der vorzustellenden Verbreitungsfaktoren einhergeht. Denn diese beeinflussen außerdem zum Teil die Wahrscheinlichkeit einer HIV-Infektion durch andere Transmissions-

schaft, Kultur, Religion, Politik) verstanden.

arten, wie z.B. die Mutter-Kind-Übertragung (vgl. Kap. 3.2.3). Darüber hinaus könnten in Sub-Sahara Afrika noch weitere nationale abhängige Verbreitungsfaktoren vorliegen, die bei anderen Transmissionsarten als dem heterosexuellen Geschlechtsverkehr die Wahrscheinlichkeit einer HIV-Infektion erhöhen (z.B. die Verwendung unsteriler Spritzen in Krankenhäusern).

Die Untersuchung der Verbreitungsfaktoren von HIV/AIDS wird im folgenden jeweils mit der Ebene der nationalen abhängigen Verbreitungsfaktoren und nicht mit der regionalen Umweltsituation beginnen. Denn die regionale Umweltsituation wird als exogen gegebene Variable verstanden, die selbst von den einzelnen nationalen Regierungen nicht beeinflußt werden kann.

3.2.1. Die Stellung der Frau in der Gesellschaft

Die Stellung der Frau innerhalb der Gesellschaft wird von der politischen, rechtlichen, kulturellen und religiösen Umwelt geprägt. Man kann davon ausgehen, daß vor allem die Regierung eines Landes, z.B. durch Gesetzesänderungen, diese Umweltsituationen maßgeblich beeinflussen oder gar ändern kann. Die Stellung der Frau innerhalb der Gesellschaft hat ihrerseits verbreitungsfördernde Zustände zur Folge (vgl. Kap. 3.1) und stellt somit einen nationalen abhängigen Verbreitungsfaktor dar. Im südlichen Afrika ist die Stellung der Frau in der Gesellschaft z.B. durch fehlende Macht gegenüber den Männern und - daraus resultierend - einem schlechtem Zugang zu Ressourcen (z.B. Kredite, formale Beschäftigung, Bil-

dung) gekennzeichnet.³¹ In Kombination mit einem weiteren nationalen abhängigen Verbreitungsfaktor, der allgemeinen Armut eines Landes³², führen diese Zustände zu einer sozialen und wirtschaftlichen Abhängigkeit der Frauen von ihren Ehepartnern. Der Ehemann kann nämlich aufgrund dieser Abhängigkeit beispielsweise die sexuellen Aktivitäten initiieren, dominieren und kontrollieren und somit das Verhalten der Frauen steuern.³³ Diese können ihr Verhalten, welches schließlich die Wahrscheinlichkeit einer HIV-Infektion bestimmt, kaum noch selber beeinflussen: Häufig haben Frauen keinen Einfluß auf die Wahl ihrer Sexualpartner und können die Verwendung von Kondomen nicht durchsetzen.³⁴ Ihre soziale und ökonomische Abhängigkeit vom Ehemann ist teilweise so ausgeprägt, daß sie seine sexuellen Forderungen selbst dann nicht ablehnen können, wenn sie befürchten müssen, daß er durch andere Sexualpartnerinnen bereits infiziert ist. Zudem vermeiden es Frauen aus Furcht, vom Ehemann geschlagen und verstoßen zu werden, medizinische Leistungen in Anspruch zu nehmen und sich einem HIV-Test zu unterziehen.³⁵

Hat sich eine Frau dennoch von ihrem Mann getrennt oder ist dieser ver-

³¹ Vgl. Bassett/Mhloyi (1991), S. 149f.

³² Die „Armut des Landes“ wird im Kapitel 3.2.3 als eigenständiger nationaler abhängiger Verbreitungsfaktor ausführlich behandelt.

³³ Vgl. Gupta/Weiss/Whelan (1996), S. 216.

³⁴ Vgl. Heise/Elias (1995), S. 936; UNICEF (1999b), S. 5.

³⁵ Vgl. UNICEF (1999a), S. 17; Bassett/Mhloyi (1991), S. 146f.

storben, muß sie sich mit einem sehr geringen Einkommen begnügen. Aufgrund ihrer nachteiligen gesellschaftlichen Stellung wird ihr der Zugang zu den Ressourcen erschwert oder gar verweigert. Das geringe Einkommen beeinflusst das Verhalten der Frauen insofern, als daß sie wegen ihrer schlechten finanziellen Situation (verbreitungsfördernder Zustand) oftmals den Verkauf von Sexualdiensten und damit die Erhöhung der Wahrscheinlichkeit einer HIV-Infektion zu einem Teil ihrer Überlebensstrategie machen müssen.³⁶ Dabei handelt es sich nicht zwingend um Prostitution im herkömmlichen Sinne. Die Beziehungen können vielmehr die Form von einmaligen Treffen bis hin zu eheähnlichen Verhältnissen annehmen. Zudem kann die Bezahlung sporadisch, regelmäßig, in Form von Geschenken oder durch den Erhalt des Arbeitsplatzes erfolgen.³⁷ Die Kombination aus dem Angebot der Frauen und der Nachfrage seitens der Männer, welche oftmals weit entfernt von ihrer Familie leben und arbeiten, läßt ein sexuelles Netzwerk entstehen, das HIV/AIDS auf der Grundlage ökonomischer Abhängigkeiten³⁸ über weite Distanzen (z.B. aus der Stadt in die Familien auf dem Lande) trägt.³⁹

Risikoreiche Verhaltensweisen der Individuen werden darüberhinaus durch die Kombination der nationalen abhängigen Verbreitungsfaktoren „Stellung der Frau in der Gesellschaft“ und „Stel-

lung der Sexualität in der Gesellschaft“ gefördert. Um beispielsweise den Status der Jungfrau bis zum Eintritt in die Ehe aufrechtzuerhalten, werden bis zu diesem Zeitpunkt besonders risikoreiche, weil verletzungsfördernde, Sexualpraktiken angewandt:

„Young, unmarried women working in export processing zones in Mauritius report a practice referred to as ‚light sex‘, which is not constructed as being sexual intercourse. However, ‚light sex‘ involves rubbing the penis against the female genitalia and vaginal penetration up to the point of pain. Women who practiced ‚light sex‘ felt they were protecting their virginity, and did not perceive themselves to be at risk for pregnancy or HIV infections.“⁴⁰

Ebenso gilt eine große Anzahl an Kindern - als Zeichen einer hohen Fruchtbarkeit - als besonders weiblich, wodurch der ungeschützte Geschlechtsverkehr unweigerlich gefördert und das Infektionsrisiko erhöht wird.⁴¹ Zustände, bei denen solch konservative Normen vorherrschen, beeinflussen demnach das sexuelle Verhalten der Individuen ebenso negativ wie das Festhalten an gewissen sexuellen Riten, wie etwa die Austrocknung der Vagina mittels einer Kräuter- und Wurzelmischung vor dem Geschlechtsverkehr oder die Genitalverstümmelung. Denn auch diese Riten fördern die Verletzungsgefahr der Frauen beim Geschlechtsverkehr und steigern damit in letzter Konsequenz die Wahrscheinlichkeit einer Infektion.⁴²

³⁶ Vgl. Heise/Elias (1995), S. 934.

³⁷ Vgl. Gupta/Weiss/Whelan (1996), S. 217f; Bassett/Mhloyi (1991), S. 150.

³⁸ Vgl. Heise/Elias (1995), S. 936.

³⁹ Vgl. Gupta/Weiss/Whelan (1996), S. 217f.

⁴⁰ Gupta/Weiss/Whelan (1996), S. 219f.

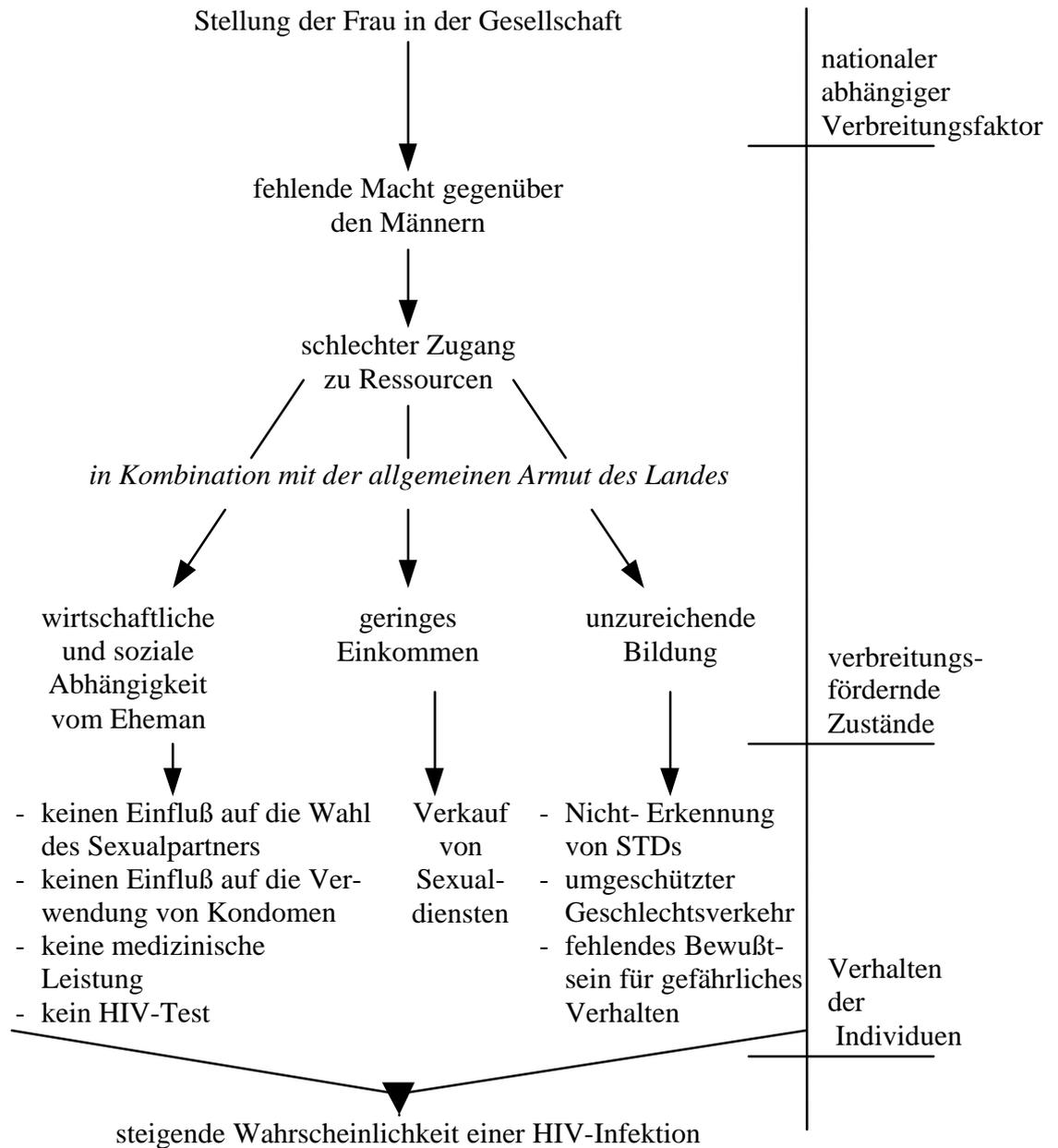
⁴¹ Vgl. Heise/Elias (1995), S. 937.

⁴² Vgl. Stein/Kuhn (1996), S. 233; Tesche (1999), S. 1.

Darüberhinaus führt der schlechte Zugang zu den Bildungsressourcen zu einem Zustand unzureichender Bildung unter den Frauen: Sie sind oftmals un-

schriebenen Folgen - nicht. Bildungsmangel hat zudem ein unzureichendes Wissen über den Gebrauch von Kondomen zur Folge, was zu einer falschen

Abbildung 2a: Stellung der Frau in der Gesellschaft I



Quelle: Eigene Darstellung.

wissend in Bezug auf den eigenen Körper und erkennen daher selbst behandelbare STDs - mit ihren bereits be-

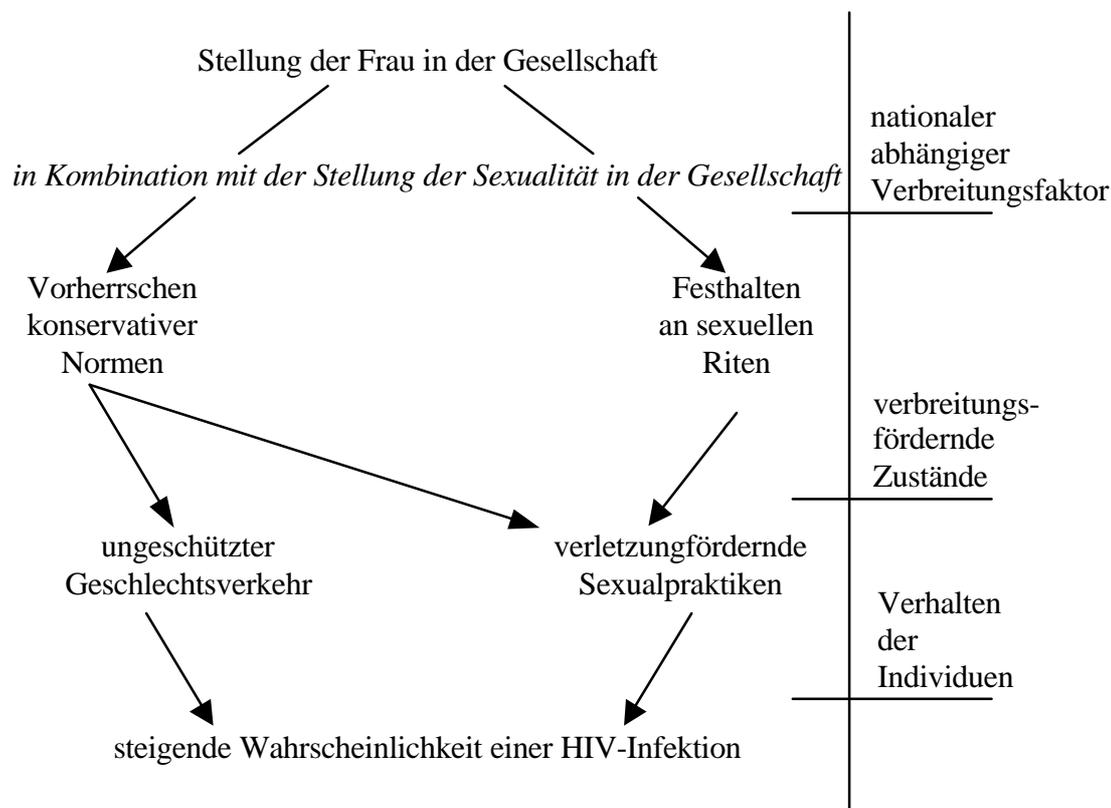
Anwendung oder der Vermeidung von Kondomen führt:

„In South Africa, rural women were particularly concerned about condoms becoming lodged in the vagina during intercourse. Some feared that the women's reproductive organs would come out when the condom was removed.“⁴³

Die schlechte Bildung fördert demnach aufgrund des daraus resultierenden fehlenden Bewußtsein für ihr gefährliches Verhalten die Wahrscheinlichkeit einer HIV-Infektion unter Frauen.⁴⁴

mit dem nationalen abhängigen Verbreitungsfaktor „Stellung der Frau in der Gesellschaft“ ergibt, in zwei Abbildungen differenziert darstellen. Kombinieren kann man die Darstellung dieses Faktors zum einen mit der allgemeinen Armut des Landes (Abb. 2a) und zum anderen mit der Stellung der Sexualität in der Gesellschaft (Abb. 2b). Die Abbildungen verdeutlichen, daß man ein-

Abbildung 2b: Stellung der Frau in der Gesellschaft II



Quelle: Eigene Darstellung.

Zusammenfassend läßt sich die Wirkungskette, die sich bei heterosexueller Transmission im Zusammenhang

zelle Ebenen der Wirkungskette zum Teil mehrere Faktoren zuordnen kann, die jeweils auf tieferstehende Ebenen heruntergebrochen werden können.

⁴³ Gupta/Weiss/Whelan (1996), S. 219.

⁴⁴ Vgl. Heise/Elias (1995), S. 937.

3.2.2. Kriegerische Konflikte

Kriegerische Konflikte stellen - gleichsam der Stellung der Frau in der Gesellschaft - einen nationalen abhängigen Verbreitungsfaktor dar, denn der Staat selber, die Vereinten Nationen oder etwa die Geberländer können - zumindest theoretisch - auf die den Konflikt begründende politische Situation einwirken. Als nationaler abhängiger Verbreitungsfaktor haben kriegerische Konflikte neben der Flucht bzw. Migration⁴⁵ auch eine hohe Anzahl junger Soldaten zur Folge (verbreitungsfördernder Zustand). In diesem Zusammenhang führt *Mead Over* in einer Untersuchung aus dem Jahr 1997 aus, daß die Anzahl junger Soldaten innerhalb von Städten mit einer steigenden Nachfrage nach kommerziellen Sexualeistungen und somit mit der Infektionsrate positiv korreliert:

„For the average country, reducing the size of its military from 30 per cent to 12 per cent of the urban population will reduce seroprevalence among low-risk urban adults by about 1 percentage point.“⁴⁶

Da die Anzahl junger Soldaten mit dem Ausbruch eines Krieges zunimmt, kommt es zu einer steigenden Nachfrage nach kommerziellen Sexualeistungen (Verhalten der Individuen, vgl. Abb.1).

Eine besondere Position nehmen die Vergewaltigungen ein. Sie kommen auch in Friedenszeiten vor, aber ihre Anzahl nimmt mit dem Ausbruch eines kriegerischen Konfliktes zu. Die Besonderheit von Vergewaltigungen liegt im gegen-

wärtigen Kontext darin, daß ihr Auftreten zwar von den kriegerischen Konflikten (nationaler abhängiger Verbreitungsfaktor) beeinflusst wird, die Ebene des Verhaltens der Individuen hier aber irrelevant bleibt. Denn die Wahrscheinlichkeit, daß sich die Frau mit HIV infiziert nimmt unabhängig von ihrem Verhalten durch die Vergewaltigung direkt zu.⁴⁷

Auf welche Weise die Vergewaltigungen und die Flucht- und Migrationsbewegungen die Verbreitung von HIV/AIDS fördern, läßt sich anhand des ethno-politischen Krieges in Ruanda aufzeigen: Vor Ausbruch des Krieges Mitte der 90er Jahre waren in städtischen Gebieten mehr als 10% der schwangeren Frauen HIV-infiziert, in den ländlichen Regionen betrug die Rate jedoch kaum mehr als 1%. Nach Beendigung der kriegerischen Auseinandersetzung im Jahr 1997 hatte sich die Prävalenzrate sowohl im städtischen als auch im ländlichen Raum auf über 11% erhöht. Flucht und Migration (verbreitungsfördernde Zustände) haben einen erheblichen Anteil an den Steigerungsraten: Unter den Personengruppen, die in Flüchtlingslagern innerhalb des Landes gelebt haben (zum größten Teil Bewohner ländlicher Gegenden), stieg die Prävalenzrate auf 8,5% an. Durch die anschließende Rückkehr der Flüchtlinge wurde der Virus in ihre Dörfer getragen. Die ungefähr sechsfache Steigerung der Infektionsrate innerhalb der Lager wird - neben der

⁴⁵ Zur ausführlicheren Darstellung und Unterscheidung von Flucht und Migration vgl. Nuscheler (1995), S. 39ff.

⁴⁶ Vgl. Over (1998), S. 48.

⁴⁷ Die Möglichkeit, daß sich der Vergewaltiger bei der betreffenden Frau infiziert, wird hier nicht berücksichtigt. Denn sein Verhalten wird schließlich nicht von einem Zustand innerhalb einer Gruppe beeinflusst, sondern ist von ihm selbst bestimmt.

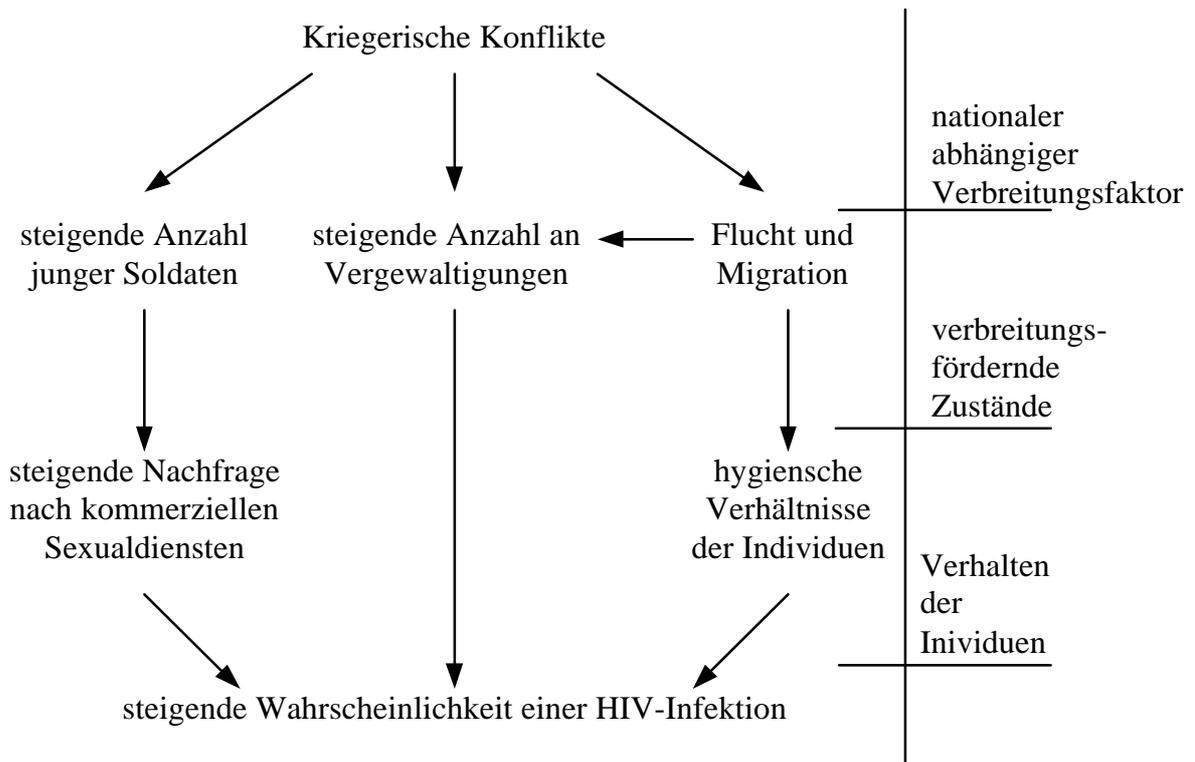
Überfüllung und deren negative Auswirkung auf die hygienischen Verhältnisse der Individuen - vor allem auf Vergewaltigungen zurückgeführt. Denn 3,2% der befragten Frauen erklärten, daß sie während des Konflikts vergewaltigt worden seien. Von diesen Vergewaltigungsopfern sind 17% HIV-positiv, während die Prävalenz der Frauen, die nicht vergewaltigt wurden, im Vergleich dazu lediglich 11% beträgt.⁴⁸

zusammenfassend also auf folgende Weise:

3.2.3. Armut des Landes

Die regionale wirtschaftliche Umweltsituation prägt einen weiteren nationalen abhängigen Verbreitungsfaktor. Für die Region südlich der Sahara ist dies die drastische Armut der Länder, aus der das geringe Einkommen der Haushalte (verbreitungsfördernder Zustand) resultiert.

Abbildung 3: Kriegerische Konflikte



Quelle: Eigene Darstellung.

Die kriegerischen Konflikte als nationaler abhängiger Verbreitungsfaktor fördern die Verbreitung von HIV/AIDS

Das geringe Einkommen veranlaßt viele Männer dazu, ihre Familien für längere Zeit zu verlassen, um in einer anderen Region zu arbeiten. Diese Wirkungskette und die sich daraus ergebende Ausbreitung von HIV/AIDS läßt sich im folgenden exemplarisch anhand der Situation

⁴⁸ Vgl. UNAIDS (1998b), S. 12.

der Bergarbeiter in Carltonville/Südafrika darstellen: Von 88.000 Bergarbeitern in Carltonville kommen 60% aus anderen Teilen Südafrikas oder dem nahegelegenen Ausland. Zusätzlich zu den Bergarbeitern haben sich dort auch 400 bis 500 Prostituierte niedergelassen, von denen 75% das HI-Virus in sich tragen. Da die Bergarbeiter, die häufig mehrere hundert Kilometer von ihrer Familie entfernt sind, die Gefahr einer HIV-Infektion im Vergleich zur Gefährlichkeit ihrer Arbeit als gering bewerten⁴⁹, nehmen sie das sexuelle Angebot der Prostituierten zumeist ohne Kondom in Anspruch.

Das Ergebnis dieses Verhaltens ist, daß heute mindestens 20% der Arbeiter infiziert sind.⁵⁰ Die infizierten Bergarbeiter tragen die Krankheit durch ihre periodischen Familienbesuche weiter in andere Gebiete. So ist z.B. in Hlabisa, einem ländlichen Gebiet in Südafrika, wo in ca. 60% der Haushalte mindestens ein männlicher Arbeitsmigrant lebt, die Prävalenzrate unter schwangeren Frauen binnen fünf Jahren von 4% (1992) auf 26% (1997) angestiegen. Eine UNAIDS-Studie von 1995 erhärtet den aufgezeigten Zusammenhang von Mobilität und Infektion. Laut dieser Studie waren 13% der Frauen, deren Partner weniger als ein Drittel ihrer Zeit zu Hause verbrachten, infiziert. Im Gegensatz dazu wurden

keine Infektionen bei den Frauen festgestellt, deren Partner mehr als zwei Drittel ihrer Zeit zuhause verbrachten.⁵¹

Ähnliche Zusammenhänge zwischen Arbeitsmigration, Mobilität und dem Verhalten der Individuen lassen sich auch auf Großbaustellen, wie z.B. bei Infrastrukturprojekten, feststellen: Beim Bau der Ölpipeline vom Tschad nach Kamerun werden bis zum Ende der Hauptbauphase 2001 ca. 2000 Arbeitskräfte erwartet. Darüberhinaus sorgen 400 bis 600 LKW-Fahrer für die notwendigen Transportleistungen. In einigen Gebieten entlang der geplanten Pipeline lag bereits 1997 die Prävalenzrate unter den Prostituierten bei über 50% und die der LKW-Fahrer bei 25%. Dies legt nahe, daß selbst durch Projekte der Entwicklungszusammenarbeit (oftmals Partner großer Infrastrukturprojekte) die Ausbreitung von HIV/AIDS begünstigt werden kann (verbreitungsfördernder Zustand).⁵²

Weiterhin führt das geringe Einkommen der Haushalte (verbreitungsfördernder Zustand) als Folge der Armut des Landes dazu, daß selbst die Personen, die Kondome verwenden möchten, sich diese nicht leisten können. Darüberhinaus werden oftmals vorliegende STDs oder andere Krankheiten aus Geldmangel nicht behandelt⁵³ und die aus der Armut resultierende Unterernährung verschlechtert den allgemeinen Gesundheitszustand der betroffenen Personen derart, daß sich die Wahr-

⁴⁹ Die Wahrscheinlichkeit, daß ein Bergarbeiter in einer südafrikanischen Goldmine untertage von einem Steinschlag getötet wird, beträgt 1:40 und die Wahrscheinlichkeit, schwerverletzt zu werden, sogar 1:3.

⁵⁰ Diese Prozentzahl kann als ein verharmlosendes Ergebnis angesehen werden, da die Arbeiter, welche für ihre Arbeit bereits zu krank sind, aus der Erhebung herausfielen.

⁵¹ Vgl. UNAIDS (1998b), S. 11f.

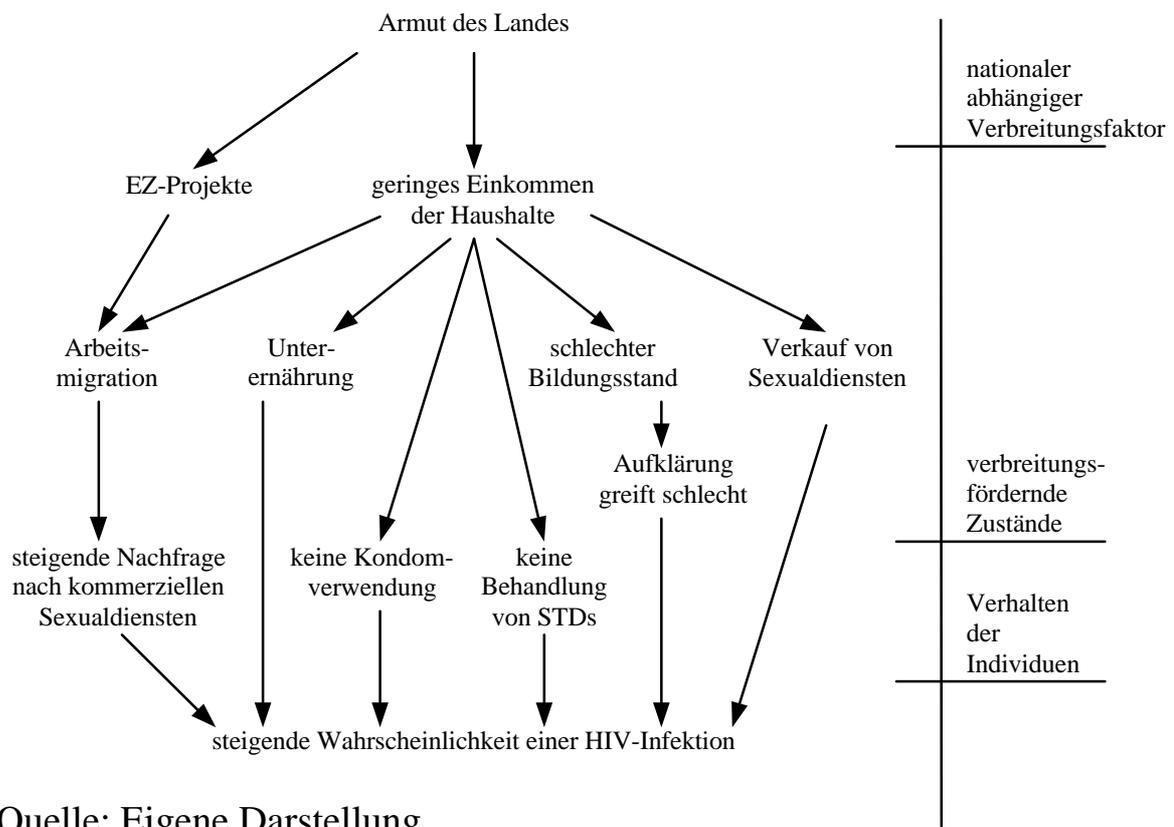
⁵² Vgl. World Bank (1997), S. 31; World Bank (1999), S. 18.

⁵³ Vgl. World Bank (1997), S. 127.

scheinlichkeit einer HIV-Infektion weiter erhöht.⁵⁴ Aufklärungskampagnen greifen oftmals aufgrund unzureichender Bildung von Kindern und Jugendlichen nur schlecht. Der unzureichende Bildungsstand ist ebenfalls eine Folge der Armut der Familie. Die Eltern müssen

Dienste an. Weit verbreitet sind im südlichen Afrika beispielsweise die sogenannten „Sugar Daddies“. Dabei handelt es sich um ältere Männer, die den Mädchen aus weiterführenden Schulen („secondary school“) als Gegenleistung für deren sexuellen Dienste die Schulgebüh-

Abbildung 4: Armut des Landes



Quelle: Eigene Darstellung.

ihre Kinder von der Schule nehmen, weil sie die notwendigen Schulgebühren nicht bezahlen können.⁵⁵ Um dennoch das notwendige Geld für die Schule aufbringen zu können, bieten die Mütter oder sogar die Töchter zum Teil sexuelle

ren zahlen. Oftmals infizieren sich diese Mädchen bei ihren „Sugar Daddies“ mit HIV oder anderen STDs oder werden schwanger. Tausende von Mädchen müssen deshalb jedes Jahr die Schule verlassen und viele von ihnen werden anschließend von ihren Familien verstoßen. Diese Mädchen haben häufig keine Alternativen zur Prostitution und steigern auf diese Weise ihr HIV-Risiko. Eine Studie unter Prostituierten in Nai-

⁵⁴ Vgl. Gilks (1998), S. 36; Jones (1998), S. 54.

⁵⁵ Vgl. World Bank (1997), S. 127.

robi bestätigt diese Entwicklung. Sie belegt, daß die Mehrheit der unverheirateten Frauen die Schule vorzeitig verlassen hat, weil sie schwanger waren.⁵⁶

Zusammenfassend stellt sich die auf der Armut des Landes begründete heterosexuelle Transmission wie folgt dar:

Wie bereits in Kapitel 2.2 und 3.2 erwähnt wurde, besitzt die vertikale Transmission im südlichen Afrika eine große Bedeutung. Aus diesem Grund soll am Ende dieses Kapitels - abweichend von der eingangs erwähnten Absicht, ausschließlich die heterosexuelle Transmission zu beleuchten - der Einfluß der Armut bzw. des geringen Einkommens auf die Mutter-Kind-Übertragung kurz erläutert werden: Das Risiko einer Übertragung während der Schwangerschaft, bei der Geburt oder während der Zeit des Stillens könnte hier beispielsweise durch eine kontrollierte Einnahme von AZT drastisch gesenkt werden:

„[...] [D]urch die Anwendung dieses Medikaments bei Schwangeren [kann] die Infektionsrate ihrer Neugeborenen von durchschnittlich 25 auf 8 Prozent gesenkt werden [...].“⁵⁷

Jedoch können die Kosten für diese Behandlung aufgrund des geringen Haushaltseinkommens nicht aufgebracht werden. Mit dem Fehlen des Medikaments geht - im Vergleich zur medizinisch bestmöglichen Situation - eine Erhöhung des Infektionsrisikos einher. Wenn aufgrund des Finanzmangels keine ärztliche Betreuung zur Verfügung steht, erhöht sich zudem das Übertragungsrisiko während der Geburt.

⁵⁶ Vgl. Heise/Elias (1995), S. 935.

⁵⁷ UNICEF (1997), S. 2.

3.3 Ein Patchwork lokaler und gesellschaftlicher Epidemien

Faßt man die einzelnen Untersuchungen über die Ursachen zusammen, so läßt sich folgendes schließen:

1. Das sexuelle Verhalten darf nicht gleichgesetzt werden mit dem in Abbildung 1 genannten „Verhalten der Individuen“. Es handelt sich dabei vielmehr um eine Ausprägung des Verhaltens der Individuen. Das sexuelle Verhalten spielt in Sub-Sahara Afrika allerdings die bedeutendste Rolle bei der Verbreitung von HIV/AIDS, da dort der heterosexuelle Geschlechtsverkehr die Hauptübertragungsart darstellt (vgl. Tab. 1).
2. Die negativen Wirkungen, die sowohl von der Stellung der Frau in der Gesellschaft als auch von den kriegerischen Auseinandersetzungen ausgehen, könnten grundsätzlich auch Personen mit einem höheren Einkommen treffen. Dies bedeutet, daß es sich in Anbetracht der Ursachen von HIV/AIDS zwar überwiegend, aber nicht ausschließlich um eine „Krankheit der Armen“ handelt.⁵⁸

⁵⁸ Das hohe Einkommen kann sogar als eigenständiger verbreitungsfördernder Zustand fungieren: Vgl. WORLD BANK (1997), S. 127ff/S. 207ff; Ainsworth, Martha/Semali, Innocent (1998), S. 95f: Es existieren Untersuchungen, die aufzeigen, daß gerade während des frühen Stadiums der Ausbreitung von HIV/AIDS in den späten 1980er und frühen 1990er Jahren in Sub-Sahara Afrika vor allem Personen mit einem hohen Einkommen betroffen waren. Begründet wird dieser Trend damit, daß Männer mit höherem Einkommen mehr reisen und sich

3. Die Ausprägung der Verbreitungsfaktoren und deren mögliche Beeinflussbarkeit bestimmen über die vor dem Hintergrund der Wirkungskette beschriebenen Wege die Stärke der Verbreitung der Epidemie. Da sich die Verbreitungsfaktoren in verschiedenen Regionen und Personenkreisen unterschiedlich stark entwickeln bzw. beeinflusst werden (können), entwickelt sich HIV/AIDS dort entsprechend unterschiedlich stark. Betrachtet man die Ursachen der HIV-Infektionen, so kann demzufolge nicht von einer globalen Epidemie oder Pandemie gesprochen werden. Statt dessen muß die derzeitige weltweite Situation der Verbreitung von HIV/AIDS als ein „Patchwork“ lokaler und gesellschaftlicher (Einzel-) Epidemien gesehen werden.⁵⁹

4 Wirtschaftliche Folgen der Verbreitung von HIV/AIDS in Sub-Sahara Afrika

Im vorangegangenen Kapitel wurde vor dem Hintergrund der Wirkungskette dargestellt, daß unterschiedliche Ausprägungen der nationalen abhängigen

Verbreitungsfaktoren in Sub-Sahara Afrika, d.h. der Stellung der Frau innerhalb der Gesellschaft, der kriegerischen Konflikte und der allgemeinen Armut des Landes, jeweils zu einer unterschiedlich starken Verbreitung von HIV/AIDS in den verschiedenen geographischen Gebieten und gesellschaftlichen Gruppen führen. Innerhalb dieses Kapitels wird nunmehr weiterführend gezeigt, welche wirtschaftlichen Folgen für die betroffenen Personen(-gruppen), Unternehmen, Märkte und Länder durch die Ausbreitung von HIV/AIDS entstehen.

Man kann die wirtschaftlichen Folgen von HIV/AIDS in einer komparativ-statischen Analyse betrachten. Diese vergleicht die jeweilige wirtschaftliche Situation eines Haushaltes zu einem bestimmten Zeitpunkt vor und nach dem Eintritt eines HIV/AIDS-Falles miteinander. Das auf diese Weise erhaltene Ergebnis ist in dieser Form nur aufgrund von zwischenzeitlich veränderten Verhaltensweisen der Haushaltsmitglieder entstanden. Denn diese strukturieren ihre vorhandenen Ressourcen so um, daß die Folgen der Krankheit bzw. des Todesfalles eines oder mehrerer Haushaltsmitglieder minimiert werden. Ein auf solch komparativ-statische Weise entstandenes Nettoergebnis berücksichtigt zwar die kurzfristigen Wirkungen der Bewältigungsstrategien, läßt aber ihre langfristigen Folgen außer Acht. Da aber gerade die langfristigen Folgen sowohl die zukünftige privatwirtschaftliche als auch die gesamtwirtschaftliche Entwicklung beeinflussen, bedarf es einer dynamischen Betrachtung der wirtschaftlichen

eine größere Zahl kommerzieller Sexualpartner pro Jahr leisten können. Zusätzlich führte die geraume Inkubationszeit zu einer langen Zeit der Unwissenheit über die eigene Infektion, weshalb es in den ersten Jahren der Epidemie nicht zu Verhaltensänderungen kam. Der Trend hat sich mittlerweile jedoch in die entgegengesetzte Richtung entwickelt [vgl. ING-Barings (2000), S. 7], denn gebildeter Menschen neigen heute zu einem höheren Kondomgebrauch.

⁵⁹ Vgl. Barnett/Whiteside (1999), S. 203ff.

Folgen von HIV/AIDS.⁶⁰ Anstelle einer komparativ-statischen Analyse wird im Rahmen dieser Arbeit daher eine dynamische Analyse bevorzugt. In Kapitel 4.1.1 und 4.1.2 werden konsequenterweise zuerst die direkten Folgen eines HIV/AIDS-Falles für die betroffenen Wirtschaftssubjekte, sodann die daraus resultierenden Bewältigungsstrategien und letztlich deren kurz- und langfristige Folgen beschrieben.

Neben der Dynamik des Anpassungsprozesses als erste temporäre Folge gilt es, eine zweite temporäre Folge zu beachten, denn die ökonomischen Wirkungen von HIV/AIDS werden zuerst auf mikroökonomischer Ebene, d.h. von den betroffenen Haushalten und Unternehmen bemerkt; mit zunehmender Verbreitung werden die Wirkungen aber auch auf den höher aggregierten Ebenen - den Märkten und der makroökonomischen Ebene - spürbar.⁶¹ Dieser dynamischen Entwicklung wird Rechnung getragen, indem zunächst in Kapitel 4.1 die wirtschaftlichen Folgen auf mikroökonomischer Ebene aufgezeigt werden. Anschließend werden in Kapitel 4.2 die kumulierten Wirkungen als Folgen für bestimmte Märkte (Arbeitsmarkt, Gütermärkte) dargelegt, bevor in Kapitel 4.3 die möglichen makroökonomischen Folgen besprochen werden.

4.1 Folgen auf mikroökonomischer Ebene

Die elementarste Einheit, die auf mikroökonomischer Ebene von einem HIV/AIDS-Fall betroffen wird, ist das

Individuum. Zur weiteren Untersuchung werden die einzelnen Individuen zu Haushalten zusammengefaßt und deren wirtschaftliche Folgen und Bewältigungsstrategien dargestellt. Die wirtschaftlichen Folgen, die in Bezug auf die zweite wichtige Einheit der mikroökonomischen Ebene - die Unternehmen - durch eine hohe HIV/AIDS-Prävalenz entstehen, werden im Anschluß an die Darstellung der Haushalte aufgezeigt.

4.1.1. Die Haushalte und ihre Bewältigungsstrategien

Haushalte bestehen aus mehreren Individuen,⁶² die sowohl konsumieren und sparen als auch - gerade in Sub-Sahara Afrika - produzieren, um ihr ökonomisches Ziel, die Maximierung ihrer Wohlfahrt bei gegebener Ressourcenausstattung, zu erreichen. Diese ergibt sich aus dem physischen Kapital, welches sich aus Ersparnissen, langlebigen Konsumgütern, Produktivvermögen und Land zusammensetzt, und dem Humankapital, das in Form von Arbeitskraft, Arbeitszeit und Bildung der Haushaltsmitglieder zur Verfügung steht.⁶³

Da sich HIV/AIDS in Sub-Sahara Afrika hauptsächlich auf (hetero-) sexuellem Wege verbreitet, sind hauptsächlich Individuen im sexuell aktiven Alter,

⁶⁰ Vgl. Ainsworth/Over (1994), S. 559.

⁶¹ Vgl. Bollinger/Stover (1999), S. 1.

⁶² Grundsätzlich kann ein Haushalt auch aus einem einzigen Individuum bestehen. Zugunsten der besseren Anschaulichkeit der Ausführungen im Rahmen dieser Arbeit und nicht zuletzt aufgrund der Tatsache, daß die überwiegende Mehrheit der Haushalte im südlichen Afrika über mindestens ein Elternpaar und mehrere Kinder verfügt, wird im folgenden diese Haushaltsstruktur vorausgesetzt.[UNICEF (2000), S. 168f.]

⁶³ Vgl. Ainsworth/Over (1994), S. 563; Bloom/Godwin (1997), S. 62f.

welches gleichzeitig auch das wirtschaftlich produktivste Alter darstellt, betroffen. In einer Untersuchung über die Sterblichkeit von Erwachsenen in Haushalten des Rakai Distrikt in Uganda, die zwischen 1989 und 1992 erhoben wurde, stellt man in diesem Zusammenhang fest:

„[...] [A]mong adults in the economically active group (15-64 years), 78.2 per cent of deaths were associated with HIV infection [...]. Mortality among HIV-positive adults was tenfold higher than among HIV-negative adults in the same age group.“⁶⁴

Wird nun ein Haushalt dadurch, daß mindestens ein Familienmitglied erkrankt oder stirbt, von einem HIV/AIDS-Fall direkt betroffen,⁶⁵ bedeutet dies eine Verringerung der verfügbaren Ressourcen als direkte Folge für diesen Haushalt. Die Arbeitskraft und -zeit, welche entweder für die eigene i.d.R. landwirtschaftliche Produktion oder in Form formaler Beschäftigung eingesetzt wurde, reduziert sich. Im Falle eines Todes entfällt außerdem bisher verfügbares Wissen, und u.U. fallen Vermögensgegenstände durch Vererbung fort.⁶⁶ Zusätzlich zu diesen indirekten Kosten⁶⁷ ergeben sich direkte Ko-

sten als Folge steigender Nachfrage nach medizinischer Betreuung, Medikamenten, erhöhtem Transportbedarf und durch die notwendige Beerdigung.⁶⁸

Innerhalb der betroffenen Haushalte werden zur Bewältigung der beschriebenen Folgen in einem ersten Schritt die vorhandenen Ressourcen so umverteilt, daß die zusätzliche Belastung möglichst minimiert wird. Dafür werden die für Konsumzwecke zur Verfügung stehenden liquiden Mittel teilweise zur Zahlung zusätzlich anfallender direkter Kosten verwandt und die Zeitressourcen der gesunden Haushaltsmitgliedern u.a. von produktiven Aktivitäten auf die Betreuung des kranken Mitgliedes umgeschichtet. Um diese Bewältigungsstrategien durchführen zu können, erfolgt eine Erhöhung der Arbeitszeiten der gesunden Haushaltsmitglieder, was zumeist nur erreicht werden kann, wenn man die Kinder von der Schule nimmt.⁶⁹ Zusätzlich findet eine Umstellung der hausaltseigenen landwirtschaftlichen Produktion statt:

„When an adult falls ill and dies in a rural area, especially in the case of a breadwinner, there is a significant reduction in a family's output. Households are forced to plant less labor-intensive crops, which in Zimbabwe, for example, has resulted in a 61 per cent loss in the rural production of maize.“⁷⁰

Diese Strategie hat jedoch vielfach zugleich den Ersatz hochwertiger, u.U.

⁶⁴ Menon, Rekha/et al (1998), S. 327.

⁶⁵ Haushalte können auch indirekt betroffen werden, indem sie z.B. durch Aufnahme von Waisen, Zuschüsse zu den Beerdigungskosten oder durch die Bereitstellung der eigenen Arbeitskraft den direkt betroffenen Haushalten helfen [Vgl. Ainsworth/Over (1994), S. 564; Bloom/Godwin (1997), S. 63].

⁶⁶ Vgl. Barnett/Blaikie (1992), S. 104; Ainsworth/Over (1994), S. 563f.

⁶⁷ Die indirekten Kosten werden auch Opportunitätskosten genannt, da es sich dabei um potentiell entgangene Einnahmen handelt. In diesem Fall konnte die Gelegenheit,

Einnahmen zu tätigen, nicht genutzt werden.

⁶⁸ Vgl. Bollinger/Stover (1999), S. 1; Loewenson/Whiteside (1997), S. 32.

⁶⁹ Vgl. Ainsworth/Over (1994), S. 563f; Rau/Forsythe/Mboya (1996), S. 6.

⁷⁰ Whiteside/O Grady/Alban (1999), S. 4.

für den Export geeigneter Produkte durch subsistenzielle Feldfrüchte zur Folge.

Die zitierte Untersuchung in Simbabwe bestätigt diese Entwicklung. Dort kam es im Zusammenhang mit HIV/AIDS - neben der Reduktion des Ertrags an Mais (61%) - auch zu einer Ertragsverringerung an Gemüse (49%), Baumwolle (47%), Erdnüsse (37%) und Rindern (29%).⁷¹ Darüber hinaus ist die Bereitstellung der liquiden Mittel für das erkrankte Mitglied oftmals nur durch einen geringeren Konsum von Nahrungsmitteln und Inanspruchnahme medizinischer Leistungen der anderen Haushaltsmitglieder möglich, was langfristig zu einer schlechten Ernährungssituation und einem schlechten allgemeinen Gesundheitszustand für die überlebenden Haushaltsmitglieder führt. Gerade eine unzureichende Ernährung hat weitreichende wirtschaftliche Folgen. Die Unterernährung kann die intellektuelle Entwicklung der Kinder so sehr behindern, daß sich ihre lebenslange Produktivität reduziert.⁷² Reicht jedoch diese Umverteilung des Konsums nicht aus, um die gestiegenen Ausgaben decken zu können, so müssen Ersparnisse aufgelöst, Kredite aufgenommen oder langlebige Konsumgüter und Vermögensgegenstände verkauft werden.⁷³ Dies zeigt auch die Untersuchung im Rakai Distrikt in Uganda, wo zwei Drittel der von HIV/AIDS betroffenen Haushalte

Eigentum verkauft haben, um mit dem Erlös die medizinische Behandlung bzw. die Beerdigung zahlen zu können.⁷⁴ Auf diese Weise geht dem Haushalt - neben dem Verlust an zukünftigem Humankapital durch fehlende Schulbildung - langfristig auch physisches Kapital verloren, welches ansonsten für notwendige produktivitätssteigernde Investitionen eingesetzt werden könnte.

Von den beschriebenen Entwicklungen sind die Personenkreise besonders betroffen, die nur über wenige Ressourcen verfügen. Die ökonomischen Folgen von HIV/AIDS wirken demnach um so schwerer, je ärmer der betroffene Haushalt ist. Wie stark die wirtschaftlichen Folgen eines AIDS-Todesfalls von der ökonomischen Situation des betroffenen Haushalts abhängen, wird deutlich, wenn man die Ausgaben betroffener Haushalte für Nahrungsmittel und deren Konsum betrachtet. Dieser Zusammenhang wurde zwischen 1991 und 1993 in Kagera, Tansania untersucht. Die Studie zeigt, daß die Hälfte der ärmeren Haushalte infolge eines AIDS-Todesfalles ihre Nahrungsmittelausgaben um durchschnittlich 32% und den Konsum um 15% pro erwachsenes Familienmitglied reduzierten. Innerhalb der Hälfte der reicheren Haushalte erhöhten sich hingegen nach dem Eintritt eines AIDS-Todesfalles sowohl die Ausgaben (12%) für Nahrungsmittel als auch deren Konsum (10%) pro erwachsenes Familienmitglied.⁷⁵

Zu den Personenkreisen, die über äußerst wenig Ressourcen verfügen,

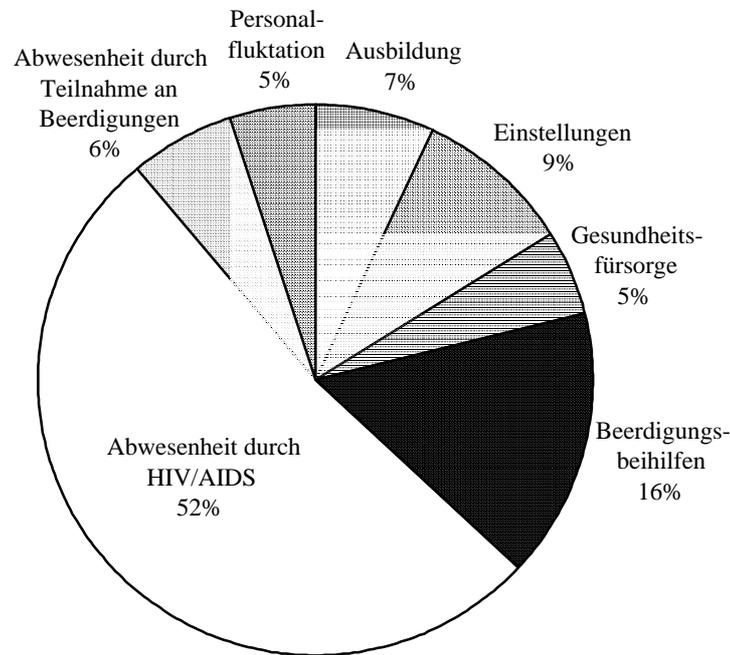
⁷¹ Vgl. Whiteside/O Grady/Alban (1999), S. 4.

⁷² Vgl. World Bank (1997), S. 222f.

⁷³ Vgl. Barnett/Blaikie (1992), S. 104; Ainsworth/Over (1994), S. 564; Bloom/Godwin (1997), S. 63.

⁷⁴ Vgl. Menon, Rekha/et al (1998), S. 327.

⁷⁵ Vgl. World Bank (1997), S. 222.

Abbildung 5: Faktoren der steigenden Arbeitskosten

Quelle: In Anlehnung an Roberts/Rau (1997), zitiert in Bollinger/Stover (1999), S. 4.

gehören - neben den Haushalten mit einem weiblichem Vorstand - Flüchtlinge und Migranten. Besonders betroffen von einer unzureichenden Ressourcenausstattung sind die weltweit geschätzten 8,2 Millionen AIDS-Waisen⁷⁶, von denen die

Mehrheit in den Staaten südlich der Sahara lebt.⁷⁷ Die Situation der AIDS-Waisen hat - dies zeigt das Beispiel Uganda, wo 1,1 Mio. Kinder mindestens ihre Mutter durch HIV/AIDS verloren haben - langfristige Folgen für das soziale System der betroffenen Länder:

⁷⁶ Unter Waisen versteht man laut der Definition der Vereinten Nationen Kinder bis zu einem Alter von 15 Jahren, bei denen die Mutter oder beide Elternteile verstorben sind. Von der Definition der deutschen Zusammenfassung des UNICEF-Berichts, in der AIDS-Waisen als „Kinder unter 15 Jahren, die ein oder beide Elternteile durch die Immunschwächekrankheit verloren haben“ [UNICEF (1999b), S. 6] bezeichnet werden, wird an dieser Stelle Abstand genommen. Denn demnach würde ein Kind unter 15 Jahren bereits als ein AIDS-Waise

eingestuft, wenn einzig der Vater verstorben ist.

⁷⁷ Vgl. UNICEF (1999a), S. 20. Die deutsche Zusammenfassung des UNICEF-Berichtes konkretisiert den Anteil Sub-Sahara Afrikas an der weltweiten Anzahl der Waisen auf 90% [Vgl. UNICEF (1999b), S. 6], wobei allerdings nicht erkennbar ist, woher diese präzise Angabe stammt.

„Denn in fast der Hälfte der ugandischen Haushalte leben heute ein oder mehrere Kinder, deren Eltern an den Folgen von AIDS gestorben sind. Doch angesichts des Ausmaßes, das die Seuche mittlerweile [...] angenommen hat, gerät dieses traditionelle Unterstützungssystem mehr und mehr ins Wanken. Die Angehörigen und Nachbarn sind oft völlig überfordert, wenn sie sich auf einen Schlag um fünf bis zehn weitere Kinder kümmern müssen. Sie nehmen die Waisen zwar noch auf, doch oft können sie diese nicht ausreichend versorgen. Die Folge: Zehntausende Waisen müssen sich als Straßenkinder durchschlagen oder versuchen, den Haushalt ohne ihre Eltern selbst weiterzuführen.“⁷⁸

Auf diese Weise wird den Waisen vor allem die Möglichkeit genommen, Humankapital in Form von Bildung zu erwerben, um langfristig der Armut und der damit einhergehenden Infektionsgefahr entkommen zu können.

4.1.2. Die Unternehmen und ihre Bewältigungsstrategien

Ebenso wie die Haushalte durch HIV/AIDS getroffen werden, führt das Auftreten von HIV/AIDS innerhalb der Arbeitnehmerschaft zu steigenden Arbeitskosten für die Unternehmen. Die in Abbildung 5 aufgeführten Anteile der wichtigsten Faktoren, die für die steigenden Arbeitskosten verantwortlich sind, beruhen auf den Ergebnissen einer Untersuchung mehrerer Unternehmen in Botswana und Kenia.⁷⁹

Die Faktoren, die zu einer Erhöhung der Arbeitskosten führen, lassen sich in zwei Gruppen aufteilen:

1. Faktoren, die steigende Ausgaben nach sich ziehen und
2. Faktoren, die zu sinkenden Einnahmen führen.

Zur ersten Gruppe können sowohl die Ausgaben für die Gesundheitsfürsorge und die Beerdigungsbeihilfen als auch die Kosten für Einstellung und Ausbildung gezählt werden. Diese Faktoren erhöhen in Abhängigkeit von der Anzahl infizierter Arbeitnehmer die Arbeitskosten direkt. Der Hauptfaktor, der zu sinkenden Einnahmen führt, ist - neben der Personalfuktuation und den Fehlzeiten der Arbeitnehmer aufgrund der Teilnahme an Beerdigungen oder Ausbildungskursen - vor allem die Abwesenheit infolge HIV/AIDS-bezogener Erkrankungen.⁸⁰

Im Vergleich zu den Faktoren der ersten Gruppe bewirken die Faktoren der zweiten Gruppe eine indirekte Erhöhung der Arbeitskosten, indem sie die Produktivität der Arbeitnehmer reduzieren. So verfügen beispielsweise Arbeitnehmer, die schon über einen längeren Zeitraum in einem Unternehmen beschäftigt sind, über produktionspezifisches Wissen und Fähigkeiten, welche im Todesfall fortfallen und vom Nachfolger erst wieder erlernt werden müssen. Das fehlende Wissen und die Erfahrung können dann zu Fehlplanungen, Nichteinhaltung von Lieferzielen und reduzierter Produktqualität führen.⁸¹ Für kleine Firmen kann sich solch eine Entwicklung existenzbedrohend auswirken:

⁷⁸ UNICEF (1999b), S. 7.

⁷⁹ Vgl. Bollinger/Stover (1999), S. 4.

⁸⁰ Vgl. Whiteside/O Grady/Alban (1999), S. 3.

⁸¹ Vgl. Loewenson/Whiteside (1997), S. 27.

„For some smaller firms the loss of one or more key employees could be catastrophic, leading to the collapse of the firm.“⁸²

Zurückzuführen ist solch ein Ergebnis - im Falle einer AIDS-Erkrankung - auf den Verlust eines sehr hohen relativen Anteils am gesamten Humankapital, den die Fachkräfte kleiner Firmen auf sich vereinigen. Das Ausmaß der wirtschaftlichen Folgen ist also in entscheidendem Maße abhängig von dem relativen Anteil der ausscheidenden Mitarbeiter an der Gesamtbelegschaft. Allerdings müssen nicht alle Firmen den Fortfall von Mitarbeitern ausschließlich negativ betrachten:

„[...] [A] firm that is suffering from a drop in demand for its product can raise profits (or decrease losses) by releasing workers.“⁸³

Allein diese beiden konträren Wirkungen des HIV/AIDS-bedingten Ausfalls von Arbeitskräften verdeutlichen, daß keine eindeutige Aussage über das Ausmaß der Folgen für Unternehmen getroffen werden kann. Allerdings können grundsätzliche Faktoren und Tendenzen, die das Ausmaß der Folgen bestimmen, herausgestellt werden. *Loewenson* und *Whiteside* benennen in diesem Zusammenhang fünf Hauptfaktoren:

1. Die Anzahl der betroffenen Mitarbeiter;
2. Die Positionen, die von den betroffenen Mitarbeitern innerhalb des Unternehmens bekleidet werden;
3. Die Struktur des Produktionsprozesses und dessen Möglichkeit, die

entstehenden Abwesenheiten aufzufangen;

4. Die Unterstützung, die den betroffenen Mitarbeitern seitens der Unternehmen geboten wird;
5. HIV/AIDS-bezogene Externalitäten, die von anderen privaten und öffentlichen Unternehmen ausgehen.⁸⁴

Betrachtet man die einzelnen Hauptfaktoren genauer, so lassen sich je nach Ausprägung erhebliche Unterschiede bezüglich der aus der HIV/AIDS-Verbreitung resultierenden wirtschaftlichen Folgen für die Unternehmen erkennen: Die Anzahl der betroffenen Mitarbeiter ist von der Prävalenzrate der geographischen Region, in der das Unternehmen angesiedelt ist abhängig. Eine Studie von 1994/95 unter sambischen Firmen in verschiedenen Regionen ergab beispielsweise eine Streuung der Sterblichkeitsrate von 0,43% bis zu 1,15%.⁸⁵ Auch die Unternehmensbranche ist von elementarer Relevanz für die Höhe der wirtschaftlichen Folgen, die für die Unternehmen durch HIV/AIDS entstehen. Denn die verschiedenen Verhaltensweisen, die der Einkommenserzielung dienen (z.B. Arbeitsmigration), sind mit unterschiedlich hohen Infektionsrisiken behaftet (vgl. Kap.3). Arbeitsintensive Unternehmen aus dem Transportsektor⁸⁶ und von Arbeitsmigranten abhängige

⁸² Bollinger/Stover (1999), S. 6.

⁸³ World Bank (1997), S. 36.

⁸⁴ Vgl. Loewenson/Whiteside (1997), S. 25.

⁸⁵ Vgl. Loewenson/Whiteside (1997), S. 26.

⁸⁶ LKW-Fahrer sind für lange Zeit von ihren Familien getrennt und verfügen über ein relativ hohes Einkommen, so daß sie das große Angebot an kommerziellen Sexualdiensten entlang der Hauptverkehrsstraßen in Anspruch nehmen [vgl. Kap. 3.2.3].

Unternehmen im Bergbausektor sind davon in besonderem Maße betroffen.⁸⁷

Die unterschiedlichen Positionen der Mitarbeiter im Falle eines HIV/AIDS-bedingten Ausscheidens aus der Unternehmung erzeugen unterschiedlich hohe Kosten: Zum einen gehen unterschiedlich hohe Humankapitalbündelungen verloren und zum anderen werden für die Besetzung einer höheren Position bis zu 24 Wochen benötigt, während man eine Stelle für ungelernete Kräfte bereits nach ca. 2 Wochen wieder besetzen kann.⁸⁸

Die Struktur des Produktionsprozesses bestimmt darüber hinaus den Grad der Kompensationsmöglichkeit von Ausfällen. Produziert das betroffene Unternehmen z.B. in Linie, so daß jeder Arbeitnehmer über ein spezifisches Fachwissen verfügt, wiegt in diesem Betrieb der Ausfall eines Mitarbeiters wesentlich schwerer als in einem Unternehmen, in dem der Produktionsablauf in Gruppenarbeiten organisiert ist, also eine bestimmte Anzahl an Arbeitnehmern über dasselbe fachliche Know-how verfügt.

Eine Studie in Südafrika hat über den Effekt von AIDS auf die Unterstützungsleistungen für Arbeitnehmer (z.B. Zahlungen an Versicherungen, medizinische Hilfe und die Unterstützung bei Beerdigungen) „[...] a strongly rising cost of AIDS to employment benefits [...]“⁸⁹ festgestellt. Innerhalb der Studie wird gezeigt, daß auf der Grund-

lage des derzeitigen Niveaus der Zahlungen der Anteil der Unterstützungsleistungen am Gesamteinkommen der Arbeitnehmer von 7% in 1995 auf 19% in 2005 ansteigen wird.⁹⁰ Bedenkt man in diesem Zusammenhang, daß die Gründe für die Zahlung der Unterstützungsleistungen, nämlich Krankheit oder Tod der Arbeitnehmer, dieselben sind wie für die sinkende Produktivität, so sind die daraus entstehenden steigenden Produktionskosten für die betroffenen Unternehmen leicht nachvollziehbar.

Schließlich hängt das Ausmaß der wirtschaftlichen Folgen für die Unternehmen auch davon ab, inwieweit andere Firmen, mit denen das jeweilige Unternehmen zusammenarbeitet, von HIV/AIDS betroffen sind bzw. ob und inwieweit eine Bewältigung der Folgen stattfindet. Ist z.B. ein Zulieferbetrieb stark von den HIV/AIDS-Folgen betroffen, kann sich dies insofern in der Produktionskette fortsetzen, als daß ein weniger stark betroffenes Unternehmen dadurch in Mitleidenschaft gezogen wird. Besonders problematisch wird es dann, wenn der stark betroffene Betrieb eine Monopolstellung inne hat und das andere Unternehmen nicht auf dessen Angebot verzichten kann. Als Beispiel sei an dieser Stelle auf ein Unternehmen verwiesen, das zwingend auf die Leistung der staatlichen Eisenbahngesellschaft angewiesen ist.

Die vorangegangenen Erläuterungen zeigen, daß es eine beträchtliche Anzahl an unterschiedlichen Situationen gibt, die die o.g. fünf Hauptfaktoren beeinflussen und auf diese Weise zu einer

⁸⁷ Vgl. Whiteside/O Grady/Alban (1999), S. 5.

⁸⁸ Vgl. World Bank (1997), S. 35f.

⁸⁹ Loewenson/Whiteside (1997), S. 29.

⁹⁰ Vgl. Loewenson/Whiteside (1997), S. 29.

Steigerung der Arbeitskosten in den betroffenen Unternehmen führen. Es verwundert demnach nicht, daß die Kosten, die den einzelnen Unternehmen durch HIV/AIDS entstehen, sehr stark variieren: Diverse Untersuchungen haben sich mit den durch HIV/AIDS hervorgerufenen jährlichen Gesamtkosten für ein Unternehmen bzw. den jährlichen Kosten pro Arbeitnehmer beschäftigt. Im Ergebnis stellten sich bei den Gesamtkosten Spannbreiten von 10.389 \$US/Jahr bei einer Verpackungsfirma an der Elfenbeinküste bis zu 370.200 \$US/Jahr für die *Botswana Meat Commission* bzw. von 17 \$US/Arbeitnehmer/Jahr in einer kenianischen Automobilfirma bis zu 300 \$US/Arbeitnehmer/Jahr bei der ugandischen Eisenbahngesellschaft heraus.⁹¹ Diese Zahlen zeigen, daß manche Unternehmen tatsächlich mit erheblich Gewinneinbußen rechnen müssen. Im Extremfall können die HIV/AIDS-bezogenen Kosten sogar den Jahresgewinn übersteigen, wie das Beispiel der einzigen Raffinerie in Sambia zeigt: Der Gewinn der Raffinerie betrug 1994 24.514 \$US, die HIV/AIDS-bezogenen Kosten betragen aber 26.400 \$US.⁹²

Obwohl die obenstehenden Ausführungen ein deutlicher Hinweis darauf sind, daß Bedarf nach effektiven Präventions- und Managementstrategien besteht, wird dieser Bedarf nicht gedeckt. In einer 1994 von der *American Management Association* durchgeführten Studie über 794 US-amerikanische Firmen, die eine Niederlassung in Sub-

Sahara Afrika haben, gaben nur 32% an, ein AIDS-Aufklärungsprogramm („AIDS-awareness program“) installiert zu haben. Auch bieten nur 49% der Unternehmen HIV/AIDS-bezogene Leistungen innerhalb ihrer Arbeitnehmer-Hilfs-Programme an und lediglich 19% haben ihre Vorarbeiter und Manager im Umgang mit HIV/AIDS ausgebildet.⁹³

Gleichzeitig erkennt eine zunehmende Anzahl an Unternehmen die Gefahr, die von HIV/AIDS ausgeht und reagiert darauf:

„In der Bergwerksstadt Virginia [Südafrika] hat eine Firma 1996 mit der Hilfe einer Reihe von nationalen und ausländischen Organisationen und Nationalen Bergarbeitergewerkschaft (NUM) ein besonders ehrgeiziges Programm aufgelegt. Die weiblichen Prostituierten sind an dieser neuen Strategie im Kampf gegen Aids beteiligt. [...] Dadurch konnte die Infektionsrate halbiert werden und die Firma sparte zwei Millionen Dollar an medizinischen Kosten und Produktionsverlusten. Die Ergebnisse waren so ermutigend, daß zwei andere große Bergbaugesellschaften sich dem Programm angeschlossen haben.“⁹⁴

Die Form der Reaktion der Unternehmen und deren Hintergründe sind unterschiedlich. Beispielsweise führen die meisten Unternehmen Aufklärungsprogramme am Arbeitsplatz ein, um die Geschäftsinteressen i.d.R. in Form von Kostenminimierung durch Senkung des Krankenstandes abzusichern. Die Aufklärungsprogramme werden teilweise auf die Kunden ausgedehnt. Neben einem rein philanthropischen Verhalten können dafür geschäftliche Hintergründe

⁹¹ Vgl. Bollinger/Stover (1999), S. 5.

⁹² Vgl. Whiteside/O Grady/Alban (1999), S. 3.

⁹³ Vgl. Bezmalinovic (1996), S. 363.

⁹⁴ Delorme (1999), S. 11.

ausschlaggebend sein, wenn z.B. Versicherungen versuchen, ihre Kunden vor HIV/AIDS zu schützen, oder wenn Unternehmen versuchen, ihr Image durch die Unterstützung von HIV/AIDS-Kampagnen zu verbessern. Die Unterstützung durch die Unternehmen kann dabei von einfachen Spenden und Stiftungsgründungen über die Bereitstellung von Fachleuten, Ausstattung (z.B. Computer), Marketingstrategien oder Distributionskanälen, bis hin zum Sponsoring und der Zusammenarbeit mit NGO's oder kommunalen Organisationen reichen.⁹⁵ Auch existiert auf internationaler Ebene seit 1992 ein Langzeitprogramm verschiedener privater Unternehmen, das in Zusammenarbeit mit Partnerorganisationen (z.B. UNAIDS) u.a. eine Arbeitsplatzinitiative unterstützt, die darauf abzielt, Firmenpolitiken dahingehend anzupassen, daß diese sowohl HIV-infizierte Personen einschließen als auch eine breitgefächerte HIV-Aufklärung unter den Arbeitnehmern fördern.⁹⁶

4.2 Folgen auf der Ebene der Märkte

In Kapitel 4.1 wurde gezeigt, welche wirtschaftlichen Folgen die Verbreitung von HIV/AIDS für die einzelnen Haushalte und Unternehmen hat. Im Falle von Sub-Sahara Afrika hat die Verbreitung derart weitreichende Ausmaße angenommen (vgl. Kap. 2), daß die Frage, inwieweit sich die individuellen Folgen in kumulierter Form auf das Marktver-

halten auswirken, als sinnvoll erscheint. Für die Beantwortung dieser Frage werden die ökonomischen Aktivitäten der Wirtschaftssubjekte und die Auswirkungen von HIV/AIDS auf eben diese Aktivitäten herangezogen, um die daraus resultierende Situation auf der Marktebene aufzeigen zu können. Die Bewertung der ökonomischen Auswirkungen von HIV/AIDS wird jedoch als sehr schwierig angesehen:

„Economists find it hard to forecast economic trends, and combining them with two other unknowns (the epidemic trend and its inter-relationship with the economy) [...]“⁹⁷

Da aus diesem Grunde auch nur wenige Daten verfügbar sind, werden in diesem Zusammenhang die Folgen für den Arbeitsmarkt und die verschiedenen Gütermärkte mittels Plausibilitätsanalysen dargestellt. Zu diesem Zweck werden die Märkte jeweils isoliert betrachtet, was bedeutet, daß der exogene Schock in Form einer hohen HIV/AIDS-Prävalenz nur auf dem betrachteten Markt auftritt, während die Situationen auf den anderen Märkte konstant gehalten werden.

4.2.1. Der Arbeitsmarkt

Auf dem Arbeitsmarkt bieten die Haushalte ihre Arbeitskraft an. Die Unternehmen fragen diese nach und bilden sie ihren produktionstechnischen Bedingungen nach aus. Im südlichen Afrika wird die Arbeitskraft i.d.R. vom männlichen Haushaltsvorstand angeboten.⁹⁸ Sind nun viele ausgebildete Männer von

⁹⁵ Vgl. UNAIDS (1997), S. 2ff; UNAIDS (1998c), S. 6f.

⁹⁶ Vgl. Positiv Action (1998), S. 3 u. 29; Global Business Response to AIDS (1998), S. 7.

⁹⁷ Loewenson/Whiteside (1997), S. 21.

⁹⁸ Vgl. Loewenson/Whiteside (1997), S. 7.

HIV/AIDS betroffen, so reduziert sich das Arbeitsangebot von Seiten der Haushalte, während gleichzeitig die Nachfrage durch die Unternehmen steigt. Demgegenüber erhöht sich das Angebot an ungelerten Arbeitskräften, weil nun mehr Kinder und Jugendliche auf den Arbeitsmarkt drängen, um die Einkommensausfälle der erkrankten oder verstorbenen Väter auszugleichen (vgl. Kap. 4.1.1). Aus diesem Nachfrageüberhang nach ausgebildeten Fachkräften auf der einen und einem Angebotsüberschuß an ungelerten Arbeitskräften auf der anderen Seite ergeben sich steigende Löhne für ausgebildete Fachkräfte und sinkende Löhne für ungelerte Arbeiter. Neben den höheren Löhnen für ausgebildete Fachkräfte müssen die Unternehmen zusätzlich mit steigenden Einstellungskosten für neue Mitarbeiter rechnen,⁹⁹ was die Unternehmen langfristig dazu veranlassen könnte, rationalisierende Investitionen zu tätigen:

„Firms can cope in their expenditure and investment decisions by changing to less labor- or skill- intensive technology [...].“¹⁰⁰

Dies wiederum führt zu einem Nachfragerückgang bei ausgebildeten Fachkräften, so daß eine eindeutige langfristige Tendenz der Lohnentwicklung zur Zeit nicht absehbar ist.

4.2.2. Die Gütermärkte

Auf einem Gütermarkt werden Angebot und Nachfrage bestimmter Waren und Dienstleistungen zum Ausgleich ge-

bracht. Meistens treten dabei die Haushalte als Konsumenten (Nachfrager) und die Unternehmen als Produzenten (Anbieter) in Erscheinung. Im südlichen Afrika fragen viele Haushalte nicht nur Konsumgüter und Gesundheitsdienste nach, sondern sie werden auch als Produzenten landwirtschaftlicher Produkte am Markt aktiv.¹⁰¹ Aus diesem Grunde wird im folgenden zuerst der Konsumgütermarkt als Ganzes betrachtet und im Anschluß daran die Entwicklung für landwirtschaftliche Erzeugnisse näher beleuchtet, bevor die Auswirkungen für die Gesundheitsdienste dargelegt werden.

In Kapitel 4.1.1 wurde festgestellt, daß die von einem HIV/AIDS-Fall betroffenen Haushalte ihre Konsumausgaben reduzieren bzw. daß die Nachfrage nach Konsumgütern sinkt. Die Nachfrage nach langlebigen Konsumgütern, wie z.B. nach Radios, sinkt aufgrund der besseren Verzichtmöglichkeit naturgemäß stärker als die Nachfrage nach Grundnahrungsmitteln.¹⁰² Reduziert sich die Nachfrage, so müssen die Produzenten, falls sie keine alternativen Märkte bedienen können, ihre Preise erhöhen, um ihre Produktionskosten decken zu können. Zusätzlich muß für den Fall langlebiger Konsumgüter von einer hohen Nachfrageelastizität ausgegangen werden, denn die Nachfrage reagiert mit einem starken Rückgang auf steigende Preise, wodurch sich die Position der Unternehmen durch die Preissteigerung weiter verschlechtert. Bei den Grund-

⁹⁹ Zu den Einstellungskosten vgl. Kapitel 4.1.2.

¹⁰⁰ Ainsworth/Over (1994), S. 566.

¹⁰¹ Vgl. Ainsworth/Over (1994), S. 563.

¹⁰² Vgl. ING-Barings (2000), S. 14; Weltbank (1997), S. 217.

nahrungsmitteln reagiert die Nachfrage hingegen weniger elastisch auf steigende Preise, was zur Folge hat, daß die Preissteigerungen in der Hauptsache zu Lasten der Konsumenten gehen. Über diese beschriebenen nachfragebedingten Preissteigerungen hinaus müssen die Unternehmen die gestiegenen Personalkosten erwirtschaften (vgl. Kap. 4.1.2 und Kap. 4.2.1), was ebenfalls zu Preissteigerungen und somit zu einer weiteren Verschlechterung der Wettbewerbsposition der angebotenen Produkte führen kann. Für den Fall, daß es sich bei den produzierten Gütern um Exportprodukte handelt, die im Ausland mit Gütern konkurrieren, die in Gegenden produziert wurden, die weniger stark von HIV/AIDS betroffen sind und demzufolge wettbewerbsfähiger sind, kann es zu einem Exportrückgang bei einer gleichzeitig steigenden Anzahl importierter Substitute kommen.¹⁰³ Inwieweit sich diese Wirkungen des Marktverhaltens auch gesamtwirtschaftlich, z.B. durch eine auf diese Weise entstandene Devisenknappheit,¹⁰⁴ bemerkbar machen, ist sowohl von dem Ausmaß der Preissteigerung und ihren Folgen als auch von dem relativen Stellenwert, den die betroffene Branche innerhalb der nationalen Ökonomie behauptet, abhängig.

Der landwirtschaftliche Sektor nimmt im südlichen Afrika beispielsweise einen relativ hohen Stellenwert ein:

„Agriculture is the mainstay of most African economies, accounting for a large share of gross domestic product (GDP) and in many countries, the

overwhelming share of the value of exports [...].“¹⁰⁵

Vorausgesetzt, daß die Arbeitskapazitäten im landwirtschaftlichen Bereich vollkommen ausgeschöpft sind, bewirkt der exogene Schock auf der Angebotsseite, im Vergleich zu einem Nicht-HIV/AIDS-Szenario, einen Rückgang des Outputs bei den kommerziellen Anbietern, da daß Produktionspotential nicht mehr voll ausgelastet ist.¹⁰⁶ Die Haushalte werden gleichzeitig versuchen, ihren erlittenen Arbeitszeitausfall durch die Erhöhung der Arbeitszeit der Kinder zu ersetzen bzw. ihre haushaltseigene Produktion auf weniger arbeitsintensive, aber gleichzeitig auch nicht exporttaugliche Feldfrüchte zu verlagern, was somit zu einem Exportrückgang führt.¹⁰⁷ Auf der Nachfrageseite kommt es durch den Rückgang der Ausgaben für Nahrungsmittel und durch die steigende haushaltseigene Produktion zu einem Nachfragerückgang nach

¹⁰⁵ Ainsworth/Over (1994), S. 570. Vgl. World Bank (2000b), S. 42f: Der Anteil der landwirtschaftlichen Produktion in % am Brutto sozialprodukt (BSP) betrug 1998 für die elf am stärksten betroffenen Länder: Zentralafrikanische Republik (53%), Malawi (36%), Mosambik (34%), Kenia (26%), Simbabwe (19%), Sambia (17%), Swasiland (16%), Lesotho (11%), Namibia (10%), Südafrika (4%), Botswana (4%); vgl. World Bank (2000c), S. 198ff: Bei den Ländern, die einen sehr hohen landwirtschaftlichen Anteil am BSP haben, ist auch der Anteil der Nahrungsmittel und der landwirtschaftlichen Rohprodukte in % am Gesamtexportumsatz sehr groß: Zentralafrikanische Republik (74%), Malawi (91%), Mosambik (69%), Kenia (66%). Die Angaben in Normaldruck geben die Werte des Jahres 1998 und die im Kursivdruck die des Jahres 1980 wieder.

¹⁰⁶ Vgl. Ainsworth/Over (1994), S. 570.

¹⁰⁷ Zu der Umschichtung der Zeitressourcen vgl. Kapitel 4.1.1.

¹⁰³ Vgl. Ainsworth/Over (1994), S. 566f.

¹⁰⁴ Vgl. Bollinger/Stover (1999), S. 8.

landwirtschaftlichen Erzeugnissen.¹⁰⁸ Darüber hinaus sinkt durch HIV/AIDS die durchschnittliche Lebenserwartung sowie das Bevölkerungswachstum, was letztlich zu einer Verlangsamung des heimischen Nachfragewachstums bzw. zur Entstehung relativ gesättigter Märkte führt.¹⁰⁹

Die langfristigen Folgen für die Marktteilnehmer sind auch hier schwer bestimmbar, denn auf der einen Seite führt der Rückgang des Outputs bei den kommerziellen Anbietern - vorausgesetzt sie wollen die Höhe ihrer Gewinne beibehalten - zu Preissteigerungen. Zusätzlich bewirkt die sinkende Nachfrage seitens der Haushalte steigende Preise. Auf der anderen Seite dehnen die steigenden haushaltseigenen Produktionen von Nahrungsmitteln das Angebot aus, was sich preissenkend auswirkt. Diese gegenläufigen Entwicklungen machen eine allgemeingültige Prognose so schwierig. Hinzu kommt, daß die Eingangsvoraussetzung, die volle Auslastung des Faktors Arbeit, nicht überall gegeben sein muß, so daß die ausgefallenen Arbeitskräfte u.U. leicht ersetzt werden können. Da gerade im landwirtschaftlichen Sektor viel Arbeitskräfte beschäftigt werden, die nicht über eine spezielle Ausbildung verfügen und in fast allen afrikanischen Ländern eine

große Arbeitslosigkeit vorherrscht, muß es somit nicht zu einer Angebotsreduzierung und der daraus folgenden Preissteigerung kommen.¹¹⁰ Darüber hinaus ist der Nettoeffekt für den Export ungewiß:

“Norse [...] has noted that maize requires one-fifth of the labor input of tobacco and one-third of the labor input for cotton, suggesting that households may find it convenient to shift from some export to subsistence crops when adult labor is constrained. Households of healthy adults that absorb the orphaned children of relatives, however, may have an incentive to shift to more labor-intensive crops. The net effect of the epidemic on the agricultural sector can be determined only empirically.”¹¹¹

Innerhalb des Gesundheitssektors findet der Ausgleich von Angebot und Nachfrage nicht auf rein marktwirtschaftlichem Wege statt, da der Staat oftmals als Anbieter auftritt bzw. die Kosten für die Bereitstellung des Angebotes trägt. Die Auswirkungen von HIV/AIDS auf die Gesundheitsdienste können dennoch anhand eines Marktmodells untersucht und bewertet werden. Denn die Wirkungen, die von einer Angebots- oder Nachfrageänderung ausgehen, sind davon unabhängig, welches Wirtschaftssubjekt die Kosten trägt. Es wird vorausgesetzt, daß die Haushalte als Nachfrager der Gesundheitsdienste, die von öffentlicher oder privater Seite angeboten werden, auftreten.

So führt die Ausbreitung einer HIV/AIDS-Epidemie zu einer steigenden Nachfrage nach Gesundheitsdiensten, weil 1. die Morbiditätsrate durch

¹⁰⁸ Vgl. Weltbank (1997), S. 212: Eine Studie von Over in Kagera/Tansania hat ergeben, daß die haushaltseigene Produktion von Nahrungsmitteln in Haushalten, die von HIV/AIDS betroffen sind, um 7% ansteigt. Gleichzeitig reduzieren diese Haushalte ihre Ausgaben für gekaufte Nahrungsmittel um 2%.

¹⁰⁹ Vgl. Ainsworth/Over (1994), S. 570; Whiteside/O Grady/Alban (2000), S. 6.

¹¹⁰ Vgl. Loewenson/Whiteside (1997), S. 23.

¹¹¹ Ainsworth/Over (1994), S. 571.

HIV/AIDS grundsätzlich steigt und 2. Menschen, die an HIV/AIDS erkrankt sind, mehr medizinische Hilfe benötigen als Menschen, die unter anderen Krankheiten leiden. Gleichzeitig sinkt das Angebot des Gesundheitssektors bedingt durch folgende Ursachen: Der größte Effekt geht dabei von der Bereitstellung eines bestimmten Sicherheitsstandards (z.B. getestete Bluttransfusionen, sterile Spritzen, Handschuhe) während einer medizinischen Behandlung aus. Ohne HIV/AIDS wären dieser Standard und somit auch die Kosten pro Behandlung geringer. Bei einem gegebenen Budget des Staates, der das medizinische Angebot finanziert, führt eine solche Kostensteigerung dementsprechend zu einer Verringerung seines Angebots. Desweiteren reduziert sich das Angebot an Gesundheitsdiensten dadurch, daß die Epidemie durch Todesfälle in Reihen des medizinischen Personals die Anzahl der Fachkräfte vermindert. Das erhöhte Infektionsrisiko, welches das medizinische Personal zu tragen hat und diese dazu veranlaßt, höhere Gehaltsforderungen zu stellen ist schließlich ebenfalls ein Grund für diese Entwicklung. Die höheren Gehälter führen bei gegebenem Budget abermals zu einer Angebotssenkung. Beide Entwicklungen, d.h. die steigende Nachfrage und das sinkende Angebot, lassen den Preis für die Gesundheitsdienste ansteigen. Daraus folgt, daß der Staat als Träger der Kosten entweder die Ausgaben erhöhen oder unter Beibehaltung der Ausgabenhöhe das Angebot an medizinischen Leistungen kürzen muß.¹¹²

¹¹² Vgl. Weltbank (1994), S. 184ff.

4.3 Folgen auf makroökonomischer Ebene

Innerhalb des folgenden Kapitels wird die Verbreitung von HIV/AIDS hinsichtlich ihrer Folgen für die gesamtwirtschaftliche Leistung der betroffenen Länder und deren Verteilung auf ihre Einwohner untersucht. Die Ergebnisse, die sich daraus ergeben, dürfen nur als Trend oder Tendenz, aber keinesfalls als absolutes Maß, verstanden werden. Viele Autoren benennen - neben der Komplexität des Effektes der Epidemie und der Makroökonomie eines Landes - noch eine Reihe weiterer Faktoren, die eine Messung der Auswirkungen der Epidemie auf die wirtschaftliche Situation und deren Entwicklung erschweren und Unsicherheiten in die Ergebnisse tragen.¹¹³ Beispielsweise befindet sich die Epidemie in den meisten Ländern noch immer in einer Phase der Expansion; und durch die extrem lange Inkubationszeit ist deren Höhepunkt (in Form von AIDS-Erkrankungen und Todesfällen) noch nicht erreicht. Zudem existiert weder eine vergleichbare Epidemie, noch gilt die HIV/AIDS-Epidemie in irgendeinem Land als überwunden,¹¹⁴ so daß die bisherigen Erfahrungen nur als erste Ansätze tendenzieller Entwicklungen verstanden werden können.

Dennoch sind die verschiedensten Modelle entworfen worden, mittels derer man versucht, die Folgen für die wirtschaftliche Entwicklung der Länder zu prognostizieren. Dabei handelt es sich in

¹¹³ Vgl. Ainsworth/Over (1994), S. 556; Bollinger/Stover (1996), S. 7; Whiteside (1994), S. 8; Whiteside/O Grady/Alban (2000), S. 7.

¹¹⁴ Vgl. Whiteside (1994), S. 11f.

der Hauptsache um Modelle, die sich auf einzelne Länder oder spezielle Regionen innerhalb von Ländern beziehen. Im Gegensatz dazu hat *Mead Over* 1992 im Auftrag der Weltbank ein noch heute aktuelles Modell¹¹⁵ konzipiert, welches anhand von zwölf verschiedenen Szenarien die wirtschaftlichen Wachstumsraten von 30 Ländern des südlichen Afrikas für den Zeitraum von 1990-2025 prognostiziert.¹¹⁶ Die wichtigsten Elemente und Ergebnisse dieses Modells werden später vorgestellt.

Innerhalb der Forschung herrscht aufgrund der beschriebenen Probleme bei der Messung keine Einigkeit in Bezug auf das Ausmaß der Folgen, die durch die Ausbreitung von HIV/AIDS hervorgerufen werden. Beispielsweise erklären *Bloom* und *Mahal*, nachdem sie eine Untersuchung über die Auswirkungen von HIV/AIDS auf das Wachstum des BIP/Kopf in 51 Industrie- und Entwicklungsländern durchgeführt haben:

„Our main finding is that the AIDS epidemic has had a statistically insignificant effect on the growth rate per capita income [...].“¹¹⁷

Im Gegensatz dazu erwartet die Weltbank für den Fall, daß die HIV-Prävalenz 8% überschreitet, was in 21 Ländern des südlichen Afrikas bereits geschehen ist, daß die Wachstumsrate des BIP/Kopf jährlich um 0,4% sinken wird:

„Compared to historical performance in Africa, such losses are significant. Annual per capita growth in Africa as a

whole for the past three years has been about 1.2 percent for instance.“¹¹⁸

Eine Vielzahl von Autoren geht demgegenüber davon aus, daß die negativen Folgen von HIV/AIDS für das wirtschaftliche Wachstum eines Landes erst über einen Zeitraum von mindestens zehn bis 20 Jahren sichtbar werden.¹¹⁹ Allerdings ist man sich einig, daß HIV/AIDS das wirtschaftliche Wachstum eines Landes auf zweierlei Weise betrifft:

„Economists agree that HIV/AIDS may affect economic growth through two factors. The first is the illness and death of productive members; the second is through the diversion of resources from savings (and eventually investment) to care.“¹²⁰

So sieht auch *Over* in seinem Modell das Humankapital und die Ersparnisse als die beiden Schlüsselvariablen an.¹²¹

Im folgenden wird nun gezeigt, weshalb das Humankapital und die Ersparnisse die Rolle der Schlüsselvariablen einnehmen und wie unterschiedlich die gesamtwirtschaftlichen Ergebnisse ausfallen, wenn diese beiden Variablen variieren. Aus diesem Grund wird im folgenden das Modell von *Over* zur Bestimmung der makroökonomischen Folgen im südlichen Afrika vorgestellt und erläutert: Bereits in Kapitel 4.1.1 wurde

¹¹⁵ Vgl. Whiteside/O Grady/Alban (2000), S. 7.

¹¹⁶ Siehe Over (1992).

¹¹⁷ Bloom/Mahal (1997), S. 27.

¹¹⁸ Development Committee (2000), S. 3.

¹¹⁹ Vgl. Rau/Forsythe/Okeyo (1996), S. 6; Loewenson/Whiteside (1997), S. 22; Ainsworth/Over (1994), S. 583f. Erste erkennbare Änderungen gesamtwirtschaftlicher Indikatoren werden in Kapitel 5 dieser Arbeit vorgestellt.

¹²⁰ Loewenson/Whiteside (1997), S. 21.

¹²¹ Vgl. Over (1992), S. 22.

darauf hingewiesen, daß sich hauptsächlich der produktive Teil der Bevölkerung mit HIV infiziert.¹²² Die Höhe der damit einhergehenden kumulierten Produktivitätsverluste ist u.a. von dem Bildungsstand der betroffenen Individuen abhängig. Die Folgen, die für das Wirtschaftswachstum eines Landes durch HIV/AIDS ausgelöst werden, sind demnach um so größer, je mehr Humankapital durch die Epidemie verloren geht. Aus diesem Grunde unterteilt *Over* zum einen die Arbeitnehmerschaft in drei Bildungsgruppen: ungebildete („uneducated“), bedingt gebildete („primary school education“) und gebildete („primary plus some secondary school education“) Arbeitnehmer; zum anderen führt er die Variable des „sozioökonomischen Gefälles“ („socioeconomic gradient“) in sein Modell ein. Anhand von vier verschiedenen Ausprägungen (0,5; 1,0; 2,0; 4,0) kann abgelesen werden, in welcher Weise sich die Epidemie auf die Bevölkerung verteilt: Die Variable beschreibt die Beziehung zwischen dem sozioökonomischen Status und der Anzahl der Infektionen. Der Wert 0,5 gibt an, daß sich die Infektionsrate von einer Bildungsgruppe zur nächst höheren um jeweils die Hälfte verringert. Der Wert 0,5 repräsentiert demnach eine Epidemie, die mit Malaria vergleichbar ist. Haushalte mit höherem Bildungsstand verfügen annahmegemäß über ein höheres Einkommen¹²³ und können sich deshalb gegen die Epidemie selber schützen, weil sie in der Lage sind, beispielsweise ein Moskitonetz zu kaufen. Die

Werte 2,0 und 4,0 besagen, daß sich die Infektionsrate beim Übergang zur nächst höheren Bildungsgruppe um das doppelte bzw. vierfache erhöht, während der Wert 1,0 schließlich eine zufallsverteilte und von der Bildung unabhängige Infektionsrate wiedergibt.¹²⁴

In Kapitel 4.1.1 wurde ebenfalls ausgeführt, daß die Haushalte versuchen, die Folgen eines HIV/AIDS-Falles mittels einer Umstrukturierung ihrer vorhandenen Ressourcen zu bewältigen. Dafür stellen sie die vorhandenen Finanzmittel der Pflege und somit dem Konsum zur Verfügung, anstatt diese für künftige produktivitätssteigernde Investitionen zu sparen. Da die Höhe der Gesamtinvestitionen gesamtwirtschaftlich betrachtet direkt von der Summe der nationalen Ersparnisse abhängt¹²⁵ und das beschriebene Verhalten der Individuen zu einer Reduzierung der allgemeinen Sparquote führt, nimmt demzufolge auch die Investitionstätigkeit ab. Dies prognostiziert auch die *ING-Barings-Bank* für Südafrika:

„In our analysis, some of the decline on savings [...] will be matched by lower real investment.“¹²⁶

¹²⁴ Vgl. Ainsworth/Over (1994), S. 582.

¹²⁵ Die Höhe der Investitionssumme ist insofern direkt von der Sparsumme abhängig, als daß sich die gesamtwirtschaftliche Nachfrage (Y^d) - unter Ausschluß staatlicher Aktivität - aus der Summe von Konsum (C) und Investitionen (I) ergibt ($Y^d = C + I$). Bedenkt man gleichzeitig, daß sich das gesamtwirtschaftliche Einkommen (Y) - unter der selben Annahme - auf den Konsum (C) und die Sparsumme (S) der Haushalte aufteilt, so ergibt sich im gesamtwirtschaftlichen Gleichgewicht ($Y^d = Y$) auch die Gleichheit von Sparsumme und der Summe der Investitionen ($S = I$).

¹²⁶ ING-Barings (2000), S. 23.

¹²² Vgl. World Bank (1993), S. 100.

¹²³ Vgl. Over (1992), S. 12.

Die Abnahme der Investitionstätigkeit wirkt sich sodann negativ auf das Wirtschaftswachstum aus. Alternativ könnten zwar ausländische Direktinvestitionen dieser Entwicklung entgegenwirken; jedoch werden Direktinvestitionen im südlichen Afrika (mit Ausnahme von Botswana und Sambia) nur in einer insignifikanten Höhe getätigt.¹²⁷ Für das Ausmaß der wirtschaftlichen Folgen, die

mit jeweils unterschiedlichen Voraussetzungen:

„In order to capture the alternative possibilities, we define the parameter \mathbf{s} to be the proportion of AIDS treatment costs deducted from savings. In the simulations, we vary \mathbf{s} from 0%, the scenario in which treatment costs have no impact on future capital accumulation, to 50% and then to 100%, the scenario in which treatment costs have their maximum impact.“¹²⁸

Tabelle 2: Durchschnittliche Folgen von AIDS für das jährliche Wachstum des BIP und des BIP/Kopf für den Zeitraum von 1990-2025

BIP	Finanzierungsszenarien (Prozent finanziert durch Ersparnisse)			BIP/ Kopf	Finanzierungsszenarien (Prozent finanziert durch Ersparnisse)		
	$\sigma = 0\%$	$\sigma = 50\%$	$\sigma = 100\%$		Verteilungs-szenarien	$\sigma = 0\%$	$\sigma = 50\%$
$\alpha = 0,5$	- 0,56	- 0,62	- 0,68	$\alpha = 0,5$	0,17	0,11	0,05
	- 0,73	- 0,80	- 0,88		0,13	0,06	- 0,02
$\alpha = 1,0$	- 0,68	- 0,75	- 0,82	$\alpha = 1,0$	0,04	- 0,02	- 0,09
	- 0,91	- 0,99	- 1,08		- 0,05	- 0,13	- 0,22
$\alpha = 2,0$	- 0,81	- 0,88	- 0,96	$\alpha = 2,0$	- 0,08	- 0,15	- 0,23
	- 1,09	- 1,18	- 1,28		- 0,23	- 0,32	- 0,41
$\alpha = 4,0$	- 0,92	- 1,00	- 1,08	$\alpha = 4,0$	- 0,18	- 0,27	- 0,35
	- 1,27	- 1,37	- 1,47		- 0,40	- 0,50	- 0,60

Quelle: In Anlehnung an Over (1992), S. 23 und S. 25.

durch HIV/AIDS hervorgerufen wurden, ist es - neben der Höhe der Produktivitätsverluste - demnach entscheidend, wie hoch der Anteil der Behandlungskosten ist, der durch Ersparnisse gedeckt wird. Aus diesem Grund erstellt Over in seinem Modell drei Finanzierungsszenarien

Innerhalb des Modells von Over ergeben sich durch die Verknüpfung der vier Variablen des sozioökonomischen Gefälles mit den drei genannten Finanzierungsarten die zwölf angesprochenen Szenarien mit jeweils unterschiedlich starken Folgen für die wirtschaftliche Entwicklung eines Landes. Um die voraussichtliche Stärke der Folgen abschät-

¹²⁷ Vgl. Whiteside (1994), S. 5; Rau/Forsythe/Okey (1996), S. 8.

¹²⁸ Over (1992), S. 23.

zen zu können, muß den AIDS-Szenarien zuvor die jeweilige wirtschaftliche Situation, wie sie sich ohne AIDS entwickelt hätte, zugrunde gelegt werden. *Over* prognostizierte aus diesem Grund für 30 Länder Sub-Sahara Afrikas das Wachstum des BIP und des BIP/Kopf für die Periode von 1990 bis 2025. Dabei berücksichtigte er die unterschiedlichen Produktivitätsraten zwischen der ländlichen und der besser ausgebildeten städtischen Bevölkerung. Mit Bezug auf eine Untersuchung von *Bongaarts* nimmt *Over* desweiteren an, daß das durchschnittliche Bevölkerungswachstum der Länder Sub-Sahara Afrikas im Zuge der HIV/AIDS-Epidemie um 0,73% langsamer wachsen wird, als dies der Fall wäre, wenn die Epidemie nicht vorläge.¹²⁹ Die durchschnittlichen Änderungen der Wachstumsraten, die sich aus den zwölf verschiedenen Szenarien ergeben, sind in der folgenden Tabelle 2 aufgeführt. Sie umfaßt zum einen die Durchschnittswerte aller 30 untersuchten Länder insgesamt (Normaldruck) als auch die der zehn am stärksten betroffenen Länder (Kursivdruck) des südlichen Afrika. Die Durchschnittswerte ergeben sich als arithmetisches Mittel aus den Differenzen zwischen der Nicht-AIDS-Situation und der AIDS-Situation.

Aus der Tabelle wird ersichtlich, daß die Folgen für das wirtschaftliche Wachstum eines Landes am geringsten ausfallen, wenn der weniger gebildete Teil der Bevölkerung am stärksten betroffen ist und gleichzeitig die Kosten der Pflege nicht aus den Ersparnissen der

Haushalte gezahlt werden. Demgegenüber fällt der Wachstumsverlust für ein Land am stärksten aus, wenn der gebildetste und/also produktivste Bevölkerungsteil am stärksten von der Epidemie betroffen ist und die Behandlungskosten ausschließlich aus Ersparnissen finanziert werden. *Over* selber nahm an, daß ein Szenario mit einem sozioökonomischen Gefälle von 2,0 und einer Finanzierung der Behandlungskosten, die zu 50% aus Ersparnissen getätigt wird, am ehesten der Realität entspricht:

„Under these plausible assumptions, the net impact of the epidemic on per capita GDP growth remains negative at 0.15 percentage points for the average Sub-Saharan African country and increases to a full third of a percentage point for the ten most advanced epidemics.“¹³⁰

Wie in Kapitel 3.3 dieser Arbeit jedoch bereits erläutert wurde, scheint sich der Trend dahin gehend zu entwickeln, daß sich immer mehr ungebildete und immer weniger gebildete Personen infizieren, was unter der Voraussetzung eines gleichbleibenden Finanzierungsverhaltens zur Folge haben wird, daß die Reduzierungen der Wachstumsraten weniger stark ausfallen werden als dies von *Over* angenommen wurde. Ob letztlich sogar sogenannte *Malthus-Fälle*¹³¹

¹³⁰ *Over* (1992), S. 26.

¹³¹ *Thomas Robert Malthus* vertrat in seiner 1798 erschienen Schrift „*An Essay on the Principle of Population*“ die Meinung, daß die Bevölkerung in geometrischer Progression wächst, während die Nahrungsmittelproduktion nur arithmetisch steigt. Die führe laut *Malthus* unweigerlich zu Hungerskatastrophen oder Epidemien, die die Bevölkerung wieder auf das Maß der Lebensmittelproduktion herabzwingen. Derartige „positive checks“, welche vor allem die ärmeren Gesellschaftsklassen dezimieren,

¹²⁹ Vgl. *Over* (1992), S. 19f.

mit einer positiven Änderung der Wachstumsrate des BIP/Kopf, wie sie in dem Modell von *Over* möglich sind, eintreten werden, erscheint vor dem Hintergrund der nationalen Untersuchungen, die in keinem Fall zu einem Ergebnis mit positiven Wachstumsraten für das BIP/Kopf kommen, als eher unwahrscheinlich. So wird z.B. für Kenia prognostiziert, daß im Jahr 2005 das BIP um 14,5 % und das BIP/Kopf um 10% geringer ausfallen wird, als dies ohne HIV/AIDS der Fall wäre.¹³² Für Sambia hat man bereits 1993 berechnet, daß sich das BIP bis heute um 5-10% verringere; und laut einer Bewertung von 1991, die von der Weltbank, der WHO und der Regierung von Tansania in Auftrag gegeben wurde, soll dort das BIP aufgrund von HIV/AIDS im Jahr 2010 um 15-25% geringer ausfallen, was einem durchschnittlichen jährlichen Rückgang von 3-4% für den Zeitraum von 1985 bis 2010 entspricht.¹³³ Die Studie der *ING-Barings* Bank erwartet im Vergleich zum Nicht-AIDS-Szenario für Südafrika ein um 3,1% geringeres reales BIP für die Jahre 2006-2010. In den Jahren von

2011-2015 soll das BIP sogar 4,7% weniger betragen.¹³⁴

Bei der Begutachtung der makroökonomischen Folgen sollte allerdings nicht vergessen werden, daß es sich bei dem BIP/Kopf nicht um die einzige Variable handelt, die den Entwicklungsstand eines Landes anzeigt, und daß diese Variable auch keine Aussage über die Wohlfahrtsverteilung innerhalb eines Landes trifft. Die Gesellschaft eines Landes bewertet z.B. auch den Gesundheitszustand der Gesamtbevölkerung und die Gesundheitsversorgung innerhalb der einzelnen Einkommensgruppen. So wird es von den meisten Gesellschaften letztlich als eine Reduzierung der Wohlfahrt angesehen, wenn durch eine steigende Mortalitätsrate in der unteren Einkommensklasse zwar wie erläutert das BIP/Kopf steigt, sich aber gleichzeitig auch das Verhältnis der Gesundheitszustände zwischen den Einkommensklassen zu Lasten der unteren Einkommensschichten verschlechtert.¹³⁵

Um eine solch einseitige Bewertung weitestgehend zu vermeiden, wird teilweise auch der *Human Development Index* (HDI) als Indikator für die Auswirkungen von HIV/AIDS auf die Entwicklung eines Landes verwandt. Der HDI setzt sich aus drei Einzelindikatoren zusammen: die Lebenserwartung bei Geburt, die Alphabetisierungsrate und die reale Kaufkraft des Pro-Kopf-Einkommens. Sie nehmen zusammen einen Wert zwischen Null und Eins

führen bei gleichbleibender oder weniger stark sinkender Produktionsmenge gegenüber dem Bevölkerungsrückgang zu einem Anstieg der Produktionsmenge je Einwohner. Bezogen auf die heutige Zeit bedeutet dies unter der definitorischen Annahme, daß sich die Wachstumsrate des BIP/Kopf aus der Subtraktion des Bevölkerungswachstums von der Wachstumsrate des BIP ergibt, eine Steigerung des BIP/Kopf, falls das Bevölkerungswachstum stärker sinkt als das des BIP.

¹³² Vgl. Rau/Forsythe/Okeyo (1996), S. 8.

¹³³ Vgl. Bollinger/Stover (1999), S. 9; Loewenson/Whiteside (1997), S. 22.

¹³⁴ Vgl. ING-Barings (2000), S. 21.

¹³⁵ Vgl. Ainsworth/Over (1994), S. 584.

ein.¹³⁶ Für verschiedene Länder hat die UNDP bereits die künftige Entwicklung des HDI geschätzt. So soll in Namibia der HDI bis zum Jahr 2006 um 10% und in Südafrika bis zum Jahr 2010 sogar um 15% fallen. Für die gesamte Region Sub-Sahara Afrika wird ebenfalls eine Reduzierung von ca. 15% für den Zeitraum von 1995 (0,606) bis 2010 (0,517) erwartet.¹³⁷

Eine weitere Möglichkeit zur Bewertung der Auswirkungen von HIV/AIDS auf die Entwicklung eines Landes ist die Berechnung des zusätzlichen Verlustes an gesunden Lebensjahren, welchen die Bevölkerung eines Landes durch das Vorliegen einer HIV/AIDS-Epidemie erleiden muß. Als Maßeinheit werden dafür die *Disability-adjusted life years* (DALYs) verwandt, die von Murray und Lopez anlässlich der Berechnung der globalen Krankheitsbelastung für den Weltentwicklungsbericht 1993 geschaffen wurden. Die DALYs geben die Anzahl gesunder Lebensjahre, die durch einen verfrühten Tod oder durch eine körperliche Behinderung verloren gehen, wieder. Dafür wird das

tatsächlich erreichte Lebensalter von der Lebenserwartung für das entsprechende Alter bei geringer Sterblichkeit subtrahiert. Die DALY-Verluste durch Krankheit oder Körperbehinderung ergeben sich sodann aus der Multiplikation der Anzahl der Krankheitsjahre mit einem zuvor festgelegten Krankheitsschweregewicht. Das Ergebnis wird - ebenso wie das bei verfrühtem Tod - mit einer Diskontrate von 3% abdiskontiert, da den zukünftigen Lebensjahren ein geringerer Nutzen beigemessen wird als den jetzigen. Zusätzlich werden die einzelnen Lebensjahre unterschiedlich stark gewichtet, wobei dem 25sten Jahr der höchste Nutzen zugeordnet wird. Im Zuge der Berechnungen zur globalen Krankheitsbelastung ergab sich für Sub-Sahara Afrika ein Verlust an DALYs durch STD und HIV von 8,8 Jahren, während sich der weltweite Verlust innerhalb dieser Kategorie nur auf 3,8 gesunde Lebensjahre belief.¹³⁸

4.4 Zusammenfassung

Zusammenfassend können zwei Tatsachen festgestellt werden: Zum einen lassen sich die langfristigen wirtschaftlichen Folgen, die sich aus der zunehmenden Verbreitung von HIV/AIDS ergeben, nicht genau bestimmen. Die Pro-

¹³⁶ Der Human Development Index (HDI) wurde 1990 von der UNDP als ein Indikator zur Bestimmung des Standes der menschlichen Entwicklung eingeführt, um diesen präziser zu ermitteln, als dies mit dem zuvor verwendeten Indikator, dem Pro-Kopf-Einkommen (BIP/Kopf), möglich war.

Eine kurze und präzise Beschreibung des HDI samt seiner Kritik findet sich bei Nohlen (1998), S. 337f und bei Nuscheler (1996), S. 141f. Darüber hinaus stellt die UNDP den Index in ihrem 1990 eingeführten Human Development Report ausführlich vor.

¹³⁷ Vgl. Whiteside/O Grady/Alban (1999), S. 6.

¹³⁸ Vgl. World Bank (1993), S.26f: Hier findet sich eine tiefere Beschreibung der DALYs, die anlässlich dieses Reports von Murray und Lopez entwickelt wurden. Desweiteren sei in diesem Zusammenhang auf das Werk der Autoren Murray/Lopez (1996) verwiesen, das - neben einer ausführlichen Beschreibung - über einen umfassenden statistischen Anhang verfügt. Speziell mit den Folgen von HIV/AIDS für die DALYs haben sich Low-Beer/u.a. (1998) auseinandergesetzt.

gnosen und Tendenzen der wirtschaftlichen Auswirkungen der Verbreitung von HIV/AIDS enthalten deshalb eine gewisse Unsicherheit. Zum anderen nimmt die Unsicherheit in den Ergebnissen mit zunehmender Aggregation der untersuchten Ebene zu, da immer stärker aggregierte Ebenen nur untersucht werden können, wenn man gleichzeitig auch die Annahmen (z.B. zum Verhalten der Individuen), die den Untersuchungen vorausgesetzt werden, ausweitet. Da diese Voraussetzungen aber nie das gesamte Spektrum (beim o.g. Beispiel: alle Individuen) widerspiegeln, ergeben sich Ausnahmen. Die Anzahl der Ausnahmen nimmt mit der Ausweitung der Voraussetzungen (bei zunehmender Aggregation) folglich ebenfalls zu und bewirkt auf diese Weise die Zunahme der Unsicherheit.

Trotzdem lassen sich gewisse Tendenzen und Trends in der wirtschaftlichen Entwicklung, wie sie ohne das Auftreten von HIV/AIDS nicht zu erwarten wären, auf den einzelnen Ebenen feststellen. So führt die Epidemie auf der Ebene der Haushalte durch steigende Ausgaben für medizinische Leistungen und Beerdigungen sowie durch die Abnahme vorhandener Ressourcen zu einem Anstieg der direkten und der indirekten Kosten. Die Strategien, welche die Haushalte dieser Entwicklung entgegensetzen, zielen darauf ab, durch Umverteilung der noch vorhandenen Ressourcen die kurzfristigen wirtschaftlichen Auswirkungen so gering wie eben möglich ausfallen zu lassen. Für diese Umverteilung wird teilweise Potential verwandt, das für die Schaffung künftiger Ressourcen notwendig wäre. Das

Fehlen der künftigen Ressourcen steigert langfristig wiederum das Risiko einer HIV-Infektion.

Bei den Unternehmen rufen die Folgen der Epidemie sowohl durch steigende Ausgaben für die betroffenen Arbeitnehmer als auch durch sinkende Einnahmen aufgrund von Produktivitätsverlusten steigende Arbeitskosten hervor. Welches Ausmaß sich daraus für die einzelnen Unternehmen ergibt ist abhängig von der Anzahl und der Qualifikation der betroffenen Mitarbeiter, von der Produktionsstruktur des Unternehmens, von der Höhe der Unterstützung für seine Arbeitnehmer und den Umgang der Geschäftsumwelt mit der Epidemie. Auch wenn noch nicht alle Unternehmen der Epidemie und ihren Auswirkungen aktiv entgegengetreten, so steigt dennoch die Anzahl der Unternehmer, die das Problem erkannt haben.

Auf dem Arbeitsmarkt führt die Ausbreitung von HIV/AIDS zu einem verringerten Angebot an ausgebildeten Fachkräften und einem ausgedehnten Angebot an ungelernten Arbeitskräften, so daß sich der Lohnabstand zwischen den beiden Gruppen - insofern keine rationalisierenden Investitionen seitens der Unternehmer getätigt werden - weiter vergrößern kann.

Auf den Märkten für langlebige Güter werden die Produzenten die negativen Folgen der Epidemie aufgrund der hohen Nachfrageelastizität zu tragen haben. Im Gegensatz dazu können die Produzenten von Grundnahrungsmitteln die steigenden Produktionspreise auf ihre Kunden übertragen. Produzenten von Exportgütern müssen aufgrund der verschlechterten Wettbewerbsfähigkeit

gegenüber Produzenten aus weniger stark betroffenen Ländern mit Exportrückgängen rechnen.

Speziell im landwirtschaftlichen Sektor ist ein gleichzeitiger Produktions- als auch Nachfragerückgang anzunehmen. Die langfristigen Preis- und Mengenwirkungen sind von der Stärke der Rückgänge abhängig: Fällt der Produktionsrückgang stärker aus als der Nachfragerückgang, so werden die Preise steigen. Geht hingegen die Nachfrage stärker zurück als das Angebot, so werden die Preise für landwirtschaftliche Erzeugnisse fallen.

Im Gesundheitssektor hingegen werden die Preise eindeutig steigen, da HIV/AIDS sowohl für eine steigende Nachfrage als auch für ein sinkendes Angebot an Gesundheitsdiensten verantwortlich ist. Folglich muß der Staat, der zumindest teilweise die Kosten trägt, sein Budget erhöhen oder das Angebot reduzieren.

Die Auswirkungen für das Wirtschaftswachstum eines Landes und dessen Verteilung auf die Bevölkerung wird innerhalb der Literatur differenziert bewertet. Aufgrund der großen Unsicherheiten innerhalb der Modelle läßt sich keine eindeutige Entwicklungstendenz des Wirtschaftswachstums feststellen. Allerdings herrscht Einigkeit darüber, daß sich die konsumierende Verwendung der Ersparnisse zur Begleichung der Pflegekosten ebenso negativ auf das Wirtschaftswachstum auswirkt wie der Produktivitätsrückgang, der durch den Verlust an Humankapital durch AIDS-Todesfälle hervorgerufen wird. Eine zentrale Studie geht deshalb davon aus, daß sich die geringsten Verluste für das

Wachstum des BIP/Kopf ergeben, wenn die untersten Einkommensklassen am stärksten von der Epidemie betroffen sind und die anfallenden Kosten für die Pflege nicht aus den Ersparnissen finanzieren werden. Eine Aussage über die Tendenz der Entwicklung der Wohlfahrt eines betroffenen Landes kann anhand der Entwicklung des BIP/Kopf jedoch nicht getätigt werden.

5 Ländervergleich: Südafrika und Uganda

Innerhalb der vorangegangenen Kapitel wurden die möglichen Auswirkungen der Verbreitung von HIV/AIDS auf Länder der Sub-Sahara Zone vorgestellt. In diesem Zusammenhang wurde gezeigt, daß die Auswirkungen unterschiedlich stark ausfallen, je nachdem in welchem territorialen Gebiet bzw. innerhalb welcher Personengruppe sich die Epidemie ausbreitet. In diesem Kapitel werden nunmehr die speziellen Situationen von Uganda und Südafrika miteinander verglichen und die möglichen Ursachen für die unterschiedlichen Entwicklungen aufgezeigt.

Der Vergleich der beiden Länder gestaltet sich derart, daß in einem ersten Schritt grundlegende Daten (Bevölkerungszahl, BIP/Kopf, HDI) die die Situation der beiden Länder darstellen, miteinander verglichen werden. Anschließend werden die verschiedenen Entwicklungen der HIV-Prävalenzen in den Ländern und deren mögliche Auswirkungen auf das Bevölkerungswachstum vorgestellt. In einem weiteren Schritt wird untersucht, inwieweit das beschriebene Verhalten der Haushalte (mikroökonomische Ebene) mit den ge-

samtwirtschaftlichen Statistiken (Spar- und Investitionsquote) korreliert. In einem letzten Schritt folgt schließlich die Gegenüberstellung der Entwicklungen des BIP/Kopf der beiden Länder. Dabei steht die Frage im Vordergrund, ob die wirtschaftlichen Folgen der Verbreitung von HIV/AIDS einen solch signifikanten Einfluß auf die gesamtwirtschaftliche Entwicklung haben, daß dieser statistisch erkennbar ist. Von einer statistischen Prüfung der Plausibilitätsargumentationen in Bezug auf das Marktverhalten muß aufgrund einer unzureichenden Datenlage abgesehen werden.

5.1 Gegenläufige Entwicklungen in Südafrika und Uganda

Für den folgenden Ländervergleich wurden Uganda und Südafrika aufgrund ihrer teilweise sehr augenfälligen Gegensätze ausgewählt. So verfügte Südafrika 1999 mit 39,9 Mio. über fast doppelt soviele Einwohner wie Uganda, wo zu dieser Zeit geschätzte 21,1 Mio. Menschen lebten.¹³⁹ Außerdem befinden sich die Länder auf sehr unterschiedlichen Entwicklungsstufen, was sich zum einen in der Höhe des BIP/Kopf ausgedrückt: 1998 betrug dieses in preisbereinigten US-Dollar in Südafrika 8.488 \$US und fiel somit fast achtmal größer aus, als das in Uganda (1.074 \$US); Zum anderen nimmt Südafrika im *Human Development Report 2000* mit einem HDI von 0,697 den Rang 103 ein, während Uganda auf Rang 158 nur über einen HDI von 0,409 verfügt.¹⁴⁰ Bezüglich der

HIV/AIDS-Epidemie liegen die auffallendsten Unterschiede darin, daß Uganda das erste Land südlich der Sahara ist, in dem HIV/AIDS auftrat (1982),¹⁴¹ während Südafrika in dieser Region als letztes Land von der Verbreitung des HI-Virus erfaßt wurde.¹⁴² Desweiteren wird die AIDS-Politik in Uganda als erfolgreich und vorbildlich beschrieben,¹⁴³ wohingegen die Politik des südafrikanischen Präsidenten *Mbeki* z.Zt. erheblich in der Kritik steht.¹⁴⁴

Im Dezember 1999 gehörte Südafrika zusammen mit sechs weiteren Ländern zu einer Gruppe afrikanischer Staaten, in denen zwischen 19,94% und 35,80% der erwachsenen Bevölkerung (15 bis 49 Jahre) mit HIV infiziert waren.¹⁴⁵ Zum selben Zeitpunkt betrug die Prävalenzrate in Uganda 8,3%.¹⁴⁶ Noch 1994 betrug diese in Uganda 14,5% und in Südafrika 3,2%.¹⁴⁷

Diese gegenläufige Entwicklung der Verbreitung in den einzelnen Ländern läßt sich auch deutlich anhand der Infektionsraten unter schwangeren Frauen darstellen. So überstieg deren Prävalenzrate in städtischen Gebieten (Abb. 6) in

¹⁴¹ Vgl. Bond/Kreniske/Vincent (1997), S. 85.

¹⁴² Vgl. Schwarz (2000), S. 172.

¹⁴³ Vgl. Frankfurter Allgemeine Zeitung (1998), S. 14; tagesschau (2000), S. 2; UNAIDS (1998d), S. 5.

¹⁴⁴ Vgl. Doerfler (2000), S. 9; NZZ (2000a), S. 3; Spiegel Online (2000), S. 1.

¹⁴⁵ Die Schätzungen für die betroffenen Länder lauten im einzelnen: Botswana (35,8%), Simbabwe (25,06%), Swasiland (25,25%), Lesotho (23,57%), Namibia (19,54%), Sambia (19,95%) und Südafrika (19,94%). Vgl. UNAIDS (2000b), S. 124.

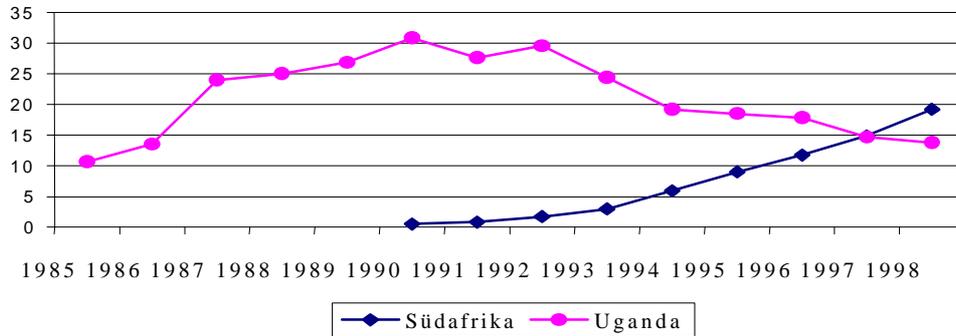
¹⁴⁶ Vgl. UNAIDS (2000b), S. 124.

¹⁴⁷ Vgl. Mann/Tarantola (1996), S. 493.

¹³⁹ Vgl. UNAIDS/WHO (2000a), S. 2; UNAIDS/WHO (2000b), S. 2.

¹⁴⁰ Vgl. UNDP (2000), S. 196f.

Abbildung 6: HIV-Prävalenz unter schwangeren Frauen in städtischen Gebieten

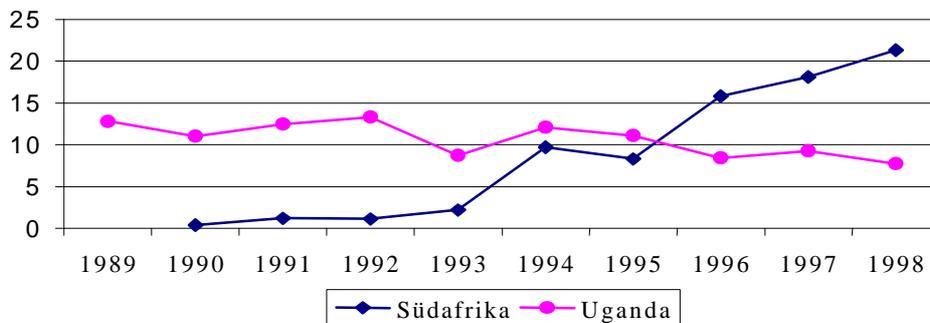


Quelle: UNAIDS/WHO (2000a/b), S. 4.

Uganda während der dortigen Hochphase Ende der 1980er bis Anfang der 1990er Jahre sogar die Marke von 30%.

Die folgende Abbildung 7 zeigt, daß sich die beschriebene Entwicklung außerhalb städtischer Gebiete aufgrund der

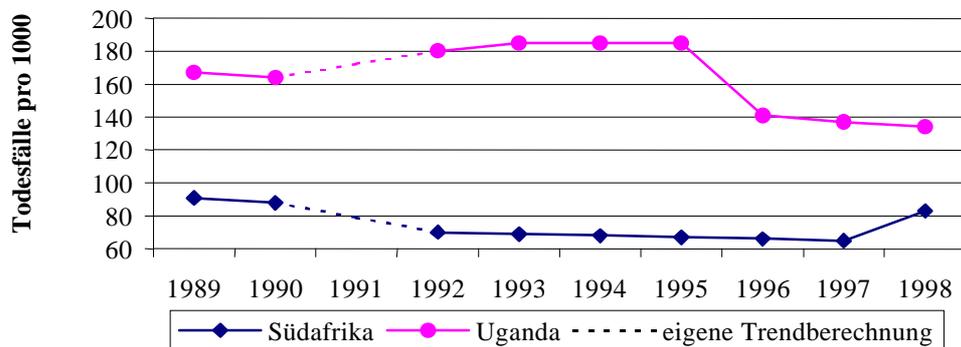
Abbildung 7: HIV-Prävalenz unter schwangeren Frauen außerhalb städtischer Gebiete



Quelle: UNAIDS/WHO (2000a/b), S. 4.

Zur selben Zeit betrug hingegen in Südafrika die Rate der gleichen Personengruppe nicht einmal 1%. Während die Anzahl der Infektionen ab diesem Zeitpunkt in Uganda stetig abnahm, stieg sie in Südafrika ebenso stetig an, bis sie sich im Jahre 1997 bei rund 15% schließlich angeglichen hatte.

niedrigeren Infektionsraten in Ugandas ländlichen Gebieten sowie aufgrund der größeren Dynamik der Epidemie außerhalb der Städte Südafrikas noch schneller vollzog; und somit die Infektionsrate in Südafrika bereits 1996 mit 15,8% fast doppelt so hoch war wie in Uganda (8,4%).

Abbildung 8: Mortalitätsrate der Unter-Fünfjährigen

Quelle: Human Development Report 1990-2000

Die gegenwärtige Gegenüberstellung untermauert die Feststellung, daß die derzeitige Situation der Verbreitung von HIV/AIDS als ein „Patchwork“ lokaler und gesellschaftlicher (Einzel-) Epidemien zu betrachten ist (vgl. Kap. 3.3). Denn zum einen hebt die Gegenüberstellung den Unterschied zwischen den Staaten Uganda und Südafrika hervor; und zum anderen stellt sie das ungleiche Risiko einer Infektion für die städtische und ländliche Bevölkerung dar.

Betrachtet man in einem weiteren Schritt die Mortalitätsrate der Kinder unter fünf Jahren, so kann man einen deutlichen Zusammenhang zwischen dem Ausbruch der Epidemie und der Zunahme der Sterblichkeit erkennen (Abb. 8).

In Uganda folgte die Mortalitätsrate der unter Fünfjährigen mit einem time-lag von zwei bis drei Jahren dem Anstieg (und auch der Abnahme) der dortigen HIV-Infektionsrate. Dies läßt sich erkennen, wenn man berücksichtigt, daß die Hochphase der Epidemie in Uganda in den Zeitraum von 1987 bis 1993 (vgl.

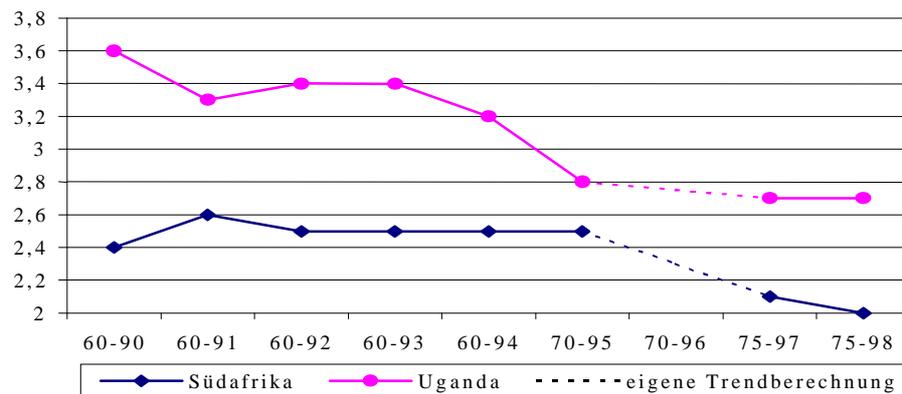
Abb. 6) fiel und daß dort nur 25% der HIV-infizierten Kinder ihr drittes Lebensjahr erleben.¹⁴⁸ Gleiches läßt sich auch für Südafrika erwarten, zumal dies im Ansatz bereits durch die Steigerung von 65 auf 83 Todesfälle bei 1000 Lebendgeburten in den Jahren 1997 und 1998 zu erkennen ist.

Für die derzeitige gesamtwirtschaftliche Entwicklung fällt die Mortalität der Erwachsenen jedoch stärker ins Gewicht. Aufgrund der langen Inkubationszeit (Zeitspanne zwischen Infektion und Ausbruch der Krankheit) und der Dauer der Krankheit muß bei Erwachsenen mit einem time-lag von sieben bis zehn Jahren zwischen der Infektionsrate und den Auswirkungen auf die Sterblichkeitsrate und somit auch auf das Bevölkerungswachstum gerechnet werden.¹⁴⁹ Da der starke Anstieg der Prävalenzraten in Uganda bereits 1987 begann, ist eine Abnahme des Wachstums der Gesamtbevölkerung seit ca. 1993 - wie sie in Abbildung 9 zu sehen ist - nicht überraschend.

¹⁴⁸ Vgl. UNICEF (1997), S. 3.

¹⁴⁹ Vgl. Gilks (1998), S. 30f.

Abbildung 9: Bevölkerungswachstum pro Jahr



Quelle: Human Development Report 1990-2000

schend. Auffälliger ist in dieser Hinsicht vielmehr Südafrika, da das Bevölkerungswachstum dort bereits gegen 1995 fiel, während die Infektionszahlen vor 1990 als minimal einzustufen sind.

Über die Tatsache hinaus, daß - neben der steigenden HIV/AIDS-Prävalenz - auch andere Faktoren das Bevölkerungswachstum negativ beeinflussen können, relativiert sich der Wachstumsrückgang in Südafrika von 0,4% innerhalb von zwei Jahren, wenn man die Prognosen des *Human Development Report* (HDR) 2000 hinzuzieht und auf dieser Grundlage den Gesamtrückgang des Bevölkerungswachstums in Uganda mit dem von Südafrika vergleicht. Der HDR bewertet die Auswirkungen der derzeitigen epidemiologischen Situation in Südafrika auf das Bevölkerungswachstums in der nächsten Zukunft als so gravierend, daß ein weiterer Rückgang des Bevölkerungswachstum in Südafrika auf 0,6% im Jahr 2015 prognostiziert wird. Das bedeutet, daß in Südafrika das Bevölkerungswachstum von 1995 an insgesamt um 1,9% zurückgehen würde. Für Uganda wird statt des-

sen mit einem Wiederanstieg von 0,4% auf 3,1% gerechnet. Somit betrüge der dortige Gesamtrückgang des Bevölkerungswachstums während des Zeitraums mit extrem hoher HIV-Prävalenz 0,9%.¹⁵⁰

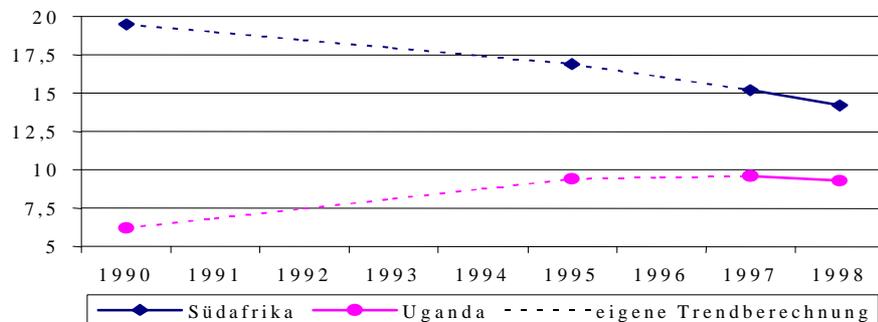
Betrachtet man nunmehr die Statistiken der Spar- und Investitionsquoten vor der Frage, inwieweit das veränderte Verhalten auf mikroökonomischer Ebene in den gesamtwirtschaftlichen Statistiken erkennbar ist, so muß man sich die Plausibilitätsargumentation ins Gedächtnis zurückrufen: Innerhalb des vierten Kapitels wurde ausgeführt, daß die Haushalte, die von HIV/AIDS betroffen sind, u.a. weniger sparen und dafür mehr medizinische Leistungen in Anspruch nehmen. Demzufolge müßte die Sparquote eines Landes sinken, wenn die dortige HIV-Prävalenzrate steigt. Diese Argumentation deckt sich mit den Ergebnissen einer kürzlich erschienen Studie der Investment-Bank *ING-Barings*, die einen jährlichen Rückgang der Brutto-Spar-

¹⁵⁰ Vgl. UNDP (2000), S. 225f.

quote von ca. 2% für Südafrika innerhalb der nächsten sechs Jahre prognostiziert:

Auch der Wiederanstieg der Sparquote in Uganda ist in diesem Zusam-

Abbildung 10: Brutto-Sparquote der Länder

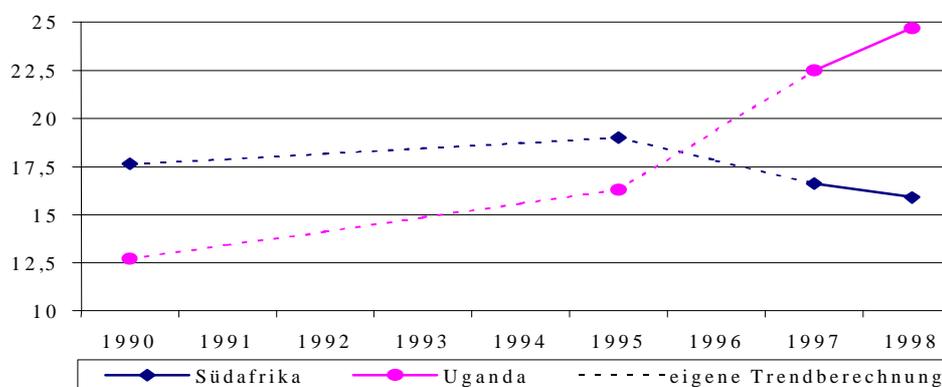


Quelle: Human Development Report 1990-2000

„Total domestic savings as a percentage of GDP is thus forecast to be on average about 2 percentage points lower than in a no-AIDS scenario.“¹⁵¹

menhang nachvollziehbar, wenn man bedenkt, daß der Höhepunkt der Epidemie mit 10.235 berichteten AIDS-Fällen

Abbildung 11: Brutto-Investitionsquote der Länder



Quelle: Human Development Report 1990-2000

Darüber hinaus scheinen die statistischen ex-post Angaben des UNDP diese Argumentation ebenfalls zu bestätigen (Abb. 10).¹⁵²

im Jahr 1991 erreicht wurde und diese seitdem stetig abnehmen.¹⁵³ Dieser Wiederanstieg der Sparquote führt - der Argumentation des vierten Kapitels folgend - zu einer Zunahme der gesamtwirt-

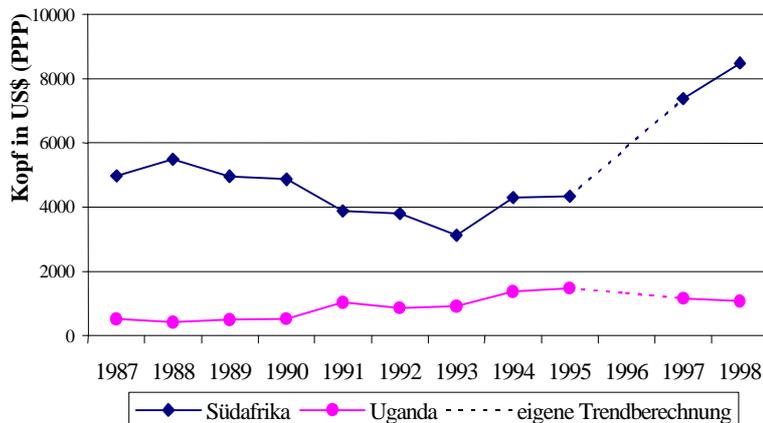
¹⁵¹ ING-Barings (2000), S. 23.

¹⁵² Einschränkung sei jedoch bemerkt, daß die Entwicklung der Sparquote von weiteren Faktoren abhängig ist. Beispielsweise führt

eine hohe Inflation ebenfalls zu einer Reduzierung der Spartätigkeit.

¹⁵³ Vgl. UNAIDS/WHO (2000b), S. 6.

Abbildung 12: Entwicklung des realen BIP/Kopf



Quelle: Human Development Report 1990-2000

schaftlichen Investitionstätigkeit. In Abbildung 11 läßt sich dieser positive Zusammenhang zwischen Spar- und Investitionsquote gerade für Uganda eindeutig und für Südafrika - mit der Ausnahme der 1,4%igen Steigerung zwischen 1990 und 1995 - zumindest gut erkennen.

Im Gegensatz zum statistisch deutlich erkennbaren Zusammenhang zwischen den gesamtwirtschaftlichen Folgen (Abnahme der Spar- und Investitionsquote) und dem mikroökonomischen Verhalten (Umstrukturierung der Finanzmittel innerhalb des Haushalts) können mögliche Folgen eines sinkenden Bevölkerungswachstums für die Entwicklung des BIP/Kopf - wie sie in Kapitel 4.3 dieser Arbeit beschrieben wurden - statistisch nicht nachvollzogen werden (Abb. 12).

Weder für Südafrika noch für Uganda läßt sich statistisch erkennen, daß sich das sinkende Bevölkerungswachstum auf das Wachstum des BIP/Kopf auswirkt. Somit kann man anhand der vorliegenden Daten nicht den

Schluß ziehen, daß sich die HIV/AIDS-Epidemie signifikant auf die wirtschaftliche Entwicklung niederschlägt. In Bezug auf Uganda variiert das preisbereinigte BIP/Kopf in den Jahren 1990 bis 1995 von 524 \$US über 1036 \$US, 860 \$US, 910 \$US bis hin zu 1370 \$US und 1438 \$US so stark, daß sich daraus weder ein einheitlicher Trend noch ein Einfluß der HIV/AIDS-Epidemie ablesen läßt. In Südafrika, wo die HIV/AIDS-Prävalenz 1997 und 1998 kräftig anzog, hat sich das preisbereinigte BIP/Kopf sogar um 15% von 7380 \$US auf 8488 \$US erhöht.¹⁵⁴ Allerdings sind aufgrund der zeitlichen Verzögerung zwischen der Infektion und den wirtschaftlichen Folgen durch die ausgebrochene Krankheit künftig HIV/AIDS-bedingte negative Einflüsse auf die Wachstumsdynamik für Südafrika nicht auszuschließen. So prognostiziert beispielsweise die *ING-Barings-Bank*, daß im Jahr 2006 mit einer bevölkerungsweiten Prävalenzrate von 17% der Höhepunkt der Epidemie in

¹⁵⁴ Vgl. UNDP (1993-2000).

Südafrika erreicht und das jährliche Wirtschaftswachstum dort durch den Verlust an Arbeitskräften und Konsumenten um 0,3% bis 0,4% geringer ausfallen wird, als dies in einer Situation ohne HIV/AIDS der Fall wäre:

„GDP growth rates are expected to be 0.4 percentage points lower in 2006-10 and 0.3 percentage points in 2011-15. This is mainly the result of the lower household income assumption, which translates into lower disposable incomes and lower consumption expenditure [...].“¹⁵⁵

Als Ergebnis des Vergleiches läßt sich festhalten, daß Uganda bei einer Fortschreibung des gegenwärtigen Trends der HIV/AIDS-Verbreitung ohne Zweifel den Höhepunkt der Epidemie und ihren Folgen überschritten hat. Demgegenüber hat Südafrika den Höhepunkt der Epidemie und folglich auch den Höhepunkt der wirtschaftlichen Auswirkungen noch nicht erreicht. Diese Einschätzung teilen die Autoren des offiziellen nationalen AIDS-Programms in Südafrika, nach deren Schätzungen die Zahl der infizierten Südafrikaner von derzeitig 4,2 Mio. auf 6,0 Mio. im Jahr 2005 steigen wird.¹⁵⁶

5.2 Ursachen für die konträre Entwicklung

Nachdem die unterschiedlichen Entwicklungen bei der Verbreitung von HIV/AIDS in Uganda und Südafrika vorgestellt wurden, wird im folgenden danach gefragt, wo die Ursachen für diese Unterschiede liegen. Um diese Frage zu beantworten, werden der je-

weilige Umgang mit der Epidemie und ihren Folgen sowie die Vorgehensweisen der Länder bei deren Bekämpfung miteinander verglichen.

1982 wurde in Uganda - wie bereits erwähnt - der erste AIDS-Fall in Afrika dokumentiert. Danach dauerte es annähernd vier Jahre bis die dortige Regierung reagierte:

„A structured Government response to the HIV/AIDS epidemic dates back to 1986 when an AIDS Control Programme (ACP) was created in the Ministry of Health.“¹⁵⁷

Der nächste institutionalisierende Schritt war die Konstituierung der *Uganda AIDS Commission* (UAC) durch das Parlament im Jahre 1992. Die UAC wurde in der staatlichen Hierarchie direkt unterhalb des Präsidenten plziert¹⁵⁸ und besteht aus zwölf Mitgliedern, die die verschiedenen betroffenen Gruppen des Landes (Regierung, Gesetzgebung, NGOs, HIV/AIDS-infizierte Personen, Jugendliche und Frauen) repräsentieren.¹⁵⁹ Die UAC entwickelte den *Multi-sectoral Approach to the Control of AIDS* (MACA), welcher 1993 von der Regierung aufgegriffen wurde. Dieser Ansatz beruht auf der Überzeugung, daß jedes Mitglied der Gesellschaft von HIV/AIDS und seinen Auswirkungen betroffen ist und folglich Verantwortung diesbezüglich zu übernehmen hat. Der MACA bot sodann die Basis für die Entwicklung des ersten nationalen AIDS-Programms, dem *National Ope-*

¹⁵⁵ ING-Barings (2000), S. 21.

¹⁵⁶ Vgl. South African Ministry of Health (2000), S. 8.

¹⁵⁷ Uganda AIDS Commission (2000a), S. 1.

¹⁵⁸ Vgl. Uganda AIDS Commission (2000a), S. 1.

¹⁵⁹ Vgl. Uganda AIDS Commission (2000b), S. 2.

rational Plan for HIV/AIDS/STD Prevention, Care and Support 1994-1998. Letztlich sorgte die Einführung der ACPs bei 12 Fachministerien 1995 für eine weitere Stärkung der multisektoralen Verantwortung gegenüber der Epidemie.¹⁶⁰

Im Gegensatz zu den Bemühungen auf ugandischer Seite wurden in Südafrika Ende der 1980er Jahre zwar Vorschläge für eine AIDS-Kontroll-Strategie veröffentlicht,¹⁶¹ aber seitens der Regierung wurden keinerlei gesundheitspolitische Maßnahmen in Bezug auf HIV/AIDS ergriffen.¹⁶² Denn während dieser Zeit infizierten sich in der Hauptsache homosexuelle Weiße. Und die damals noch amtierende Apartheidsregierung betrachtete „[...] die Seuche als gottgewollte Strafe für sexuelle Perversion [...]“. ¹⁶³ Bis 1994, d.h. während der Übergangsphase vom Apartheidsregime zur Demokratie mit ihren teilweise bürgerkriegsähnlichen Zuständen, wurde der Verbreitung von HIV/AIDS seitens der Regierung weiterhin wenig Aufmerksamkeit geschenkt,¹⁶⁴ zumal die landesweite Prävalenzrate bei den 15-49jährigen damals auf 3,2% geschätzt wurde.¹⁶⁵ Die Einsetzung eines nationalen AIDS-Plans scheiterte 1994 an Kompetenzgerangel, Mißtrauen gegenüber weißen Wissenschaftlern und dem Mangel an politischem Führungswil-

len.¹⁶⁶ Erst 1999 wurde der nationale AIDS-Plan von 1994 gemeinsam mit dem *White Paper for Transformation of the Health System* für die Erstellung des *HIV/AIDS/STD Strategic Plan for South Africa 2000-2005* wieder aufgegriffen.¹⁶⁷

Im südafrikanischen Strategieplan werden die Hauptziele wie folgt konkretisiert:

„Reduce the number of new HIV infections (especially among youth); and,

Reduce the impact of HIV/AIDS on individuals, families and communities.“¹⁶⁸

Vergleicht man diese Hauptziele mit denen des ugandischen Strategieplans, so zeigt sich, daß der ugandische Plan zum einen die Reduzierung der HIV-Prävalenz anhand von genauen Zielwerten konkretisiert und zum anderen, daß er die Stärkung der nationalen Kapazitäten („national capacity“)¹⁶⁹ als explizites Ziel hervorhebt:

„Reduce HIV prevalence by 25% by the year 2005/6 [...]“

¹⁶⁰ Vgl. Uganda AIDS Commission (2000a), S. 1.

¹⁶¹ Vgl. Latif (1994), S. 705.

¹⁶² Vgl. Schwarz (2000), S. 173.

¹⁶³ Schwarz (2000), S. 173.

¹⁶⁴ Vgl. Schwarz (2000), S. 173.

¹⁶⁵ Vgl. Mann/Tarantola (1996), S. 493.

¹⁶⁶ Vgl. Schwarz (2000), S. 173.

¹⁶⁷ Vgl. South African Ministry of Health (2000), S. 6.

¹⁶⁸ South African Ministry of Health (2000), S. 16.

¹⁶⁹ Unter dem Begriff Kapazitäten („capacities“) werden infrastrukturelle Einrichtungen, aber auch die geistigen Ressourcen von Personen verstanden. Diese können erlernt, trainiert und gesteigert werden („capacity building“). Im Falle der nationalen Kapazitäten („national capacities“) werden unter dem Begriff sie staatlichen infrastrukturellen Einrichtungen geistige Ressourcen der staatlichen Angestellten zusammengefaßt. Hier und im folgenden Verlauf der Arbeit wird der deutsche Begriff Kapazitäten verwandt. [Vgl. Welsh/Burtorin (1990), S. 133]

Mitigate the health and socio-economic effects of HIV/AIDS at individual, household and community level [...]

*Strengthen the national capacity to respond to the epidemic [...].*¹⁷⁰

Diese Unterschiede ändern jedoch nichts an der grundsätzlich gleichen Ausrichtung der beiden Strategien, zumal im südafrikanischen Plan die Stärkung der Kapazitäten als Bestandteil verschiedener Zwischenziele enthalten ist. So führt das ugandische HIV/AIDS-Programm beispielsweise folgende Strategie zu Stärkung der nationalen Kapazitäten auf: „*Strengthening the capacity to undertake research related to HIV/AIDS at various levels.*“¹⁷¹ Im südafrikanischen Programm soll stattdessen die Entwicklung lang- und kurzfristiger Ausbildungsgänge zur Verbesserung der Kapazitäten der Bediensteten bei der Leitung von HIV/AIDS/STD-bezogenen Untersuchungen und Forschungen auf der Provinz- und Distriktebene mittels folgender Strategie erreicht werden:

*„Training for provincial and district staff on research and surveillance on collaboration with research and training institutions.“*¹⁷²

Darüber hinaus gibt es als südafrikanisches Pendant zur UAC den *National AIDS Council* (NAC). Dieser besteht aus 15 Fachministern und 16 Repräsentanten der Zivilgesellschaft. Der Council wird vom Vizepräsident geleitet und verfügt wie die UAC über eine multisektorale Ausrichtung. Zu den Aufgaben des NAC, dem höchsten Gremium

für HIV/AIDS-Angelegenheiten, zählt die Beratung der Regierung in allen HIV/AIDS-bezogenen Fragen, die Unterstützung und Begutachtung der Implementierung von Programmen und Strategien sowie die Schaffung und Stärkung von Partnerschaften zwischen allen Sektoren. Desweiteren soll der NAC Ressourcen zur Implementierung des AIDS-Programms mobilisieren und eine geeignete Forschung fördern.¹⁷³ 1997 wurde darüber hinaus das *Inter-Ministerial Committee on AIDS* (IMC) ins Leben gerufen. Das IMC ist in der politischen Hierarchie sehr weit oben angesiedelt. Es setzt sich aus allen Fachministern und deren Stellvertretern zusammen und wird ebenfalls vom Vizepräsidenten geleitet. Das Komitee trifft sich monatlich, um die Aufgaben des Staates in Bezug auf die Epidemie und ihre Folgen zu diskutieren und politische Leitlinien zu entwickeln.¹⁷⁴

In Anbetracht dieser weitreichenden Übereinstimmungen in der konzeptionellen Ausrichtung zwischen den beiden Ländern stellt sich nunmehr die Frage, weshalb es zu den beschriebenen Unterschieden in der Stärke der jeweiligen HIV/AIDS-Epidemie kommen konnte. Die Antwort auf diese Frage ist in der praktischen Umsetzung der strategischen Ansätze zu suchen. In Uganda wurde im Vergleich zu Südafrika relativ schnell reagiert. Nachdem Präsident *Museveni* die Bedrohung, die von der Verbreitung von HIV/AIDS ausgeht, erkannt hatte, wurde 1985 eine Komitee gegründet, das

¹⁷⁰ Uganda AIDS Commission (2000b), S. 2.

¹⁷¹ Uganda AIDS Commission (2000b), S. 3.

¹⁷² South African Ministry of Health (2000), S. 24.

¹⁷³ Vgl. South African Ministry of Health (2000), S. 12.

¹⁷⁴ Vgl. South African Ministry of Health (2000), S. 14.

die Mobilisierung von Ressourcen zur Aufgabe hatte. Ein Ergebnis der Arbeit dieses Komitees war die Schaffung des ACP.¹⁷⁵ Dieses ist das erste nationale AIDS-Kontrollprogramm in Afrika und wurde in Zusammenarbeit mit der WHO als Modell-Programm installiert.¹⁷⁶ Darüber hinaus wurde mit der Entwicklung eines Monitoringsystems begonnen, welches 1989 erstmals die HIV-Prävalenz von schwangeren Frauen an sechs Kontrollstellen in großen Städten überwachte. Seitdem ist das - nicht perfekte aber konsistente - System landesweit, d.h. auch in ländlichen Gebieten, auf 20 Kontrollstellen ausgebaut worden.¹⁷⁷ Durch solch ein Monitoringsystem ist es möglich, eine systematische Kontrolle der Ausbreitung von HIV/AIDS zu gewähren. Diese schafft wiederum die Grundlage für einen effizienten Einsatz der zur Verfügung stehenden finanziellen Mittel, was gerade bei dem knappen Ressourcenbestand der Entwicklungsländer besonders wichtig ist.

Der bedeutendste Unterschied bei der Umsetzung der Strategien zur Bekämpfung der Epidemie ist der in Uganda besonders offene und direkte Umgang mit Fragen der Sexualität und der Übertragung von HIV/AIDS, der auf diese Weise zur Aufhebung dieses Stigmas beiträgt. Dieser Umgang stellt für afrikanische Staaten südlich der Sahara eher die Ausnahme als die Regel dar.¹⁷⁸ Die

ugandische Regierung hat die Tabuisierung zum einen dadurch verringern können, daß sie die mittlerweile allgemein als vorbildlich angesehene IEC (Information, Education, Communication)-Strategie unter Mithilfe der WHO eingeführt hat.¹⁷⁹ Zum anderen hat der Umstand, daß die Anstrengungen in eine Zeit der staatlichen Neuorganisation fielen, zum Erfolg beigetragen:

*„It is no accident that this decline [of prevalence] has come at a time when Ugandan society has been restructuring itself and there has been an expansion and strengthening of civil society, underpinned by efforts to introduce greater citizen confidence in government [...]“*¹⁸⁰

Letztlich ist es jedoch entscheidend, daß der politische Wille, die Programme und Projekte einzuführen und intersektoral umzusetzen, auf allen Entscheidungsebenen, d.h. von der Gemeindeversammlung bis zum Präsidenten, vorhanden ist.¹⁸¹

Auch Südafrika hätte die Chance der Neustrukturierung des Staatswesens nach dem Ende des Apartheidregimes nutzen können, um unterstützt durch einen festen politischen Willen einen offenen und vorurteilsfreien Umgang mit HIV/AIDS auf allen Ebenen zu gewähren. Aber gerade dieser politische Wille fehlte führenden Politikern sowohl in der Vergangenheit als auch noch heute. So verweigerte 1999 die damalige Gesundheitsministerin *Zuma* beispielsweise die Abgabe von AZT an schwangere Frauen,

¹⁷⁵ Vgl. Uganda AIDS Commission (2000), S. 1.

¹⁷⁶ Vgl. Serwadda/u.a. (1994), S. 686.

¹⁷⁷ Vgl. UNAIDS (1998d), S. 5f.

¹⁷⁸ Vgl. Wiczorek-Zeul (2000), S. 1.

¹⁷⁹ Vgl. FAZ (1998), S. 14; tagesschau (2000), S. 2.

¹⁸⁰ Barnett/Whiteside (1999), S. 227f.

¹⁸¹ Vgl. Kanter (2000), S. 1.

weil sie der Meinung war, das Präparat sei zu teuer. Allerdings verhindert AZT in über 50% der Fälle eine Übertragung des Virus von der Mutter auf das Kind. Da die Behandlung eines infizierten Kindes teurer ist als eine zuvor geleistete Abgabe von AZT an die Mutter, ist das Argument der ehemaligen Gesundheitsministerin jedoch falsch und kontraproduktiv bei der Bekämpfung von HIV/AIDS.¹⁸² Unterstützt wird die ehemalige Gesundheitsministerin vom derzeitigen Präsidenten. Dieser hat im Oktober 1999 die Wirksamkeit von AZT öffentlich in Frage gestellt, obwohl mehrere Gutachten namhafter (auch südafrikanischer) Wissenschaftler die Wirksamkeit dieses Medikaments bestätigten.¹⁸³

Ein weiteres Beispiel für die Diskrepanz zwischen der Strategie und ihrer praktischen Durchführung stellt die *Partnerschaft gegen Aids* dar. Diese Partnerschaft wurde von Präsident Mbeki im Oktober 1998 ins Leben gerufen, jedoch nicht ernsthaft umgesetzt. Ihre Aufgabe sollte es sein, die verschiedenen Organisationen, die sich bei der Bekämpfung der HIV/AIDS-Epidemie und ihren Folgen engagieren, zu vernetzen. Bisher kann diese Initiative jedoch keine Erfolge vorweisen.¹⁸⁴ Darüber hinaus beklagen Bürgerinitiativen die Schließung von Krankenhäusern und insbesondere von Stationen, die sich um HIV-positive Kinder kümmern.¹⁸⁵ Dabei wird

die Verbesserung der medizinische Leistung für infizierte Personen im nationalen AIDS-Plan als ein Zwischenziel explizit erwähnt:

„Improve treatment, care and support for people living with and affected by HIV/AIDS.“¹⁸⁶

Desweiteren ließ Mbeki eine weitere Möglichkeit ungenutzt, den theoretischen Verlautbarungen tatsächlich politische Unterstützung zu gewähren: Die Eröffnungsrede zur 13. Internationalen AIDS-Konferenz¹⁸⁷ hätte er nutzen können, um konkret zur Bekämpfung des HI-Virus als Ursache für die Entstehung von AIDS aufzurufen. Statt dessen vertritt er - unterstützt von einer wissenschaftlichen Minderheit - weiterhin die international in der *Durban-Declaration* abgelehnte Meinung, daß HIV nicht die einzige Ursache für AIDS sei.¹⁸⁸

Doch „[...] Aufklärung führt nur dann zu Verhaltensänderungen, wenn diese aktiv von hochrangigen Politikern, Staats- und Regierungschefs unterstützt wird und das Tabu gebrochen werden kann [...].“¹⁸⁹

Denn ohne eine Änderung des Verhaltens ist selbst eine noch so gut organisierte Kondomdistribution erfolglos.¹⁹⁰ So sind zwar inzwischen überall in Süd-

¹⁸² Vgl. Behrens (1999), S. 12.

¹⁸³ Vgl. Zimmermann (2000), S. 7.

¹⁸⁴ Brandt (2000), S. 7.

¹⁸⁵ Bisseker (1999), S. 1-7; Zimmermann (2000), S. 7.

¹⁸⁶ South African Ministry of Health (2000), S. 22.

¹⁸⁷ Die Konferenz fand vom 9.-13. Juli 2000 in Durban/Südafrika statt.

¹⁸⁸ Vgl. Emmrich (2000), S. 3; NZZ (2000a), S. 3.

¹⁸⁹ Wieczorek-Zeul (2000), S. 1.

¹⁹⁰ Vgl. Kanter (2000), S. 1: Speziell auf die Annahme bezogen, daß AIDS nicht durch einen sexuell übertragbaren Virus hervorgerufen wird, wird jeder Aufforderung zur Änderung des sexuellen Verhaltens die Sinnhaftigkeit entzogen.

afrikas Kliniken und auch in vielen Betrieben Kondome kostenlos erhältlich, jedoch wird ihre Verwendung weiterhin abgelehnt, sei es weil die jungen Männer zeigen wollen, daß sie jung und stark sind, oder sei es weil Kondome weiß sind.¹⁹¹ Diese Meinung teilt auch *Ulrich Heide* von der deutschen Aids-Stiftung:

„Gerade bei der Prävention gibt es viele Initiativen, die [...] ganz hervorragende Arbeit [leisten]. Es fehlt allerdings die Unterstützung der Politik, und so können gute regionale Konzepte nicht auf nationaler Ebene umgesetzt werden. Genau das wäre aber wichtig.“¹⁹²

Ebenso vertritt der Leiter der HIV/AIDS-Abteilung des *Groote Schuur Hospitals* in Südafrika, *Prof. Gary Maartens* die Meinung, daß gerade der politische Willen der entscheidende Faktor für eine erfolgreiche Bekämpfung von HIV/AIDS sei:

„In Uganda, they're winning the war against the epidemic because they had the political will to do so, not by believing in conspiracy theories.“¹⁹³

Dieser politische Wille seitens der ugandischen Regierung kommt auch in dem Ausmaß der finanziellen Aufwendungen für HIV-infizierte Personen zur Geltung. So standen 1996 in Uganda bei einer Prävalenzrate von 9,51% für jede infizierte Person \$US 40,41 zur Verfügung, während der Durchschnitt in Sub-Sahara Afrika \$US 8,47 betrug. Mehr als Uganda hatten nur Mauritius (\$US 281,30), Madagaskar (\$US 87,86), der Senegal (\$US 59,63) und Mali (\$US

41,01) zur Verfügung, wobei der Senegal mit 1,77% die höchste Prävalenzrate aufzuweisen hatte.¹⁹⁴

6 Konzeptionelle Ansätze der Entwicklungszusammenarbeit

Innerhalb der letzten zwei Kapitel wurden die Probleme, die mit der Verbreitung von HIV/AIDS in Zusammenhang stehen, und die Versuche der betroffenen Staaten, mit diesen Problemen umzugehen, vorgestellt. Innerhalb dieses Kapitels wird nunmehr die deutsche Strategie zur Bekämpfung von HIV/AIDS diskutiert. Dies geschieht, indem zuerst die Strategie der Weltbank (Kap. 6.1) und dann die - teilweise darauf aufbauende - Strategie des *Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung* (BMZ) beschrieben wird (Kap. 6.2). Diese werden anschließend auf theoretischer Ebene vor dem Hintergrund der in Kapitel 3 vorgestellten Wirkungskette der HIV/AIDS-Verbreitung miteinander verglichen (Kap. 6.3). Schließlich wird in Kapitel 6.4 die praktische Umsetzung der BMZ-Strategie innerhalb der bilateralen Entwicklungszusammenarbeit näher erläutert. Die Zusammenfassung der Strategien bzw. ihrer Maßnahmen erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Vielmehr werden gezielt die Maßnahmen dargestellt, die für die Erläuterung der strategischen Ausrichtung als besonders geeignet erscheinen.

¹⁹¹ Vgl. Räther (2000), S. 4; FTD (2000), S. 15.

¹⁹² Kanter (2000), S. 1.

¹⁹³ Bisseker (1999), S. 7.

¹⁹⁴ UNAIDS (1999b), S. 30.

6.1 Wesentliche Merkmale der HIV/AIDS-Strategie der Weltbank

Das strategische Konzept der Weltbank zur Bekämpfung von HIV/AIDS und der Folgen der Epidemie in Sub-Sahara Afrika wird in der 1999 erstmalig herausgegebenen Publikation „Intensifying Action Against HIV/AIDS in Africa“ vorgestellt.¹⁹⁵ Das Ziel der Strategie wird darin als die Mobilisierung direkt oder indirekt betroffener Personen(-gruppen) zwecks intensiverer Bekämpfung der Epidemie und ihrer Folgen gesehen:

„The goal of this strategic plan is to urgently assist African governments and mobilize the Bank, development partners, the private sector, and the civil society to intensify action on multisectoral and sustainable policies and programs to address the compelling and evolving implications of the HIV/AIDS epidemic to halt further reversal of human, social, and economic development in Africa.“¹⁹⁶

Dieser Zielsetzung ist zu entnehmen, daß sich die Weltbank bei der Bekämpfung der HIV/AIDS-Epidemie und ihren Folgen als Mittler (und zum Teil als Multiplikator) zwischen den Regierungen und den potentiellen Helfern sieht. Bemerkenswert ist, daß in der Zielsetzung, der Gesundheitssektor und dessen Akteure nicht gezielt als Adressaten hervorgehoben werden. Statt dessen faßt die Weltbank den Kreis beteiligter Akteure sehr weit über den Gesundheitssektor hinaus, indem sie eine sehr weitreichende Klassifizierung verwendet. Hierdurch wird der multisekto-

rale¹⁹⁷ Charakter der Strategie besonders unterstrichen. Die explizite Nennung des privaten Sektors verdeutlicht zudem den hohen Stellenwert, der diesem Bereich beigemessen wird.

Die Maßnahmen, die seitens der Weltbank zur Erreichung des zentralen Ziels (Mobilisierung aller betroffenen Personenkreise) ergriffen werden sollen bzw. teilweise bereits ergriffen werden, orientieren sich an den vier folgenden Zwischenzielen:

1. Steigerung der Nachfrage nach einer Intensivierung der Maßnahmen zur Bekämpfung der Epidemie und ihrer Folgen;
2. Stärkung der Kapazitäten der Weltbank, um auf die steigende Nachfrage angemessen reagieren zu können;
3. Ausdehnung der verfügbaren Ressourcen;
4. Ausdehnung des verfügbaren Wissens und die Entwicklung zusätzlicher Instrumente der Prävention.

Innerhalb der Maßnahmen, die die Weltbank zur Erreichung des ersten Zwischenziels (Steigerung der Nachfrage nach einer Intensivierung der Bekämpfungsmaßnahmen) einsetzen will, kommt - neben der Einbeziehung des privaten Sektors- die angesprochene Mittler - bzw. Multiplikatorfunktion der Weltbank zur Geltung. Um sich der Un-

¹⁹⁵ Vgl. World Bank (2000), S. 23ff.

¹⁹⁶ World Bank (2000), S. 23.

¹⁹⁷ Unter der Bezeichnung multisektoral oder sektorübergreifend wird die gleichzeitige Einbeziehung verschiedener Sektoren (Bildung, Gesundheit, Landwirtschaft, Privater Sektor usw.) in ein Projekt oder Programm verstanden. Speziell bei der HIV/AIDS-Problematik sind damit Ansätze gemeint, die über den Gesundheitssektor hinausreichen.

terstützung der jeweiligen Regierungen bei der späteren Durchführung der Maßnahmen sicher zu sein, sollen die Initiativen von den Regierungen getragen werden. Hierzu wird die Weltbank - zwecks Nachfragesteigerung - mit den afrikanischen Führungspersonen in Dialog treten sowie versuchen, die Zivilgesellschaft und den privaten Sektor zu mobilisieren. So bemüht sie beispielsweise einflußreiche Persönlichkeiten und Meinungsführer aus verschiedenen Bereichen (z.B. Sport, Politik, Kunst) dafür zu gewinnen, die Zivilgesellschaft auf die Probleme, die mit der HIV/AIDS-Epidemie verbunden sind, aufmerksam zu machen.¹⁹⁸

Darüber hinaus sollen auf Konferenzen, bei Workshops und Seminaren sowie durch Präsentationen, die von der Weltbank ausgerichtet oder unterstützt werden, Wissen und persönliche Kontakte vermittelt werden:

„The Bank will sponsor and participate in international and regional conferences on HIV/AIDS to strengthen partnerships with other organizations for this intensified action.“¹⁹⁹

Um zudem auch afrikanische und internationale Unternehmen für die Bewältigung der Epidemie und ihren Folgen zu mobilisieren, will die Weltbank Treffen organisieren, bei denen Angehörige von Unternehmen, die bereits Aufklärungsprogramme am Arbeitsplatz installiert haben, ihre Erkenntnisse an bislang unerfahrene Unternehmen weitergeben können.²⁰⁰

Um die HIV/AIDS-Epidemie und ihre Folgen besser kontrollieren und Verluste an Wissen und Fähigkeiten ersetzen zu können, intendiert die Weltbank den Aufbau lokaler Kapazitäten bei den nationalen und lokalen Regierungen, der Zivilgesellschaft und dem privaten Sektor. Aus diesem Grund gewährt die Weltbank den betroffenen Ländern technische Unterstützung und dehnt existierende Managementprogramme derart aus, daß nationale Führungspersonen und Mitarbeiter im Umgang mit der HIV/AIDS-Epidemie geschult werden können.²⁰¹

Die Maßnahmen zur Erreichung des zweiten Zwischenziels umfassen Aktivitäten, die die eigenen Kapazitäten der Weltbank zu stärken sollen, um auf die zu erwartende steigende Nachfrage nach Unterstützung adäquat reagieren zu können. Damit dieses gewährleistet werden kann, nimmt das Thema HIV/AIDS mittlerweile eine zentrale Position auf der Entwicklungsagenda der Weltbank für das südliche Afrika ein. Bei allen laufenden und künftigen Projekten der Weltbank, ebenso wie bei den Länderunterstützungsstrategien („country assistance strategies“) wird daher eine HIV/AIDS-Komponente eingebaut und es werdeb die Folgen der Epidemie für die Projekte und Länderstrategien fortlaufend bewertet.²⁰²

Bereits durch die Einbeziehung aller Projekte und Länderstrategien in die Gesamtstrategie kommt deren multisektorale Ausrichtung zum Ausdruck. Ein weiteres Indiz für die multisektorale

¹⁹⁸ Vgl. World Bank (2000), S. 26f.

¹⁹⁹ World Bank (2000), S. 28.

²⁰⁰ Vgl. World Bank (2000), S. 28.

²⁰¹ Vgl. World Bank (2000), S. 28f.

²⁰² Vgl. World Bank (2000), S. 29f.

Ausrichtung stellt die Einrichtung des *AIDS Campaign Team for Africa* (ACTafrica) dar. Dieses Team dient der operationalen Unterstützung bei HIV/AIDS-typischen Aktivitäten in allen Sektoren:

*„ACTafrica will provide staff time of technical specialists who support task team leaders in the design, implementation, and evaluation of projects with HIV/AIDS components in all sectors [...]“*²⁰³

Die Aktivitäten, die von der Weltbank bereits zur Änderung anderer sozioökonomischer Verhältnisse durchgeführt werden, gleichzeitig aber auch zur Reduzierung der HIV/AIDS-Verbreitung beitragen, sind ebenfalls Teil der sektorübergreifenden Strategie. So soll - neben einer stärkeren HIV/AIDS-Sensitivität bei Reformen im Gesundheitssektor und einer Verbesserung der reproduktiven Gesundheit - die Bildung besonders für Mädchen gefördert werden:

*„Increased efforts in girls' education are needed now because young girls are disproportionately infected and affected by the epidemic [...]“*²⁰⁴

Desweiteren soll die Armut weiter reduziert werden indem u.a. ACTafrica in die allgemeinen Programme zur Armutsreduzierung eingebunden werden: *„ACTafrica will collaborate closely with the Bank's ongoing poverty alleviation efforts.“*²⁰⁵ Und schließlich wird die Notwendigkeit einer Ausdehnung der Gender-Initiativen betont:

„Important strides have been made to the status of women and their role in

*society; however, much work remains to be done to enable women to make decisions that protect them from HIV-infection, provide them with alternative means of protection, and afford them the economic freedom needed to survive.“*²⁰⁶

Um das dritte Zwischenziel (Ausdehnung der verfügbaren Ressourcen) zu erreichen, setzt die Weltbank „indirekte“ Maßnahmen ein. Sie dienen der Unterhaltung und Finanzierung jener Maßnahmen, die direkt bei den Ursachen und den Folgen der Epidemie ansetzen (Maßnahmen des ersten, zweiten und vierten Zwischenziels). Da die Weltbank von einer steigenden Nachfrage nach Unterstützung bei der Bekämpfung der Epidemie und ihren Folgen ausgeht, muß sie konsequenterweise auch mehr Ressourcen für diesen Bereich zur Verfügung stellen:

*„Mobilization within the Bank and at the country level will increase demand among African governments for Bank resources for HIV/AIDS activities.“*²⁰⁷

Aus diesem Grund sollen die Mittel, die für die Prävention, die medizinische und nicht-medizinische Hilfe bereitgestellt werden, erhöht werden. Mittel, die Geberländer der Weltbank bzw. UNAIDS beispielsweise in Form von Treuhandvermögen zur Verfügung stellen, sollen dafür erhöht werden. Aber auch innerhalb bestehender Länder- und Sektorbudgets der Weltbank soll, um eine hohe Flexibilität zu gewähren, jeweils ein Teil der Finanzmittel speziell für HIV/AIDS-Maßnahmen reserviert werden:

²⁰³ World Bank (2000), S. 31.

²⁰⁴ World Bank (2000), S. 33.

²⁰⁵ World Bank (2000), S. 33.

²⁰⁶ World Bank (2000), S. 34.

²⁰⁷ World Bank (2000), S. 35.

„In addition to the ACTAfrica core budget, country and sector directors will earmark money in their budgets specifically for HIV/AIDS activities. It is essential that funding comes directly from country and sector budgets to provide task team leaders with the flexibility they require.“²⁰⁸

Außerdem sollen Mittel von laufenden Projekten so umgelenkt werden, daß damit HIV/AIDS-Komponenten in die betreffenden Projekte eingebaut werden können. Darüber hinaus sollen neue, innovative Finanzierungsmöglichkeiten entwickelt und eine HIV/AIDS-Komponente in die HIPC-Initiative²⁰⁹ eingefügt werden, um den betroffenen Ländern die Chance zu geben, unabhängig von deren Schuldsituation ihre HIV/AIDS-Programme zu intensivieren.²¹⁰

Neben der Schaffung neuer Finanzierungsquellen und der Umlenkung bereits existierender Mittel sieht die Weltbank in der Nutzung des multisektoralen Ansatzes eine weitere Möglichkeit, die zur Verfügung stehenden Ressourcen auszudehnen. Die multisektorale Ausrichtung soll helfen, bereits existierende Weltbank-Projekte kostengünstig dahingehend zu verändern, daß die besonders anfälligen („vulnerable“) Teile der Bevölkerung besser erreicht werden können:

²⁰⁸ World Bank (2000), S. 35f.

²⁰⁹ Die HIPC-Initiative befaßt sich mit der Entschuldung der am stärksten verschuldeten Länder. Dabei müssen diese Länder ein Programm entwickeln, mit dem sie durch die Verwendung der eingesparten Zinszahlungen für die Versorgung mit Grundbedürfnissen, wie z.B. Ernährung und Bildung, die Entwicklung des Landes verbessern.

²¹⁰ Vgl. World Bank (2000), S. 36.

„Many ongoing projects in education, health and population, infrastructure, agriculture, and other sectors involve people who are vulnerable to contracting HIV. Integrating proven interventions against HIV/AIDS in ongoing projects would cost little, but it would greatly expand the number of people who hear the important message and gain access tools for prevention.“²¹¹

In der Praxis soll beispielsweise die HIV/AIDS-Aufklärung in bereits existierende Schul- und Trainingsprogramme integriert werden. Ebenso ist geplant, daß die Aufklärung - neben Aktivitäten wie der Kondomdistribution oder der Behandlung sexuell übertragbarer Krankheiten - in bestehende Projekte für besonders anfällige Arbeitnehmer und deren Familien aufgenommen wird.²¹²

Zur Mobilisierung weiterer Ressourcen will die Weltbank schließlich die internationale Gemeinschaft stärker einbinden. In diesem Zusammenhang fordert sie bei hochrangigen Treffen, wie die der G8-Staaten oder den jährlichen Weltbanktreffen, die Geberländer formell aber auch informell dazu auf, mehr finanzielle Unterstützung zu leisten. Sie versucht darüber hinaus, Kontakte zwischen den einzelnen Gebern zu schaffen und zu intensivieren, damit diese effektiver arbeiten können:

„Working in partnership with UNAIDS, other United Nations agencies, and international donors provides a much-needed synergism and results in less duplication of efforts.“²¹³

Um den privaten Sektor in die Ressourcenbeschaffung zu involvieren und

²¹¹ World Bank (2000), S. 37.

²¹² Vgl. World Bank (2000), S. 37f.

²¹³ World Bank (2000), S. 38.

Erfahrungen im Umgang mit der Epidemie und ihren Folgen auszutauschen, sollen zudem Treffen mit multinationalen Unternehmen organisiert werden.²¹⁴

Die Maßnahmen zur Erreichung des letzten Zwischenziels dienen der Verbreitung des verfügbaren Wissens und der Entwicklung zusätzlicher Mittel für die Prävention von HIV/AIDS. Die Weltbank beabsichtigt - neben der Förderung von Verhütungsmitteln, die von Frauen kontrollierbar sind - in Zusammenarbeit mit der 1996 gegründeten *Internationalen AIDS Vaccine Initiative* (IAVI) neue finanzielle Instrumente zur Stärkung des potentiellen Marktes für Impfstoffe und Mikrobizide²¹⁵ zu entwickeln. Diese Instrumente sollen den künftigen Markt für Impfstoffe so attraktiv gestalten, daß der private Sektor ermutigt wird zum jetzigen Zeitpunkt in die Forschung zu investieren. So bestehen beispielsweise Überlegungen den Unternehmen den Absatz zu garantieren:

„Another alternative is a financing infrastructure that facilitates the purchase of vaccines for poor countries once a vaccine or microbicide becomes available.“²¹⁶

Der Kauf und die Distribution der Präventionsmittel kann - so ein weiterer Vorschlag - durch einen Sozialfonds finanziert werden.

Um die Entscheidungsträger in den betroffenen Ländern und in den Geberorganisationen zu motivieren und um sie

mit Daten versorgen zu können, die sie benötigen, damit sie ihre knappen Ressourcen effektiv für die Bekämpfung der HIV/AIDS-Epidemie und ihrer Folgen investieren können, soll die Forschungsarbeit über die wirtschaftlichen Auswirkungen von HIV/AIDS unterstützt werden:

„Experience has shown that leaders want to know how HIV/AIDS will affect their country's future development and what it will cost to respond. In addition, the cost of non-response can serve as a powerful motivating tool.“²¹⁷

6.2 Wesentliche Merkmale der HIV/AIDS-Strategie des BMZ

Das BMZ stellt seine grundsätzliche Strategie zur Bekämpfung der HIV/AIDS-Epidemie in einem - unter Bundesentwicklungsminister *Spranger* (CSU) entwickelten - Positionspapier vom September 1998 vor.²¹⁸ Darin wird das Strategieziel für die Bekämpfung der HIV/AIDS-Epidemie und ihrer Folgen wie folgt beschrieben:

„Das Ziel der HIV/AIDS-Bekämpfung in EL [Entwicklungsländern, Anm.d.Verf.] besteht darin, durch Entwicklung, Umsetzung und Evaluierung von Präventions- und Kontrollmaßnahmen die Ausbreitung von HIV-Infektionen und AIDS zu verlangsamen. Zudem sollen die medizinischen, psycho-sozialen und wirtschaftlichen Auswirkungen der Epidemie auf die einzelnen Gesellschaften, die Gemeinden und Individuen vermindert werden.“²¹⁹

Zur Erlangung des Strategieziels werden alle Mittel aller Bereiche der

²¹⁴ Vgl. World Bank (2000), S. 38f.

²¹⁵ Unter Mikrobizide werden Substanzen zusammengefaßt, die Mikroben abtöten und auf diese Weise sexuell übertragbare Infektionen verhindern.

²¹⁶ World Bank (2000), S. 40.

²¹⁷ World Bank (2000), S. 40.

²¹⁸ Vgl. BMZ (1998b).

²¹⁹ BMZ (1998b), S. 7.

deutschen Entwicklungszusammenarbeit, d.h. die bilaterale Zusammenarbeit - Technische Zusammenarbeit (TZ) und Finanzielle Zusammenarbeit (FZ) - und die multilaterale Zusammenarbeit eingesetzt.²²⁰ Dabei umfaßt die multilaterale Zusammenarbeit des BMZ - neben dem deutschen Anteil an EU-Projekten und den Entwicklungsfonds der multilateralen Entwicklungsbanken- die Kooperation mit dem multisektoral ausgerichteten UNAIDS-Programm. Diese erfolgt in Form von Teilnahmen des BMZ an Planungs- und Evaluationsveranstaltungen, dem Aufbau gemeinsamer Forschungsprojekte und durch einen kontinuierlichen Erfahrungsaustausch.²²¹ Zusätzlich zu der Zusammenarbeit mit UNAIDS wird künftig auch die *International Partnership against AIDS in Africa* (IPAA)²²² von Seiten des BMZ durch

die Bereitstellung von deutschen Experten für die Mitarbeit an der Entwicklung abgestimmter Länderstrategien unterstützt.²²³

Innerhalb der bilateralen Zusammenarbeit liegt „[...] der Schwerpunkt der Maßnahmen im Bereich der heterosexuellen Prävention (*safer sex*).“²²⁴ So werden innerhalb der technischen Zusammenarbeit seit 1994 Beratungsteams aufgebaut, deren Aufgabe u.a. darin besteht, wirksame Präventionsprogramme weiterzuentwickeln und umzusetzen. Auch die finanzielle Zusammenarbeit wird zur Förderung der Prävention genutzt, indem sie sogenannte „Social-Marketing“-Vorhaben finanziert. Solche Vorhaben beinhalten - neben der Beschaffung und Verteilung preissubventionierter Kondome - auch die Aufklärung über die Risiken der HIV/AIDS-Übertragung und der Präventionsangebote.²²⁵

²²⁰ Zur näheren Erläuterung von bilateraler und multilateraler Zusammenarbeit vgl. Kap. 6.3. Den Angaben eines am 14.08.2000 in Bonn geführten persönlichen Gesprächs zwischen Herrn Dr. Schempp (Ref. 415, BMZ) und dem Verfasser dieser Arbeit zufolge, umfassen die zur Bekämpfung von HIV/AIDS bis 1999 bereitgestellten finanziellen Mittel (einschließlich bereits getroffener Zusagen) für die bilaterale Zusammenarbeit rund 400 Mio. DM (davon ca. 220 Mio. DM für die Region Sub-Sahara Afrika) bei annähernd gleicher Aufteilung zwischen technischer und finanzieller Zusammenarbeit. Für die multilaterale Zusammenarbeit wurden u.a. 31,5 Mio. DM UNAIDS als Treuhandmittel zur Verfügung gestellt.

²²¹ Vgl. BMZ (1998b), S. 5.

²²² Die 1999 gegründete IPAA wurde von sechs afrikanischen Staatschefs ins Leben gerufen und von UN-Generalsekretär *Kofi Annan* aufgegriffen. Ihre Aufgabe ist die Bündelung und Koordination der Kräfte aller an der Initiative beteiligten Gruppen (UNAIDS und Co-Sponsoren, OECD-Kontaktgruppe [u.a. Deutschland], afrikanische Staaten, nationale und internationale

NGOs, privater Sektor), mit dem Ziel, Länder und Zivilgesellschaften zu mobilisieren, politische Programme und finanzielle Ressourcen in Bezug auf die Bekämpfung der HIV/AIDS-Epidemie auszudehnen. Die IPAA wird keine eigenen Verwaltungsstrukturen aufbauen, sondern die vorhandenen Strukturen von UNAIDS nutzen. [Vgl. Wiezoreck-Zeul (2000), S. 2; UNAIDS (2000a), S. 2ff]

²²³ Vgl. Wiezoreck-Zeul (2000), S. 2.

²²⁴ BMZ (1998b), S. 4. Im Gegensatz zur Prävention stellt beispielsweise die französische Regierung die Therapie von AIDS-Patienten in den Mittelpunkt ihrer Entwicklungsstrategie. Vor diesem Hintergrund ist auch der Vorschlag des französischen Präsidenten *Chirac* auf dem G8-Treffen vom 21.-23.07.2000 in Nago auf Okinawa/Japan einzuordnen, wo er um die Einrichtung eines weltweiten Sozialfonds zur Finanzierung von AIDS-Therapien warb. [NZZ (2000b), S. 3]

²²⁵ Vgl. BMZ (1998b), S. 4.

Die Kooperation mit dem multisektoral ausgerichteten UNAIDS-Programm verweist bereits auf eine ebenso multisektoral ausgerichtete deutsche Strategie.²²⁶ Das Positionspapier bestätigt diese Ausrichtung:

„[...] [E]ine Auseinandersetzung mit der HIV/AIDS-Problematik [sic] [ist] nur mit sektorübergreifendem Ansatz sinnvoll.“²²⁷

Innerhalb des Positionspapiers kommt die multisektorale Ausrichtung in verschiedenen Bereichen, deren Integration in die Ansätze zur Bekämpfung von HIV/AIDS seitens des BMZ als notwendig erachtet werden, zum Ausdruck.

So werden beispielsweise im Gesundheitsbereich die Versorgungssysteme der betroffenen Länder im Diagnosebereich und infrastrukturell unterstützt, um die primäre Gesundheitsversorgung trotz der HIV/AIDS-Belastung weiter aufrecht erhalten zu können. Gleichzeitig soll innerhalb der Gesundheitsversorgung der Kontakt zu den gefährdeten Gruppen (Jugendliche, schwangere Frauen, STD-Patienten) zur Aufklärung genutzt werden. Darüber hinaus wird die Abgabe von Kondomen und die Möglichkeit freiwilliger HIV-Tests subventioniert. Seit 1996 unterstützt das BMZ durch ein eigenes überregionales Sektorprojekt und durch freiwillige Beiträge zum Tuberkulose-Kontrollprogramm der WHO die Kontrolle von Tuberkulose, der am häufigsten auftretenden opportunistischen Krankheit im südlichen Afrika.²²⁸

Innerhalb des Bildungswesens wird eine rechtzeitige sowie altersangemessene Sexualaufklärung und Information über reproduktive Gesundheit als notwendiger Teil der Grundbildung, aber auch der gruppenspezifischen Bildung (Analphabeten, Polizei, Militär), angesehen. Dabei wird die Schulung der Trainer und die Arbeit mit Elterngruppen zur Verbesserung sowohl des eigenen Aufklärungsstandes als auch zur Verbesserung ihrer Kommunikationskompetenz für sexuelle Themen als vorrangig eingestuft.²²⁹

Im Rahmen der ländlichen Entwicklung und der sollen Reformen der Verwaltung und des öffentlichen Sektors und die damit einhergehende Dezentralisierung genutzt werden, um sowohl die Planungshoheit als auch das Budget für die HIV/AIDS-Bekämpfung auf die Provinz- und kommunale Ebene zu verlagern. Denn: „*Demokratisch legitimierte und engagierte lokale Regierungs- und Verwaltungsstrukturen sind für eine Gemeindemobilisierung wichtig.*“²³⁰

Desweiteren wird die Schaffung eines rechtlich-politischen Rahmens, der eine Diskriminierung von HIV/AIDS-Patienten unterbindet und die Stellung der Frau in der Gesellschaft verbessert als Voraussetzung für eine umfassende HIV/AIDS-Bekämpfung angesehen:

„*Der Schaffung eines rechtlich-politischen Rahmens für eine umfassende HIV/AIDS-Bekämpfung kommt eine Schlüsselrolle zu. [...] Darunter würden auch spezielle Verordnungen und Gesetze fallen zum Schutz des Erbes von (AIDS-) Waisen oder die Mög-*

²²⁶ Vgl. BMZ (1998b), S. 5.

²²⁷ BMZ (1998b), S. 9.

²²⁸ Vgl. BMZ (1998b), S. 9f.

²²⁹ Vgl. BMZ (1998b), S. 10f.

²³⁰ BMZ (1998b), S. 11.

*lichkeit für Ehefrauen, das Land ihres verstorbenen Partners zu erben.*²³¹

Als besonders notwendig wird die Reduzierung der Armut mit ihren verbreitungsfördernden Auswirkungen, wie z.B. wirtschaftliche Abhängigkeit oder Prostitution eingestuft, so daß dies bereits in der Zielsetzung genannt wird:

*„Aspekte der Überwindung der Armut gehören [...] in die Zielsetzung von Bekämpfungsmaßnahmen.“*²³²

Im Bereich des informellen Sektors sieht das BMZ eine große Möglichkeit mit solchen Personen, die von anderen Sektoren, z.B. dem Bildungssektor und der Administration nicht oder nur marginal erreicht werden in Kontakt zu treten. Aus diesem Grunde stellen u.a. Prostituierte, Bar- und Bordellbesitzer als „einflußreiche“ Personen des informellen Sektors, besonders wichtige Adressaten der Präventionsmaßnahmen dar.²³³

Schließlich wird die HIV-Präventionsarbeit als notwendiger Bestandteil der Nothilfe- und Flüchtlingsarbeit und bei großen Migrationsbewegungen (z.B. aufgrund großer Bauvorhaben) angesehen.²³⁴

Unter der Überschrift „Besondere Aspekte“ hebt das BMZ, neben weiteren Aspekten die ergänzende Rolle, die der private Sektor übernehmen sollte, hervor:

*„[...] [D]er öffentliche Sektor [wird] auch langfristig seinem Versorgungsauftrag im Sinne einer effizienten und flächendeckenden Bereitstellung präventiver und kurativer Maßnahmen nicht allein nachkommen können. Dem Privatsektor kommt daher in Ergänzung zum Angebot des öffentlichen Sektors eine zentrale Rolle zu, insbesondere im Bereich präventiver Maßnahmen.“*²³⁵

Zwar beschreibt das Positionspapier des BMZ bereits 1998 die multisektorale Ausrichtung, eine konsequente Umsetzung erfährt die deutsche Entwicklungszusammenarbeit diesbezüglich jedoch erst seit kurzer Zeit. Veranlaßt durch die im vorangegangenen Kapitel beschriebene Weltbank-Strategie, die HIV/AIDS-Komponenten in allen Programmen und Projekten vorsieht, erklärte Bundesentwicklungsministerin *Wieczorek-Zeul* im Juli 2000 die AIDS-Bekämpfung zu einer Querschnittsaufgabe der gesamten deutschen Entwicklungszusammenarbeit:

*„In allen Projekten - nicht nur auf dem Gesundheitssektor, sondern auch im Bildungsbereich, in der Landwirtschaft, der Gewerbe- und Industrieförderung oder bei Infrastrukturmaßnahmen - sprechen unsere Entwicklungsexperten mit den Partnern das Thema AIDS an. Alle Büros der Deutschen Gesellschaft für technische Zusammenarbeit (GTZ) stellen Aufklärungsmaterial und teilweise auch Kondome bereit.“*²³⁶

Darüber hinaus wird innerhalb der Länder- und regionalen Programmkonzepte sowie bei laufenden und neuen Projekten der GTZ eine Prüfung möglicher Maßnahmen zur HIV/AIDS-

²³¹ BMZ (1998b), S. 11. Hierzu vergleiche Kap. 3 dieser Arbeit.

²³² BMZ (1998b), S. 7. Hierzu vgl. Kap. 3 dieser Arbeit.

²³³ Vgl. BMZ (1998b), S. 11.

²³⁴ Vgl. BMZ (1998b), S. 12. Hierzu vgl. Kap. 3 dieser Arbeit.

²³⁵ BMZ (1998b), S. 12f.

²³⁶ *Wieczorek-Zeul* (2000), S. 2.

Prävention und zur Linderung der Folgen vorgenommen.²³⁷

6.3 Vergleich der Strategien

Der folgende Vergleich der Strategien von Weltbank und BMZ gestaltet sich vor dem Hintergrund der in Kapitel 3 vorgestellten Wirkungskette der Verbreitung von HIV/AIDS. Um die Strategien angemessen bewerten zu können, bedarf es an dieser Stelle einer kurzen Vorstellung des Aufbaus und der Aufgaben der beiden Einrichtungen: Genau genommen versteht man unter der Weltbank nicht eine einzelne Institution, sondern die „Weltbankgruppe“, die ihrerseits fünf Einzelorganisationen umfaßt.²³⁸ Die vorrangige Aufgabe der Weltbank besteht in der Gewährung von Finanzhilfen, welche die fünf Einzelorganisationen jeweils zu unterschiedlichen Konditionen und nur für bestimmte Zwecke oder Länder bereitstellen. Eine Ausnahme bildet in diesem Zusammenhang die IDA, die seit den 1980er Jahren neben der finanziellen Hilfe auch technische Hilfe leistet. Aufgrund ihrer internationalen Organisationsform bezeichnet man die Weltbank als einen multilateralen Geber, bei dem jedoch - im Gegensatz zu anderen Organisationen der *Vereinten Nationen* (UN), die ebenfalls als multilaterale Geber fungieren - das Stimm-

recht nicht für alle Staaten gleich, sondern nach Kapitalanteilen gewichtet ist.

Das BMZ ist als eigenständiges Ministerium Bestandteil der deutschen Regierung. Die Aufgaben des BMZ umfassen die Konzeption, Durchführung und Evaluierung der bilateralen (technische und finanzielle Zusammenarbeit) und der multilateralen Zusammenarbeit. Die Bundesrepublik Deutschland unterstützt sämtliche multilateralen Institutionen mit insgesamt ca. 30% ihrer öffentlichen Entwicklungshilfe.²³⁹ Die übrigen 70% werden bilateral vergeben, d.h. die Leistungen werden direkt zwischen dem BMZ und dem Partnerland transferiert. Somit unterliegt die geleistete bilaterale Hilfe der unmittelbaren Entscheidungsgewalt der Bundesrepublik Deutschland.²⁴⁰

Vergleicht man die Strategien der Weltbank und des BMZ miteinander, so ist es notwendig, die oben genannten unterschiedlichen Ansiedlungen der Organisationen innerhalb der internationalen Entwicklungspolitik zu berücksichtigen. So müssen bei einer multilateralen Organisation, wie die Weltbank eine ist, die unterschiedlichen Standpunkte einzelner Länder koordiniert werden. Beispielsweise gehört Frankreich zu den fünf Ländern, die die höchsten Kapitalanteile an der Weltbank halten (G5-Länder) und somit über einen relativ hohen Stimmenanteil verfügen. Berücksichtigt man, daß die französische Regierung neben der Prävention auch der Behandlung von HIV/AIDS eine bedeutende Rolle zuspricht und die Finanzierung

²³⁷ Vgl. GTZ (2000a), S. 1.

²³⁸ Bei den fünf Organisationen, die der Weltbankgruppe angehören, handelt es sich um die Internationale Bank für Wiederaufbau und Entwicklung (IBRD) (fälschlicherweise häufig mit der Weltbank gleichgesetzt), die Internationale Entwicklungsorganisation (IDA), die Internationale Finanz-Corporation (IFC), die Multilaterale Investitionsagentur (MIGA) und die Globale Umweltfazilität (GEF).

²³⁹ Vgl. Nuscheler (1996), S. 458ff.

²⁴⁰ Vgl. Nohlen (1998), S. 98.

der benötigten Medikamente vorzugsweise durch einen Sozialfonds gesichert sähe,²⁴¹ überrascht es nicht, daß beide Punkte auch Teil der Weltbankstrategie sind. So umfaßt die erste Maßnahme zur Ausdehnung der verfügbaren Ressourcen - neben der Prävention und der Hilfe - auch die Behandlung von HIV/AIDS: „*Increase Funding for HIV/AIDS Prevention, Care, and Treatment*“²⁴². Die Finanzierungsform durch einen Fonds wird in Zusammenhang mit dem Ankauf von Impfstoffen und Mikrobiziden erwähnt (vgl. Kap. 6.1). Im Gegensatz dazu kommt keine der beiden Maßnahmen in der deutschen Bekämpfungsstrategie zum Ausdruck, denn die Strategie des BMZ stellt - wie in Kapitel 6.2 zitiert wird - die Präventions- und Kontrollmaßnahmen zur Verlangsamung der Ausbreitung von HIV-Infektionen in den Vordergrund.

Da die „französische“ Maßnahme, die Vergabe von lindernden Medikamenten wie z.B. AZT, handelt es sich nur im Falle der vertikalen Transmission (Mutter-Kind-Übertragung) um die Reduzierung der Wahrscheinlichkeit einer HIV-Infektion. Denn wie bereits in Kapitel 2.1 beschrieben wurde, wirkt AZT in diesem Fall präventiv. Aus diesem Grund kann die Vergabe von lindernden Medikamenten nicht in die Wirkungskette der heterosexuellen Verbreitung eingeordnet werden.

Die Förderung der Forschung nach Impfstoffen und heilenden Medikamenten hingegen kann sehr wohl in die Wir-

kungskette eingeordnet werden. Dieser Maßnahmenbereich, der von Seiten der Weltbank explizit dargestellt wird (vgl. Kap. 6.1), innerhalb der deutschen Strategie jedoch keine Erwähnung findet, setzt bei den unabhängigen Verbreitungsfaktoren der Wirkungskette an. Man versucht demnach, die Unbeeinflussbarkeit der unabhängigen Verbreitungsfaktoren aufzubrechen (vgl. Kap. 3.1). Denn im Falle einer möglichen Impfung gegen das HI-Virus wird die biologische Wahrscheinlichkeit infiziert zu werden, auf medizinischem Wege reduziert. Die Eigenschaft der Unbeeinflussbarkeit würde somit aufgehoben und die Wahrscheinlichkeit einer HIV-Infektion wäre fortan vom Verhalten der Individuen, d.h. von der Tatsache ob sie sich impfen lassen oder nicht, abhängig. Bei einer möglichen Heilung der Krankheit würde sich die Wahrscheinlichkeit einer Infizierung dadurch reduzieren, daß bei einem unverändertem Sexualverhalten die Wahrscheinlichkeit auf eine infizierte Person zu treffen sinken würde.

Wird - wie bereits beschrieben - der Versuch unternommen, durch Absatzgarantien für künftig entwickelte Seren oder heilende Medikamente die privaten Unternehmen zu Investitionen in die Forschung zu ermutigen, so würde im Falle einer möglichen Impfung oder heilenden Behandlung auf der Ebene der verbreitungsfördernden Zustände eingegriffen. Denn eine Absatzgarantie impliziert, daß der Staat die Seren bzw. Medikamente erwirbt und diese unter Berücksichtigung sozialer Ziele an die Bevölkerung weitergibt. Somit würde die Folge geringer Einkommen (verbreitungsför-

²⁴¹ Vgl. dazu im Kapitel 6.2 die Fußnote Nr. 224.

²⁴² World Bank (2000), S. 35.

dernder Zustand), d.h. die ablehnende Haltung gegenüber den Impfungen und Medikamenten aufgehoben. Im Gegensatz dazu würde eine direkte Förderung der Forschung, z.B. durch direkte Subvention, den verbreitungsfördernden Zustand geringer Einkommen unberücksichtigt lassen, mit der Folge, daß sich nur Personen aus Haushalten mit einem ausreichenden Einkommen impfen bzw. heilen lassen können.

In Bezug auf den Maßnahmenbereich der „Vermittlerrolle“ (vgl. Kap. 6.1) besteht kein grundsätzlicher Unterschied zwischen der Weltbank und dem BMZ. Allerdings liegt wiederum ein durch die unterschiedlichen Organisationsformen bedingter Unterschied in der Komplexität der entwicklungspolitischen Maßnahmen und dem Gesamtvolumen vor. So übernimmt die deutsche Seite zwar gewisse Vermittlertätigkeiten, jedoch in einem wesentlich geringeren quantitativen und qualitativen Umfang, als dies der Weltbank möglich ist. Beispielsweise hat die GTZ am 29.06.2000 in Kooperation mit dem *Afrika-Verein*²⁴³ in Eschborn eine Informationsveranstaltung im engeren Kreise für private Unternehmen zum Thema „AIDS als limitierender Produktionsfaktor“ veranstaltet. Auf dieser Tagung wurde der private Sektor zu einer stärkeren Partizipation an den Aktivitäten zur Bekämpfung von HIV/AIDS aufgerufen.

Als multinationale Institution steht die Weltbank mit fast allen Ländern in direktem Kontakt, d.h. sowohl mit der Geberseite als auch mit der Nehmerseite. Durch diese zentrale Position verfügt die Weltbank im Vergleich zum BMZ über wesentlich mehr Einfluß. Diesen Einfluß macht sie - wie sie es innerhalb ihrer Strategie deutlich zum Ausdruck bringt - gegenüber den multinationalen Unternehmen geltend, wenn sie beabsichtigt, nicht nur mit den afrikanischen Führungspersonen in einen Dialog treten, sondern gleichzeitig auch den privaten Sektor zu mobilisieren (vgl. Kap. 6.1).

In diesem Zusammenhang ist es von der Funktion der Personen bzw. Organisationen, die zur Nachfrage bzw. Bereitstellung zusätzlicher Unterstützung ermutigt werden abhängig, an welcher Stelle in den Ablauf der Wirkungskette eingegriffen wird. Grundsätzlich läßt sich feststellen, daß alle Vermittlertätigkeiten indirekt auf die Verbreitung von HIV/AIDS Einfluß nehmen, d.h. daß nicht die Vermittlertätigkeiten es sind, die die Wahrscheinlichkeit einer HIV-Infektion reduzieren, sondern die Maßnahmen die von der kontaktierten Person oder Organisation ergriffen werden. So kann die Politikbeeinflussung auf hoher Ebene zwar bewirken, daß die politische Führung des Landes bestimmte nationale Verbreitungsfaktoren (z.B. die gesellschaftliche Stellung der Frau) ändert, die Weltbank selber ist dazu aber nicht in der Lage. Gleiches gilt für Eingriffe in die Wirkungskette auf weiter unten gelegenen Ebenen. Gelingt es beispielsweise der GTZ, einen Unternehmer über die positiven Folgen von Präventionsmaßnahmen in seinem Betrieb zu überzeugen

²⁴³ „Der Afrika-Verein ist der Außenwirtschaftsverband der deutschen Unternehmen und Institutionen mit wirtschaftlichem Interesse an den Staaten des afrikanischen Kontinents. Der Verein informiert über diese Länder, stellt Kontakte her und vertritt die Interessen seiner Mitglieder im In- und Ausland.“ [Afrikaverein (1999), S.1.]

gen, so obliegt die Einführung und Unterhaltung und damit letztlich der tatsächliche Eingriff in die Wirkungskette dem Unternehmer.

Die Stärkung der eigenen Kapazitäten, von der Weltbank-Strategie als explizites Zwischenziel herausgestellt und seitens der deutschen Entwicklungszusammenarbeit über die Einführung der Bekämpfung von HIV/AIDS als Querschnittsaufgabe verfolgt, stellt sich ebenfalls als eine indirekte Beeinflussung der Verbreitung von HIV/AIDS dar. Denn der Einbau der HIV/AIDS-Komponenten in die Programme und Projekte bewirkt noch keine Reduzierung der Wahrscheinlichkeit einer HIV-Infektion. Erst wenn die Programme angewendet und Projekte durchgeführt werden, kann es zu einer Verbesserung der Situation kommen. Deutlich wird dieser Aspekt anhand der letzten Regierungsverhandlungen, die vom 24.-26. Juli 2000 zwischen Südafrika und dem BMZ in Pretoria ausgehandelt wurden. Beide Seiten vereinbarten u.a. überall dort, wo es innerhalb der Entwicklungszusammenarbeit sinnvoll erscheint, eine HIV/AIDS-Komponente einzubauen:

„Both sides considered the current co-operation programme as well placed to include HIV/AIDS prevention features wherever appropriate. It was therefore agreed to address HIV/AIDS as a cross-cutting issue in development co-operation.“²⁴⁴

Allein diese Vereinbarung stärkt bereits die Kapazitäten, verringert aber nicht die Wahrscheinlichkeit einer Infektion.

Hinsichtlich der Einbeziehung des privaten Sektors unterscheiden sich die Strategien von Weltbank und BMZ. Die Weltbank versucht, privatwirtschaftliche Unternehmen dahingehend zu mobilisieren, daß sie Präventionsprogramme am Arbeitsplatz installieren, also eigenständig gegen die Verbreitung von HIV/AIDS vorgehen. Hingegen spricht das Positionspapier des BMZ von 1998 dem Privatsektor nur eine unterstützende Funktion bei Vorhaben zu, die vom öffentlichen Sektor geplant und gesteuert werden, deren Ausführung der private Sektor jedoch besser bewerkstelligen kann (z.B. die Distribution von Kondomen).²⁴⁵ Jedoch scheint sich die deutsche Haltung, nach dem Regierungswechsel im Herbst 1998 bezüglich der Einbeziehung des privaten Sektors in die Richtung der Weltbank zu bewegen. Das zeigt zum einen die Informationsveranstaltung der GTZ (vgl. Kap. 6.3), in deren Verlauf an die Privatwirtschaft appelliert wurde, sich im Rahmen von Projekten der Public-Privat-Partnership (PPP) an der Bekämpfung von HIV/AIDS und den Folgen zu beteiligen. Zum anderen kommt dieser Richtungswechsel in dem Statement der Bundesentwicklungsministerin *Wieczorek-Zeul* zu den entwicklungspolitischen Ansätzen bei der AIDS-Bekämpfung zum Ausdruck:

„Bei der Bekämpfung von AIDS sind alle gefordert. Auch die Wirtschaft muss Verantwortung übernehmen.“²⁴⁶

In solchen Fällen, wo die privaten Unternehmen aktiv an der Prävention

²⁴⁴ BMZ (2000), S. 9.

²⁴⁵ Vgl. BMZ (1998b), S. 12.

²⁴⁶ *Wieczorek-Zeul* (2000), S. 2f.

mitarbeiten, setzten die Maßnahmen auf der Ebene des Verhaltens der Individuen an. Im Gegensatz dazu kann bei einer Einbeziehung des privaten Sektors im Sinne des deutschen Positionspapiers kein direktes Eingreifen in den Verbreitungsverlauf festgestellt werden, da es sich um reine Unterstützungsmaßnahmen öffentlicher Vorhaben und nicht um zusätzliche Maßnahmen handelt (vgl. Kap. 6.2)

Trotz der oben aufgeführten Strategiebereiche, die entweder nur von der Weltbank unterstützt werden (medikamentöse Behandlung von HIV, Förderung der Forschung nach Impfstoffen) oder deren deutscher Umfang wesentlich geringer ist (Vermittlerrolle, Stärkung der eigenen Kapazitäten, Mobilisierung des privaten Sektors), kann von einer weitgehenden Übereinstimmung der angewandten Maßnahmen gesprochen werden. Denn dadurch, daß sowohl die Weltbank als auch das BMZ unter Berücksichtigung der prioritären Bedeutung der Prävention die konsequente Anwendung des multisektoralen Ansatzes auf alle Programme und Projekte propagieren, muß es konsequenterweise zu Übereinstimmungen in der Durchführung kommen.

Die Prävention wird in Abhängigkeit von der durchgeführten Maßnahme auf verschiedenen Ebenen der Wirkungskette angestrebt. Beispielsweise greifen Aufklärungsmaßnahmen zur Sexualität und zur Vermeidung sexuell übertragbarer Infektionen - vorgestellt in Schulen, Gemeinden oder Betrieben - erst auf der untersten Ebene der Wirkungskette beim Verhalten der Individuen ein. Demgegenüber bewirkt die Ver-

besserung der Bildung, die ebenfalls von beiden Institutionen angestrebt wird, eine Änderung eines verbreitungsfördernden Zustandes und damit ein Eingreifen in die Wirkungskette bereits eine Stufe oberhalb des Verhaltens der Individuen. Gleiches gilt für die Einbeziehung der HIV/AIDS-Komponente in Projekte zur Förderung der Dezentralisierung und Stärkung der kommunalen Verwaltungen. Denn erst wenn eine fachlich kompetente und finanziell eigenständige Kommunalverwaltung vorhanden ist, können verhaltensändernde Maßnahmen auf Gemeindeebene durchgeführt werden. Noch eine Stufe höher greifen die Maßnahmen zur Armutsreduzierung oder zum Genderaspekt in die Wirkungskette ein. Durch sie wird versucht, bereits den verbreitungsfördernden Zuständen die Grundlage (Armut des Landes, gesellschaftliche Stellung der Frau) zu entziehen, um auf diese Weise den Individuen einen größeren Einfluß auf ihr eigenes Verhalten zu ermöglichen. Beispielsweise bräuchten sich die Frauen nicht mehr zu prostituieren bzw. sie könnten den Gebrauch von Kondomen durchsetzen.

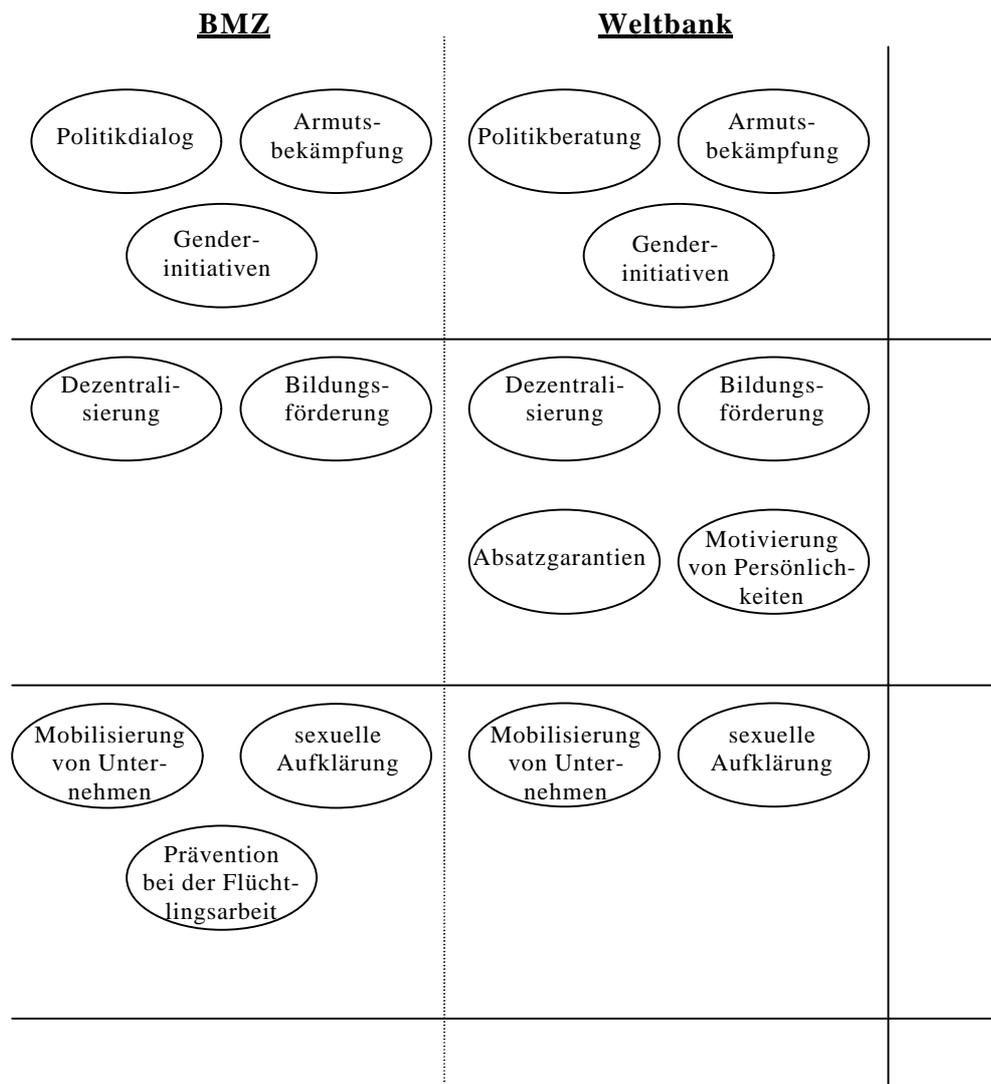
Die Maßnahmen, die seitens des BMZ (die Weltbank läßt diesen Punkt unbeachtet) in Bezug auf die Nothilfe- und Flüchtlingsarbeit ergriffen werden, beziehen sich wiederum auf die unterste Ebene, der in Kapitel 3 beschriebenen Wirkungskette, da sie auf das Verhalten der betroffenen Personen abzielen und nicht auf die Vermeidung der Ursache, d.h. die kriegerischen Auseinandersetzungen.

Zusammenfassend läßt sich feststellen, daß das BMZ im Vergleich zur

Weltbank - bedingt durch deren ent-
wicklungspolitische Position - über eine
weniger umfassende Strategie verfügt.
Das BMZ versucht zwar auf allen Ebe-

den Versuch die Unbeeinflußbarkeit der
unabhängigen Verbreitungsfaktoren z.B.
durch Forschungsförderung aufzubre-
chen. Die Weltbank faßt hingegen in

**Abbildung 13: Ergriffene Maßnahmen zur Bekämpfung der
heterosexuelle Verbreitung von HIV/AIDS**



Maßnahmen, die den Strang der unabhängigen Verbreitungsfaktoren betreffen (Forschungsförderung), nur bei vertikaler Transmission präventiv wirken (Ausgabe von lindernden Medikamenten), die Grundlage für ein Eingreifen der Geber (Stärkung der eigenen Kapazitäten) oder die technische Grundlage für den Vollzug von Verhaltensänderungen erst schaffen (Distribution von Kondomen) sind, aus Gründen der Überschaubarkeit, nicht in das Schaubild integriert worden.

Quelle: Eigene Darstellung.

nen in die Wirkungskette der Verbrei-
tung einzugreifen, unternimmt aber nicht

ihrer Strategie weitgehend alle - dem
heutigem Wissenschaftstand nach - gän-

gigen Maßnahmen zusammen. Komprimiert dargestellt wird dies in Abbildung 13.

6.4 Praktische Umsetzung der Strategie des BMZ innerhalb der bilateralen Entwicklungszusammenarbeit

In der Vergangenheit wurde die HIV/AIDS-Strategie des BMZ hauptsächlich mit Hilfe von Projekten des Gesundheitsbereichs umgesetzt. Die Vorgabe von Bundesentwicklungsministerin *Wieczorek-Zeul*, HIV/AIDS als eine Querschnittsaufgabe zu behandeln (vgl. Kap. 6.2) führt jedoch dazu, daß nunmehr alle Projekte der bilateralen Zusammenarbeit die Bekämpfung von HIV/AIDS und die Reduzierung der Folgen für die Bevölkerung zumindest zu thematisieren müssen. Die GTZ hat diesbezüglich HIV/AIDS bereits im Dezember 1999 durch den *Oberen Führungskreis* (OFK) zu einem „Kristallisationspunkt“ der Entwicklungszusammenarbeit erklärt:

*„Für Länder- oder regionale Programmkonzepte ist daher zu überprüfen, ob und inwieweit HIV/AIDS-Prävention bzw. die Abmilderung der Folgen dieser Pandemie in das Portfolio aufgenommen werden kann. Ebenso ist bei laufenden Projekten sowie Neuprüfungen und Verlängerungen zu untersuchen, wie die Schnittstelle mit der Epidemie aussieht und welche präventiven oder unterstützenden Maßnahmen ergriffen werden können.“*²⁴⁷

Als zentrale Koordinierungs- und Beratungsstelle operiert in diesem Zusammenhang das Sektorprojekt „AIDS-Bekämpfung in Entwicklungsländern“.²⁴⁸

Da die multisektorale Ausrichtung der HIV-Prävention ein relativ neues Konzept darstellt, liegen Dokumentationen bezüglich Einführung, Verlauf und Erfolg der Maßnahmen zum gegebenen Zeitpunkt nur in sehr geringem Umfang vor.²⁴⁹ Aus diesem Grunde werden sich die weiteren Ausführungen zu den Präventionsmaßnahmen von HIV-Infektionen weitestgehend auf Projekte des Gesundheitssektors stützen.

Ziel der bilateralen Zusammenarbeit in Bezug auf die Verbreitung von HIV/AIDS ist es, durch den Einsatz von Maßnahmen zur Prävention die weitere Ausbreitung von HIV/AIDS zu verhindern und langfristig eine Reduzierung der HIV-Prävalenz innerhalb der gesamten Bevölkerung zu erreichen. In diesem Zusammenhang können die Maßnahmen der Prävention in drei Bereiche eingeteilt werden:

- Verhaltensänderungen
- Kondom-Promotion und Vermarktung

²⁴⁹ In einem persönlichen Gespräch, das der Verfasser dieser Arbeit am 30.03.2000 mit Herrn Dr. Morr, Mitarbeiter der GTZ bei dem überregionalen Sektorprojekt „HIV/AIDS Prävention und Kontrolle in Entwicklungsländern“ in Eschborn, geführt hat, bestätigte dieser, daß zum genannten Zeitpunkt zwar bereits einzelne AIDS-Projekte mit multisektoraler Ausrichtung bestanden, die Organisationen der Entwicklungszusammenarbeit sich aber bezüglich der multisektoralen Ausrichtung grundsätzlich noch in einem Stadium der Koordinierung befanden. So dient beispielsweise ein Projekt in Malawi zum einen der Suche nach Schnittstellen der übrigen Projekte innerhalb des Landes mit der Epidemie und zum anderen als Koordinationsstelle zwischen den Projekten und den verschiedenen Fachministern.

²⁴⁷ GTZ (2000a), S. 1.

²⁴⁸ Vgl. GTZ (2000a), S. 1.

- Kontrolle und Behandlung anderer STDs²⁵⁰

Als Instrumente zur Vorstellung und Einführung der Maßnahmen dienen zum einen IEC (Information, Education, Communication)-Programme und zum anderen zielgruppenspezifische Interventionen.

Mittels der IEC-Programme soll die Bevölkerung zu Änderungen bezüglich ihres Sexualverhaltens („Safer Sex“) animiert werden. Desweiteren sollen die Programme dazu beitragen, ein soziales Umfeld zu schaffen, in dem die Hilfe für die betroffenen Personen und die Präventionsmaßnahmen greifen können. Aus diesem Grund werden oftmals in einem ersten Schritt die Informationen, die für die gesamte Bevölkerung bestimmt sind, durch Massenmedien, wie z.B. Radio, Zeitungen, Bücher, Plakate, Pop-Musik oder Theaterstücke verbreitet.²⁵¹ Bei der Verbreitung von Informationen, die den Zweck haben Verhaltensänderungen herbeizuführen, ist die Beachtung des soziokulturellen Umfeldes für den Erfolg der Kampagne von besonderer Bedeutung:

„In Burkina Faso wird die Tradition der Dorfsängerinnen genutzt: Einheimische Frauen leisten auf diese Weise Aufklärungsarbeit. In Cote d’Ivoire wurde eine Fernsehserie produziert. Sie erhielt mehrere internationale Preise und ist in vielen Ländern Westafrikas mit großem Publikumserfolg ausgestrahlt worden.“²⁵²

Obwohl die Informationen also durch Massenmedien übermittelt werden, besteht dennoch keine Gewähr, daß alle Bevölkerungsteile erreicht werden. So verfügt nicht jeder über ein Radio, geschweige denn über ein Fernsehgerät. Informationen, die über Printmedien verbreitet werden sind nur Personen zugänglich, die lesen können oder den Text vorgelesen bekommen. Gerade aus diesem Grund fällt der interpersonellen Kommunikation im Rahmen der Aufklärungsarbeit eine bedeutende Rolle zu. Denn sowohl Erwachsene als auch Jugendliche können beispielsweise bei Klinikaufenthalten oder Hausbesuchen von dem Pflegepersonal über die Gefahren von HIV/AIDS und den Möglichkeiten der Prävention informiert werden.

Eine besondere Form der interpersonellen Kommunikation stellt die „Peer-Education“ dar.²⁵³ Sie wird in der Hauptsache zur Beeinflussung von Zielgruppen mit risikoreichem Sexualverhalten verwandt, wie z.B. Prostituierte, LKW-Fahrer, Arbeitsmigranten und Jugendliche, die alle eine hohe Promiskuität aufweisen. „Peers“, d.h. Menschen, die ebenfalls aus der Zielgruppe stammen, klären hier die übrigen Mitglieder der Zielgruppe auf, weil deren Nähe und Authentizität eine viel stärkere Wirkung hat, als die Aufklärung und Interventionen von „externen“ Trägern.²⁵⁴ In Burkina Faso führen beispielsweise sogenannte „Peer Counsellor“ die Aufklärungsarbeit mit Jugendlichen im Zuge eines GTZ-Projektes zur Förderung der reproduktiven Gesundheit

²⁵⁰ Vgl. Vogel (1999), S. 132; D’Cruz-Grote (1997), S. 13.

²⁵¹ Vgl. D’Cruz-Grote (1997), S. 17.

²⁵² Wieczorek-Zeul (2000), S. 2.

²⁵³ Vgl. D’Cruz-Grote (1997), S. 18.

²⁵⁴ Vgl. Vogel (1999), S. 132.

durch. Dabei beraten die „Peer Counsellor“ und weitere Schülerinnen und Schüler ihre Altersgenossen zu Fragen der reproduktiven Gesundheit einschließlich HIV/AIDS.

Gleichzeitig werden im Rahmen dieses Projektes neben massenmedialer Informationsverbreitung (Filmvorführungen, öffentliche Diskussionen, Konferenzen, Radiospots, Theaterstücke) in dem projektzugehörigen Gesundheitszentrum Beratungsgespräche geführt, sexuell übertragbare Krankheiten behandelt und Kondome durch die „Peers“ ausgegeben.²⁵⁵

Bei der Promotion von Kondomen beschreiten die Projekte der Technischen Zusammenarbeit wiederum die beiden Wege der IEC-Programme und der zielgruppenspezifischen Interventionen, um an die potentiellen Konsumenten von Kondomen heranzutreten. Mittels der IEC-Programme soll die breite Bevölkerung über die Bedeutung und die richtige Verwendung von Kondomen informiert werden, denn gerade in ländlichen Gegenden ist es häufig schwierig, korrekte Informationen zu erhalten. In diesem Zusammenhang sollen gerade die Männer mehr in die Aufklärungsarbeit einbezogen werden, da diese zumeist die Sexualbeziehungen bestimmen.²⁵⁶ Darüber hinaus wird versucht, die soziale Umwelt dahingehend zu verbessern, daß den Frauen die Durchsetzung der Verwendung von Kondomen erleichtert wird. Auf diese Weise soll sich das Kondom langfristig zum festen Bestandteil des Sexuallebens entwickeln. Als problema-

tisch hat sich zum einen dabei die ablehnende Haltung gegenüber Kondomen von Seiten religiöser Führer und zum anderen die zum Teil falschen Informationen staatlicher Repräsentanten erwiesen.²⁵⁷

Im Vergleich zur Promotion von Kondomen über die IEC-Programme zielt die Promotion innerhalb von Zielgruppen darauf ab, daß die Personen der Zielgruppen, d.h. beispielsweise Prostituierte und deren Kunden, die Kondome regelmäßig verwenden, um den Gesamteffekt - nämlich die Eingrenzung der Epidemie - zu erreichen. Hintergrund für die Durchführung von Maßnahmen innerhalb von Zielgruppen ist die Überlegung, daß Personen mit häufigem Partnerwechsel einer höheren Wahrscheinlichkeit unterliegen, sich mit HIV zu infizieren und die Infektion auf viele Personen übertragen. Demzufolge fungieren diese Personenkreise im Verbreitungsablaufs als Multiplikatoren. Erfolgreiche Zielgruppeninterventionen gewähren somit eine hohe Effizienz. Auch innerhalb der Zielgruppen werden vorzugsweise - wie im obigen Beispiel beschrieben - „Peers“ eingesetzt.²⁵⁸

Neben der Promotion von Kondomen fördern die Projekte der bilateralen

²⁵⁵ Vgl. GTZ (2000b), S. 1f.

²⁵⁶ Vgl. Kap. 3.2.1; BMZ (1998b), S. 8.

²⁵⁷ Vgl. D'Cruz-Grote (1997), S. 15. Während eines Workshops zur multisektoralen Ausrichtung eines Projektes zur Nahrungssicherung im Mwingi Distrikt/Kenia im April 1996 vertrat beispielsweise ein Repräsentant des Gesundheitsministerium die Meinung, daß Kondome feine Poren hätten, durch die die Viren durchschlüpfen könnten, bzw. daß es bestimmte Kondom-Marken gäbe, die den Virus bereits in sich tragen. [Vgl. Hemrich/Schneider (1997), S. 21.]

²⁵⁸ Vgl. D'Cruz-Grote (1997), S. 19.

Entwicklungszusammenarbeit darüber hinaus deren Distribution. Ziel dabei ist es, die teilweise schlechte Verfügbarkeit von Kondomen bei hohen Preisen und geringer Qualität²⁵⁹ zu verbessern. Innerhalb der deutschen Entwicklungszusammenarbeit wird die Distribution von Kondomen mit dem Ziel einer ausreichenden und kostengünstigen Bereitstellung durch Maßnahmen des „Social Marketings“ gefördert (vgl. Kap. 6.2):

„In bislang acht Ländern ist die deutsche Entwicklungszusammenarbeit inzwischen Hauptfinanzier von Social-Marketing-Vorhaben“²⁶⁰.

Das dritte Standbein der Prävention, d.h. die Maßnahmen zur Kontrolle und Behandlung von STDs stellt aufgrund der hohen Reduzierung der Wahrscheinlichkeit einer HIV-Infektion (vgl. Kap. 2), eine der kosteneffizientesten Interventionen dar.²⁶¹ Im Rahmen des überregionalen Sektorprojekts „AIDS-Bekämpfung in Entwicklungsländern“ unterhält die GTZ beispielsweise fünf Länderkomponenten (Cote d’Ivoire, Madagaskar, Namibia, Togo, Vietnam), bei denen neben den IEC-Maßnahmen die Kontrolle von STDs den Schwerpunkt der Maßnahmen bildet. Im Zuge der IEC-Maßnahmen umfaßt der Beitrag der GTZ die Förderung eines der HIV/STD Verbreitung angemessenen Verhaltens auf der Basis von „Peer-Group“-Ansätzen. Darüber hinaus sollen die Maßnahmen der Kontrolle, Diagnose und Vorbeugung von STDs eingerichtet bzw. verbessert werden. Dies geschieht

indem quantitative und qualitative Analysen der Dienste sowie Ausbildungsmaßnahmen für Laborpersonal, Ärzte und Krankenpfleger stattfinden. Zusätzlich soll eine Unterstützung der Selbsthilfegruppen von Personen, die mit HIV/AIDS leben, weiter ausgebaut werden.²⁶² Vorteilhaft ist es, wenn in diesem Zusammenhang auch die privaten Ärzte und traditionellen Heiler in die Verbesserung der Kontroll- und Behandlungssituation von STDs miteinbezogen werden, weil sie von den betroffenen Personen häufig zur Behandlung von STDs aufgesucht werden.²⁶³

Zur Darstellung möglicher Erfolge der beschriebenen Präventionsarbeit seien hier abschließend zwei Projekte aus Tansania und Uganda aufgeführt. In Tansania unterstützt das „AIDS Control Project“ der GTZ das tansanische Gesundheitsministerium in den Bemühungen, die weitere Ausbreitung von HIV/AIDS in der Region Mbeya zu vermindern. Zu den bisher unternommenen Maßnahmen gehört - neben den heterosexuellen Präventivmaßnahmen - auch der Aufbau eines Labors zur HIV-Testung von Blutkonserven und Patienten. Dabei wird es als Erfolg des Projekts angesehen, daß die AIDS-Epidemie in der Mbeya-Region seit drei Jahren ein Plateau erreicht hat. Denn Beispiele aus anderen afrikanischen Ländern haben gezeigt, daß eine solche Phase meistens den Rückgang der Neuansteckungen einleitet.²⁶⁴

²⁵⁹ Vgl. Heise/Elias (1995), S. 936.

²⁶⁰ Wiezcorek-Zeul (2000), S. 2.

²⁶¹ Vgl. D’Cruz-Grote (1997), S. 16.

²⁶² GTZ (2000c), S. 1.

²⁶³ Vgl. D’Cruz-Grote (1997), S. 16.

²⁶⁴ Vgl. GTZ (2000d), S. 1f.

In Uganda führt die GTZ ein Projekt in den Distrikten Kabarole und Bundibugyo zur Verbesserung der Basisgesundheitsdienstleistungen durch. Der Schwerpunkt des Projektes lag in den ersten Jahren bei dem Wiederaufbau des durch den Bürgerkrieg zerstörten Gesundheitsdienstes. Seit 1994 konzentriert sich das Projekt jedoch auf die Verbesserung der Qualität der Dienste, d.h. insbesondere auf Präventions- und Kontrollprogramme für HIV/AIDS und anderer Infektionskrankheiten. In diesem Zusammenhang wurde die HIV-Präventionsarbeit des Kabarole-Distrikts 1996 im Zuge einer von der WHO initiierten internationalen Evaluierung als erfolgreich eingestuft. Das Projekt wird schließlich auch von Seiten der GTZ als Erfolg gewertet, so schreibt der zuständige Auftragsverantwortliche in einem Projektangebot von 1999 zur Durchführung einer weiteren Projektphase:

„Das viel beachtete HIV/AIDS-Programm wurde konsolidiert. Seit ca. 4 Jahren ist ein kontinuierliches Absinken der HIV-Prävalenzraten festzustellen, insbesondere unter jungen Frauen. Trotz aller alternativen Interpretationsmöglichkeiten muß dies mit hoher Wahrscheinlichkeit den erfolgreichen Präventionskampagnen des Projektes und dem daraus resultierenden veränderten Sexualverhalten (Safer Sex) zugeschrieben werden.“²⁶⁵

Die Aufzeichnungen zeigen, daß die konsequente Umsetzung der strategischen Vorgaben durchaus erfolgreich sein kann. Jedoch dürfen die beschriebenen Projekte nicht darüber hinwegtäuschen, daß es sich um lokal begrenzte Erfolge handelt. Eine Übertragung auf

die nationale Ebene bzw. auf andere Länder bedarf situationsbedingter - den Erfolg beeinträchtigender - Änderungen.

7 Diskussion der Untersuchungsergebnisse

Sowohl die Ursachen der Verbreitung von HIV/AIDS im südlichen Afrika und deren wirtschaftliche Folgen, als auch die Reaktionen der betroffenen Staaten und der Geberorganisationen auf die Epidemie sind im Laufe der vorliegenden Arbeit detailliert dargestellt worden. Auf der Grundlage dieser Untersuchungen folgt nun in einem letzten wichtigen Schritt die Beurteilung der derzeitigen Maßnahmen der Geberorganisationen zur Bekämpfung von HIV/AIDS in Sub-Sahara Afrika sowie daran anknüpfend, die Ausarbeitung von Ansätzen zur Verbesserung ihrer Effektivität. Die Aufmerksamkeit wird in diesem Zusammenhang besonders auf die Maßnahmen des BMZ gerichtet. Die Tatsache, daß auf die bestehenden Maßnahmen Bezug genommen wird, spiegelt eine grundsätzliche Übereinstimmung mit den aktuellen Bekämpfungsstrategien wider. Deshalb haben die folgenden Ansätze die Qualität einer Vertiefung und gegebenenfalls einer Modifikation (und keinesfalls die einer völligen Neuorientierung) der Bekämpfungsstrategie. Hinsichtlich der methodischen Vorgehensweise erscheint es in diesem Zusammenhang als sinnvoll, zuerst die Maßnahmen zu diskutieren, denen weitestgehend zugestimmt werden soll, und im Anschluß daran jene zu behandeln, die verbessert und gegebenenfalls modifiziert werden müssen. An den Stellen, an denen es sinnvoll erscheint, wird mit

²⁶⁵ GTZ (1999), S. 6f.

der im dritten Kapitel entwickelten Wirkungskette argumentiert.

Derzeit existiert keine Form der Impfung oder der heilenden Behandlung von HIV/AIDS (vgl. Kap. 2.1). Eine grundsätzliche Notwendigkeit der Forschungsförderung steht somit außer Frage. Allerdings gilt es, zwischen der Forschung nach Impfstoffen und heilenden Medikamenten und der Forschung nach lindernden Medikamenten zu unterscheiden. Die Entwicklung von preisgünstigen und einfach zu dosierenden Medikamenten, die den Verlauf der Krankheit verlangsamen und die Beschwerden reduzieren, stellt für die derzeit infizierten Personen selbstverständlich eine berechtigte und notwendige Forderung dar. Jedoch muß man sich der Tatsache bewußt sein, daß die reine Linderung von HIV letztlich keinen Einfluß auf die Reduzierung der Verbreitung von HIV/AIDS durch die heterosexuelle Transmission hat (vgl. Kap. 6.3) und somit vom Standpunkt der Eindämmung der Epidemie wenig effektiv ist.²⁶⁶ Eine mögliche Impfung gegen das Virus muß demgegenüber selbstredend als die effektivste Form der Prävention angesehen werden. Gleichsam würden heilende Medikamente der Verbreitung von HIV/AIDS entgegenwirken, indem sie

die Unbeeinflussbarkeit der unabhängigen Verbreitungsfaktoren aufbrechen würden (vgl. Kap. 6.3). Es läßt sich folglich schließen, daß die Forschung nach Impfstoffen und heilenden Medikamenten unbedingt zu unterstützen ist.

Es stellt sich in diesem Zusammenhang die Frage, auf welchem Weg die Forschungsförderung realisiert werden sollte. Die Zahlung von Absatzgarantien ist im Gegensatz zu den direkten Subventionen an den Erfolg der Forschung gekoppelt. Eine Förderung in Form von direkten Subventionen ist aufgrund ihrer Erfolgsunabhängigkeit wenig effektiv und somit abzulehnen. Die Schaffung von Investitionsanreizen in Form von Absatzgarantien ist dagegen zu befürworten (vgl. Kap. 6.1). Denn die Kosten der Absatzgarantie sind besser kalkulierbar; und im Erfolgsfall trägt die Absatzgarantie darüber hinaus dazu bei, die Folgen der geringen Einkommen für die Verbreitung von HIV/AIDS zu verringern. Durch eine Übernahme der Kosten von Seiten des Staates erhalten zudem Individuen mit einem geringen Einkommen die Möglichkeit einer Impfung oder Heilung (vgl. Kap. 6.3).

Die strategische Vorgehensweise des BMZ, die die Forschungsaktivitäten ausschließlich auf multilateraler Ebene unterstützt, ist in diesem Zusammenhang nachdrücklich zu befürworten. Denn durch eine zentrale Förderung können mögliche Doppelungen von Aktivitäten und die daraus resultierende Verschwendung von Ressourcen vermieden werden. Außerdem werden auf diese Weise die gesamten eigenen Anstrengungen auf den Bereich der nicht-medizinischen Prävention ausgerichtet (vgl. Kap. 6.2).

²⁶⁶ An dieser Stelle wurde bewußt auf die heterosexuelle Transmission aufmerksam gemacht, denn die derzeit auf dem Markt erhältlichen Medikamente, die der Linderung der Beschwerden infizierter Personen dienen (z.B. AZT), reduzieren gleichzeitig auch die Wahrscheinlichkeit einer vertikalen Transmission (vgl. Kap. 3.2.3). Insofern tragen sie selbstverständlich zur Verringerung der Ausbreitung bei. Aus dieser Perspektive ist die Finanzierung und Weiterentwicklung seitens der Geber zu unterstützen.

Im Vergleich zu einer Zweiteilung der Bekämpfungsstrategie führt dies konsequenterweise zu einer effektiveren Nutzung der Ressourcenausstattung.

Eine Ausrichtung der Bekämpfungsstrategie auf die nicht-medizinische Prävention ist anlässlich des Fehlens medizinischer Präventionsmittel desweiteren unumgänglich. Maßnahmen die darauf abzielen, das Verhalten der Individuen - insbesondere das sexuelle Verhalten - zu verändern, können somit nicht intensiv genug unterstützt werden. Besondere Beachtung muß in diesem Zusammenhang aufgrund ihrer dominanten Stellung (vgl. Kap. 3.2.1) den Männern und ihren sexuellen Verhaltensweisen zuteil werden. Nur wenn diese von verletzungsfördernden Sexualpraktiken absehen (vgl. Kap. 2.1), ihr promiskuitives Verhalten reduzieren (vgl. Kap. 3.2.3), die angebotenen Kondome auch verwenden (vgl. Kap. 6.4) und gemeinhin zu Unterlassung von Vergewaltigungstaten bewegt werden können (vgl. Kap. 3.2.2), wird die Anzahl der Neuinfektionen nachhaltig sinken. Aber auch in Bezug auf Frauen können spezifische verhaltensändernde Maßnahmen ergriffen werden, die insbesondere darauf abzielen, ihnen ein verbessertes Bewußtsein für ihren Körper und für die Notwendigkeit der Behandlung von STDs zu vermitteln (vgl. Kap. 3.2.1). Die vom BMZ ergriffenen Maßnahmen, wie IEC-Programme und zielgruppenspezifische Interventionen speziell unter Einbeziehung von „Peers“, stellen bezüglich der notwendigen Verhaltensänderungen beider Geschlechter einen wichtigen Schritt in die richtige Richtung dar, wie die Bei-

spiele aus Uganda und Tansania zeigen (vgl. Kap. 6.4).

Die Maßnahmen zum Zweck der Verhaltensänderung können jedoch nur erfolgreich sein, wenn gleichzeitig unterstützende Maßnahmen ergriffen und grundlegende Voraussetzungen dafür geschaffen werden. Als unterstützend kann beispielsweise die Förderung der Dezentralisierung betrachtet werden, da auf diese Weise eine Stärkung der Kapazitäten auf den unteren Verwaltungsebenen erfolgt und somit eine auf die lokalen Bedürfnisse zugeschnittene Umsetzung zentraler Bekämpfungsmaßnahmen ermöglicht wird (vgl. Kap. 6.2 und Kap. 6.3). Die Maßnahmen von BMZ und Weltbank zur Stärkung der Kapazitäten und Förderung der Dezentralisierung können daher auch als positiv bewertet werden.

Eine wichtige Rolle übernehmen in diesem Zusammenhang die „Vermittler-tätigkeiten“ der Weltbank aber ebenso die des BMZ. Dieser Maßnahmenbereich greift auf allen Ebenen der Wirkungskette und fördert den Willen der Individuen zur Bekämpfung der Epidemie. Wie wichtig dieser Wille für eine erfolgreiche Bekämpfung ist, wurde bereits im vierten Kapitel dargestellt. Der Versuch der Weltbank, auf den hohen politischen Ebenen die Entscheidungsträger von der Notwendigkeit der Bekämpfung von HIV/AIDS zu überzeugen und diese beim Einsatz von Bekämpfungsstrategien zu unterstützen (vgl. Kap. 6.1), wird hier begrüßt. Aber auch die Einbeziehung der HIV/AIDS-Problematik in den Politikdialog des BMZ (vgl. Kap. 6.3) und der Einbau einer AIDS-Komponente in die HIPC-Initiative (vgl. Kap.

6.1) sind wichtige Maßnahmen, um die Regierungen der Partnerländer zu einer Intensivierung der Bemühungen zur Bekämpfung von HIV/AIDS zu animieren. Im besten Falle bewirkt die Einflußnahme der Geber, daß die betroffene Landesregierung Gesetzesänderungen initiiert, die den Individuen eine Verhaltensänderung erleichtert, z.B. eine Änderung im Erbrecht oder ein Verbot zur Genitalbeschneidung bei Frauen (vgl. Kap. 3.2.1). Auf der Ebene der verbreitungsfördernden Zustände umfaßt die „Vermittlertätigkeit“ Maßnahmen, die dazu dienen, Meinungsführer und Personen des öffentlichen Lebens für eine Verringerung der leider häufig mit HIV/AIDS einhergehenden Stigmatisierung zu gewinnen. Auf diese Weise soll eine Umgebung geschaffen werden, die einen offenen Umgang mit der Krankheit erlaubt (vgl. Kap. 5.2). Indem beide Organisationen versuchen, private Unternehmen dahingehend zu beeinflussen, daß diese sich aktiv an der Aufklärung von Arbeitnehmern beteiligen (vgl. Kap. 6.1), „vermitteln“ sie auf der Ebene des Verhaltens der Individuen. In diesem Zusammenhang wurde in Kapitel 7.3 festgestellt, daß das BMZ naturgemäß aufgrund seiner Ansiedlung innerhalb der internationalen Entwicklungspolitik in wesentlich geringerem Umfang aktiv ist als die Weltbank.

Der bedeutendste Bereich unterstützender Maßnahmen ist die Förderung der Bildung. Vor dem Hintergrund der Wirkungskette kommt der Bildung eine große Bedeutung zu, da ihre Verbesserung - insbesondere die der Mädchen (vgl. Kap. 3.2.1) - direkt auf das Verhalten der Individuen Einfluß nimmt: Bildung er-

möglicht es den Individuen, ihr Bewußtsein für gefährliches Verhalten zu verbessern. Indirekt bewirkt eine verbesserte Bildung daher Veränderungen des Verhaltens der Individuen. So können Maßnahmen, die zum Zweck der Verhaltensänderung initiiert werden, überhaupt erst greifen (vgl. Kap. 3.2.3). Darüber hinaus dient die Verbesserung des Bildungsstands der Beeinflussung zweier grundlegender Verbreitungsfaktoren: der Reduzierung Armut des Landes und der Verbesserung der gesellschaftlichen Stellung der Frau.²⁶⁷ Angesichts der genannten Gründe ist es als sehr positiv zu bewerten, daß sowohl das BMZ als auch die Weltbank die Förderung der Bildung nicht nur grundsätzlich durch die multi-sektorale Ausrichtung in ihre Strategien einbeziehen, sondern diese auch explizit als Bekämpfungsmaßnahme hervorheben.²⁶⁸

Wie bereits erwähnt wurde und der differenzierten Betrachtung der Wirkungskette in Kapitel 3 zu entnehmen ist, stellen die Armut des Landes und die gesellschaftliche Stellung der Frau - zusammen mit den kriegerischen Konflikten - die Hauptursachen der heterosexuellen Transmission in Sub-Sahara Afrika dar. Konsequenterweise muß den Maßnahmen zur Bekämpfung dieser Hauptursachen eine besondere Relevanz zugesprochen werden. In Bezug auf die Armutsbekämpfung und den Genderaspekt erfüllen das BMZ und auch die Weltbank diese Forderung explizit mit ihren Zielsetzungen bei den Bekämp-

²⁶⁷ Vgl. BMZ (1998a), S. 10f.

²⁶⁸ Zur Bildung vgl. Kapitel 6.1 und Kapitel 6.2.

fungsstrategien²⁶⁹ sowie grundsätzlich durch die multisektorale Ausrichtung ihrer Strategien.

Während die bisher beschriebenen Maßnahmenbereiche somit eine angemessene Berücksichtigung finden, wird die Konfliktprävention als Mittel zur HIV-Prävention von beiden Institutionen eindeutig vernachlässigt. Zwar deutet auch hier die multisektorale Ausrichtung der Strategien indirekt den Einbezug dieses Maßnahmenbereiches an, in den Zielsetzungen wird die Konfliktprävention jedoch nicht explizit erwähnt. Die korreliert jedoch nicht mit der Relevanz, die diesem Maßnahmenbereich zukommen müßte. Denn die Konfliktprävention trägt durch ihre Aufgabe - die Vorbeugung von Kriegen und Konflikten - dazu bei, daß eine der wichtigsten Ursachen für die Verbreitung von HIV/AIDS bekämpft würde.

Die Tatsache, daß das BMZ die HIV-Präventionsarbeit in seiner Strategie als Teil der Nothilfe- und Flüchtlingsarbeit einbeziehen will (vgl. Kap. 6.2), zeugt davon, daß die kriegerischen Konflikte zumindest als Ursache der Verbreitung erkannt werden. Betrachtet man die Präventionsarbeit als Teil der Flüchtlingsarbeit, dann setzen diese Maßnahmen vor dem Hintergrund der Wirkungskette jedoch erst an der Ebene des Verhaltens der Individuen an (vgl. Kap. 6.3). Eine erfolgreiche Konfliktprävention würde hingegen bereits die Ursachen für die Entstehung von verbreitungsfördernden Zuständen (stei-

gende Anzahl von Soldaten, Fluchtbewegungen, Lageraufenthalte) verhindern und somit die Notwendigkeit für präventive Maßnahmen innerhalb der Flüchtlingsarbeit reduzieren. Da es trotz aktiver Konfliktprävention immer wieder zum Ausbruch von Kriegen kommen wird, ist die grundsätzliche Absicht des BMZ, die Präventionsmaßnahmen in die Flüchtlingsarbeit zu integrieren selbstredend als sinnvoll anzusehen.

Eine Möglichkeit zur Erweiterung der verfügbaren Ressourcen stellt nunmehr die stärkere Einbeziehung des privaten Sektors dar. Wie die Beispiele zu den steigenden Arbeitskosten (vgl. Kap. 4.1.2) deutlich illustriert haben, gibt es eine ausreichende Anzahl an Anreizen für die Unternehmen, die Bekämpfung von HIV/AIDS aktiv zu unterstützen. Dabei stellt die bereits genannte Einführung von Aufklärungskampagnen innerhalb der Betriebe nur eine Möglichkeit von vielen (z.B. Bereitstellung von Distributionskanälen, Fachleuten, Hard- und Software usw.) dar. Gerade bei einem begrenzten öffentlichen Budget sollte die verstärkte Einbeziehung des privaten Sektors mit erhöhter Intensität betrieben werden. Die ersten Anzeichen der derzeitigen Regierung, dahingehend Maßnahmen zu forcieren (vgl. Kap. 6.3) sind zwar ermutigend, jedoch noch nicht ausreichend.

Die Verbreitung von HIV/AIDS hat durchaus beachtliche Auswirkungen auf die Wirtschaft eines Landes (vgl. Kap. 4). Unabhängig von nur schwer bestimmbareren gesamtwirtschaftlichen Folgen läßt sich das Ausmaß anhand der gut überprüfbareren Entwicklungen auf der Mikroebene nachvollziehen (vgl. Kap.

²⁶⁹ Zur Armutsbekämpfung vgl. Kapitel 6.1 und Kapitel 6.2; zum Genderaspekt vgl. Kapitel 6.1 und Kapitel 6.2.

4.1). Die Entwicklung der Haushalte macht beispielsweise deutlich, daß die Folgen der Epidemie nur allzu oft zu den Ursachen ihrer Verbreitung werden. Die Maßnahmen, die zur Eingrenzung der Verbreitung ergriffen werden, dienen primär der Bekämpfung der Infektionen und nicht der Bekämpfung ihrer Folgen. Hier stellt sich die Frage, inwieweit auch die Folgen bekämpft werden müssen. In diesem Zusammenhang läßt sich festhalten, daß es sich bei den Folgen für die Haushalte in der Regel um solche handelt, die man mit Hilfe der allgemeinen Armutsbekämpfung bereits zu reduzieren versucht. Beispielfhaft sei hier die Förderung der Bildung genannt, die als Maßnahme zur Eindämmung der Verbreitung eingesetzt wird, gleichzeitig aber auch die Folgen vermindert. Es müssen also keine neuen Maßnahmen geschaffen, sondern die bestehenden weiter ausgebaut werden. Eine Ausnahme bildet in diesem Kontext die große Zahl an Waisen, die durch die Epidemie entsteht (vgl. Kap. 4.1). Hier gilt es eine neue Form der Unterstützung auf Gemeindeebene zu entwickeln, was wiederum die Notwendigkeit der Dezentralisierung unterstreicht.

Aus der Perspektive der Unternehmen bieten, wie bereits erwähnt, gerade die steigenden Arbeitskosten den größten Anreiz dafür, bei der Bekämpfung aktiv zu werden. Sowohl die wirtschaftliche Situation des eigenen Unternehmens als auch die allgemeine epidemiologische Situation kann hierdurch verbessert werden. Befolgt man diese Vorgaben (Intensivierung der traditionellen Entwicklungsmaßnahmen, verstärkte Einbeziehung des privaten Sektors), so

werden durch die eintretende Verbesserung auf der mikroökonomischen Ebene auch die gesamtwirtschaftlichen Auswirkungen dementsprechend günstiger ausfallen. Ein direktes Eingreifen in den Wirtschaftsablauf von Seiten des betroffenen Staates, um z.B. durch eine erhöhte Investitionsnachfrage etwaige Wachstumsverluste abzumildern, ist hingegen abzulehnen. Ausgenommen davon sind Investitionen in den Ausbau des Gesundheitssystems oder in andere Bereiche (z.B. Bildung), die die Verbreitung von HIV/AIDS eindämmen. Denn in solchen Fällen wird ebenfalls nur die Wirkung und nicht die Ursache bekämpft.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, daß die Bekämpfungsstrategien seitens des BMZ und der Weltbank grundsätzlich in die richtige Richtung weisen. Jede Maßnahme, die hier ergriffen wird, kann - solange dadurch keine Ressourcen von anderen Maßnahmen entzogen werden - nur positiv zur Bekämpfung von HIV/AIDS beitragen. Um die Nachhaltigkeit der ergriffenen Maßnahmen, die zur Bekämpfung der Epidemie auf den unteren Ebenen der Wirkungskette initiiert werden, zu gewährleisten, müssen jedoch notwendigerweise die wesentlichen Ursachen, d.h. die gesellschaftliche Stellung der Frau sowie die Armut des Landes und die kriegerischen Konflikte verbessert und bekämpft werden. Denn nur wenn man den Ursachen ausreichend Aufmerksamkeit schenkt und sich somit intensiv der intersektoralen Bekämpfung widmet, können die notwendigen Verhaltensänderungen - wenn auch nur langfristig - effektiv erzielt werden.

8 Schlußbetrachtung und Ausblick

Ziel der vorliegenden Arbeit war die Untersuchung der HIV/AIDS-Pandemie, ihre Auswirkungen auf die Entwicklungsländer und die Rolle der Entwicklungszusammenarbeit. Um dieses Thema sinnvoll einzugrenzen, wurde das Augenmerk auf die wirtschaftlichen Auswirkungen der Verbreitung von HIV/AIDS in der Region Sub-Sahara Afrika und die daraus resultierenden Konsequenzen insbesondere für die deutsche Entwicklungszusammenarbeit gelegt. Während der Beschäftigung mit diesem Thema wurde in verschiedenen Zusammenhängen das Interesse für tiefergehende Untersuchungen geweckt, die im Rahmen dieser Arbeit nicht stattfinden konnten. So wurde zwar untersucht, auf welche Weise die Entwicklungszusammenarbeit auf die Verbreitung von HIV/AIDS reagiert und idealiter reagieren sollte, aber die direkte Auswirkung der Epidemie auf die Projekte, z.B. in Form einer steigenden Anzahl an HIV/AIDS-Erkrankungen und Todesfällen, mußte unberücksichtigt bleiben. Darüber hinaus könnte der Frage nachgegangen werden, inwieweit sich lindernde Medikamente durch ihre „arbeitskrafterhaltende“ Wirkung wirtschaftlich bemerkbar machen. Auch die Entwicklung eines gemeindegetragenen Sozialsystems zur Bewältigung der bedrohlichen Situation der AIDS-Waisen kann man desweiteren sicherlich als ein ebenso interessantes wie notwendiges Forschungsgebiet ansehen.

Als besonders notwendiges und effektives Mittel zur Bekämpfung von HIV/AIDS soll an dieser Stelle aber die

Zusammenarbeit zwischen den Entwicklungspartnern und dem Unternehmenssektor hervorgehoben werden. Denn auf diesem noch zu erschließenden Forschungsgebiet bieten sich weitreichende Möglichkeiten der Kooperation, die allen Beteiligten (Entwicklungsländer, private Unternehmen, Entwicklungsorganisationen) Vorteile verschaffen. So bedarf es weiterhin der Grundsatzforschung danach, auf welchen Gebieten (Nutzung von Distributionskanälen, Marketingstrategien, Hard- und Software etc.) die Unternehmen in die Bekämpfungsstrategien einbezogen werden können. Darüber hinaus gilt es, die praktische Umsetzung dieser Möglichkeiten in den betroffenen Regionen auf ihre Effektivität hin zu untersuchen. Speziell für das BMZ bedeutet dies eine verstärkte Suche nach Schnittstellen zwischen seiner Strategie zur Bekämpfung von HIV/AIDS und der des PPP-Ansatzes.

Trotz der zeitweise recht nüchternen Ausführungen, soll der Blick am Schluß dieser Arbeit auf die Tatsache gerichtet werden, daß die Bedrohung durch HIV/AIDS (nicht nur) in Sub-Sahara Afrika vor allem eine menschliche Tragödie ist. In diesem Zusammenhang sei auf die Möglichkeit hingewiesen, HIV/AIDS offiziell zur „Katastrophe“ zu erklären. Betrachtet man die offizielle Definition dieses Begriffs durch das BMZ, so zeigt sich nämlich eine auffallende Übereinstimmung mit den Symptomen der HIV/AIDS-Epidemien in den Ländern südlich der Sahara:

„Unter Katastrophe versteht man die Unterbrechung der Funktionsfähigkeit einer Gesellschaft, die mit Verlusten an Menschenleben, Sachwerten oder Um-

*weltgütern verbunden und so schwer ist, daß ihre Folgen aus eigener Kraft bestenfalls nur sehr langfristig überwunden werden können. Sie tritt ein, wenn ein Ereignis (z.B. Erdbeben, Dürre, Überschwemmung) auf eine verwundbare Gesellschaft trifft, wobei ihr Ausmaß sowohl von der Intensität des Ereignisses als auch vom Ausmaß der Verwundbarkeit der Gesellschaft abhängt.*²⁷⁰

Über die - zumindest symbolische - Erklärung von HIV/AIDS zur „Katastrophe“ ist nachzudenken. Denn dieser Schritt würde das Ausmaß der Epidemie noch stärker unterstreichen, der Brisanz des Themas angemessenen Ausdruck verleihen und hätte somit eine weitere Mobilisierung von Personen und Organisationen zur Folge.

²⁷⁰ BMZ (1997), S. 7

Literatur

- Adelmann, Karin: Entwicklungsministerium setzt Priorität bei der AIDS-Bekämpfung, in: epd-Entwicklungspolitik, 7/2000, S. 32
- Afrika-Verein: Der Afrika-Verein, Hamburg: 1999
- Ainsworth, Martha/Fransen, Lieve/Over, Mead (Eds.): *Confronting AIDS: Evidence from the Developing World. Selected background papers for the World Bank Policy Research Report, Confronting AIDS: Public Priorities in a Global Epidemic*, European Commission: Directorate-General for Development, Brussels: 1998
- Ainsworth, Martha/Semali, Innocent: Who is most likely to die of AIDS? Socioeconomic correlates of adult death in Kagera Region, Tanzania, in: Ainsworth, Martha/Fransen, Lieve/Over, Mead (Eds.): *Confronting AIDS: Evidence from the Developing World*, pp. 95-110, Brussels: 1998
- Ainsworth, Martha/Over Mead: The Economic Impact of AIDS in Africa, in: Essex, Max/Souleymane, Mboup/Kanki, Phyllis J./Kalengayi, Mbowa R. (Eds.): *AIDS in Africa*, pp. 559-588, New York: 1994
- Armstrong, Jill/Bos, Eduard: The Demographic, Economic, and Social Impact of AIDS, in: Mann, Jonathan M./Tarantola, Daniel J.M./Netter, Thomas W. (Eds.): *AIDS in the World*, pp. 195-226, Cambridge (Mas.)/London: 1992
- Barnett, Tony/Blaikie, Piers: *AIDS in Africa: Its Present and Future Impact*, London: 1992
- Barnett, Tony/Whiteside, Alan: HIV/AIDS and Development: Case Studies and a Conceptual Framework, in: *The European Journal of Development Research*, Vol. 11, No. 2, December, pp. 200-234, 1999
- Bassett, Mary T./Mhloyi, Marvellous: Women and AIDS in Zimbabwe: the Making of an Epidemic, in: *International Journal of Health Services*, Vol. 21, No.1, pp.143-156, 1991
- Behrens, Gerd: Aids als ceterum censeo, in: *Süddeutsche Zeitung*, Nr. 50, S. 12, 02.03.1999
- Bezmalinovic, Bea: The Private Sector: How Are Corporations Responding to HIV/AIDS?, in: Mann, Jonathan M./Tarantola, Daniel J.M. (Eds.): *AIDS in the World II. Global Dimensions, Social Roots, and Responses*, pp. 362-368, New York: 1996
- Birnbaum, Michael: Eine absolut tödliche Erkältung, in: *Süddeutsche Zeitung*, Nr. 143, S. 3, 25.06.1998
- Bisseker, Claire: Price, not Efficacy, is the Issue, in: *Financial Mail*, 19.11.1999, [<http://www.fm.co.za/99/1119/covopin/cover.htm>], S. 1-7, 17.11.1999
- Bloom, David/Godwin, Peter (Eds.): *The Economics of HIV and AIDS. The Case of South and South East Asia*, UNDP, Oxford: 1997

- Bloom, David/Mahal, Ajay S.: AIDS, Flu, and the Black Death: Impacts on Economic Growth and Well-being, in: Bloom, David/Godwin, Peter (Eds.): The Economics of HIV and AIDS. The Case of South and South East Asia, UNDP, pp. 22-54, Oxford: 1997
- Bollinger, Lori/Stover, John: The Economic Impact of AIDS, The Futures Group International, Glastonbury, CT: 1999
- Bond, George C./Kreniske, John/Susser, Ida/Vincent, Joan (Eds.): AIDS in Africa and the Caribbean, Oxford: 1997
- Brandt, Hans: Nirgendwo wütet Aids schlimmer, in: Frankfurter Rundschau, Nr. 128, S. 7, 03.06.2000
- Bundesministerium für Gesundheit: AIDS-Bekämpfung in Deutschland, 7. Aufl., Bonn: 1999
- Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (BMZ): Entwicklungspolitik zur Vorbeugung und Bewältigung von Katastrophen und Konflikten. Konzeptionelle Aspekte und deren entwicklungspolitische Implikationen, BMZ aktuell, Nr. 82, Bonn: 1997
- Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (BMZ): Konzept für die Deutsche Entwicklungszusammenarbeit mit den Ländern Afrikas südlich der Sahara, BMZ aktuell, Nr. 89, Bonn: 1998a
- Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (BMZ): Positionspapier HIV/AIDS-Bekämpfung. Eine Antwort auf die Ausbreitung in den Entwicklungsländern, BMZ aktuell, Nr. 94, Bonn: 1998b
- Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (BMZ): Agreed Minutes. 2000 Annual Negotiations on Development Cooperation Between South Africa and Germany, Pretoria: 24.-26.06.2000
- D'Cruz-Grote, Doris: Prevention of sexual transmission of HIV/STD in developing countries. Experiences and concepts, GTZ: HIV/AIDS Prevention and Control in Developing Countries No. 2, Eschborn: 1997
- Delorme, Jacky: AIDS und der Wert des Goldes, in: Die Welt der Arbeit, Nr. 32, S. 11, Dezember 1999
- Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ): Angebot zur Bearbeitung des Vorschlags/Projektdurchführung, Eschborn: 24.07.1999
- Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ): OFK-Beschluss zur Bedeutung von HIV/AIDS für die Arbeit der GTZ vom Dezember 1999, Eschborn: 30.03.2000a
- Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ): Förderung der reproduktiven Gesundheit, [<http://www.gtz.de/srh/exempl/exempl1.html>], S. 1-2, 28.07.2000b

- Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ): Überregional. Bekämpfung von AIDS in Entwicklungsländern, [<http://gtz.de/arbeitsfelder/projekt.asp?PN=9320268&spr=1&Land=+Überregional>], S. 1-2, 28.07.2000c
- Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ): Tansania. AIDS-Bekämpfung in der Mbeya-Region, [<http://www.gtz.de/arbeitsfelder/projekt.asp?PN=9420456&spr=1&Land=Tansania>], S. 1-2, 28.07.2000d
- Development Committee: Intensifying Action against HIV/AIDS: Responding to a Development Crisis, prepared by the World Bank Staff as a backgroundpaper for the 61st meeting of the Development Committee, Washington D.C., April 17, 2000
- Doerfler, Kordula: Südafrika verteidigt AIDS-Politik, in: die tageszeitung, Nr. 6189, S. 9, 11.07.2000
- Emmrich, Michael: Ein Präsident zweifelt am Virus, in: Frankfurter Rundschau, Nr. 157, S. 3, 10.07.2000
- Essex, Max/Souleymane, Mboup/Kanki, Phyllis J./Kalengayi, Mbowa R. (Eds.): AIDS in Africa, New York: 1994
- Financial Times Deutschland (FTD): In Uganda wird Aids nicht tabuisiert, S. 15, 06.07.2000
- Ford, Michael Thomas: Viren sind nicht wählerisch. AIDS – Fragen, Antworten, Erfahrungen, München: 1994
- Frankfurter Allgemeine Zeitung (FAZ): Mit der Verteilung von Kondomen ist es nicht getan, Nr. 279, S. 14, 01.12.1998
- Gilks, Charles et al: Sexual Health and Health Care: Care and Support for People with HIV/AIDS in Resource-Poor Settings, DFID: Health and Population Occasional Paper, London: 1998
- Glaser, Norbert: Tuberkulose wieder eine Geißel der armen Länder, in: Frankfurter Rundschau, 24.03.2000, [<http://www.frankfurter-rundschau.de/archiv/fr30t/20000324035.htm>], S. 1-2, 03.04.2000
- Global Business Response to AIDS: Summary Report, veröffentlicht für die 12th World AIDS Conference, Genf: 1998
- Gupta, Geeta Rao/Weiss, Ellen/Whelan, Daniel: Women and AIDS: Building a New HIV Prevention Strategy, in: Mann, Jonathan M./Tarantola, Daniel J.M. (Eds.): AIDS in the World II. Global Dimensions, Social Roots, and Responses, pp. 215-227, New York: 1996
- Hemrich, Günter/Schneider, Bettina: HIV/AIDS as a cross-sectoral issue for Technical Cooperation. Focus on agriculture and rural development, GTZ: HIV/AIDS Prevention and Control in Developing Countries No. 1, Eschborn: 1997
- Heise, Lori L./Elias, Christopher: Transforming AIDS Prevention to Meet Women's Needs: A Focus on Development Countries, in: Social

- Science and Medicine, Vol. 40, No. 7, pp. 932-943, 1995
- Hubert, Klemens/Dresruesse, Guenter: AIDS als Entwicklungshemmnis. Ein Querschnittsthema der Entwicklungszusammenarbeit, in: E+Z Entwicklung und Zusammenarbeit, 40. Jg., Nr. 5, S. 128-130, 1999
- ING-Barings: Economic impact of AIDS in South Africa. A dark cloud on the horizon, Johannesburg: 2000
- Jones, Christine: Does structural adjustment cause AIDS? One more look at the link between adjustment, growth, and poverty, in: Ainsworth, Martha/Fransen, Lieve/Over, Mead (Eds.): Confronting AIDS: Evidence from the Developing World, pp. 53-64, Brussels: 1998
- Kanter, Jan: „Mittelfristig ist Prävention der beste Impfstoff“, in: DIE WELT-online, 14.07.2000, [<http://www.welt.de/date/2000/07/14/0714au179586.htm?print=1>], S. 1-2, 15.07.2000
- Latif, Ahmed S.: HIVs and AIDS in Southern Africa and the Island Countries, in: Essex, Max/Souleymane, Mboup/Kanki, Phyllis J./Kalengayi, Mbowa R. (Eds.): AIDS in Africa, pp. 691-711, New York: 1994
- Loewenson, Rene/Whiteside, Alan: Social and Economic Issues of HIV/AIDS in Southern Africa, SAfAIDS Occasional Paper Series No. 2, Harare: 1997
- Low-Ber, Daniel/Stoneburner, Rand/Mertens, Thierry/Burton, Anthony/Berkley, Seth: HIV and AIDS, in: Murray, Christopher J.L./Lopez, Alan D. (Eds.): Health Dimensions of Sex and Reproduction, Global Burden of Disease and Injury Series, Vol. 3, pp. 297-388, Geneva: 1998
- Mann, Jonathan M./Tarantola, Daniel J.M./Netter, Thomas W. (Eds.): AIDS in the World, Cambridge (Mas.)/London: 1992
- Mann, Jonathan M./Tarantola, Daniel J.M. (Eds.): AIDS in the World II. Global Dimensions, Social Roots, and Responses, New York: 1996
- Medicine-WorldWide: HIV-Infektion und AIDS, [<http://www.medicine-worldwide.de/infektionskrankheiten/aids.html>], S. 1-14, 07.04.2000
- Menon, Rheka/Wawer, Maria J./Konde-Lule, Joseph K./Sewankambo, Nelson K./Li, Chuanjun: The economic impact of adult mortality on households on Rakai district, Uganda, in: Ainsworth, Martha/Fransen, Lieve/Over, Mead (Eds.): Confronting AIDS: Evidence from the Developing World, pp. 325-340, Brussels: 1998
- Monitoring the AIDS Pandemic (MAP): The Status and Trends of the HIV/AIDS Epidemics in the World, Provisional Report prepared for the 12th World AIDS Conference on AIDS held in Geneva on June 28 to July 3, 1998
- Murray, Christopher J.L./Lopez, Alan D.(Eds.): The Global Burden of Disease, Global Burden of Disease

- and Injury Series, Vol. 1, Geneva: 1996
- Murray, Christopher J.L./Lopez, Alan D.(Eds.): Health Dimensions of Sex and Reproduction, Global Burden of Disease and Injury Series, Vol. 3, Geneva: 1998
- Neue Zürcher Zeitung (NZZ): Im Spannungsfeld von Aids und Armut, Nr. 159, S. 3, 11.07.2000a
- Neue Zürcher Zeitung (NZZ): Chirac schlägt Solidaritätsfonds vor, Nr. 159, S. 3, 11.07.2000b
- Nicoll, Angus et al: Sexuell Health and Health Care. HIV, AIDS and Sexually Transmitted Infections. Global Epidemiology, Impact and Prevention, ODA: Health and Population Occasional Paper, London: 1996
- Nohlen, Dieter (Hg.): Lexikon Dritte Welt, Reinbeck bei Hamburg: 1998
- Nuscheler, Franz: Internationale Migration. Flucht und Asyl, Opladen: 1995
- Nuscheler, Franz: Lern- und Arbeitsbuch Entwicklungspolitik, 4. Aufl., Bonn: 1996
- Over, Mead: The Macroeconomic Impact of AIDS in Sub-Sahara Africa, The World Bank, Africa Technical Department, Population, Health and Nutrition Division, Technical Working Paper No. 3, Washington: 1992
- Over, Mead: The effects of societal variables on urban rates of HIV infection in developing countries: An exploratory analysis, in: Ainsworth, Martha/Fransen, Lieve/Over, Mead (Eds.): Confronting AIDS: Evidence from the Developing World, European Commission: Directorate-General for Development, pp. 39-52, Brussels: 1998
- Positive Action: Positive Action around the world. A long-term international programme of HIV education, care and community support, Glaxo Wellcome plc, Middlesex: 1998
- Räther, Frank: „Aids heisst unser Krieg - und wir verlieren ihn“, in: Baseler Zeitung, Tagesthema, 08.07.2000, S. 3-5, [http://www.baz.ch/tagesthema/welcome_main.html], S. 1-13, 08.07.2000
- Rau, Bill/ Forsythe, Steven/Okeyo, Tom Mboya: The economic impact of AIDS: measuring the human and capital costs, in: AIDS Analysis Africa, Vol. 6, pp. 6-8, October 1996
- Robertes, Matthew/Rau, Bill: African Workplace Profiles: Private Sector AIDS Policy, AIDSscap, Arlington: 1997
- Schwarz, Birgit: Fluch der Jungen, in: Der Spiegel, Nr. 27/2000, S. 172-176, 03.07.2000
- Serwadda, David/Mhalu, Fred S./Karita, Etienne/Moses, Stephen: HIVs and AIDS in East Africa, in: Essex, Max/Souleymane, Mboup/Kanki, Phyllis J./Kalengayi, Mbowa R. (Eds.): AIDS in Africa, pp.669-689, New York: 1994
- South African Ministry of Health: HIV/AIDS/STD Strategic Plan for

- South Africa 2000-2005, February 2000
- Spiegel Online: Kritik an Südafrikas Präsident nimmt zu, [<http://www.spiegel.de/wissenschaft/0,1518,84733,00.html>], S. 1-2, 13.07.2000
- Stein, Zena A./Kuhn, Louise: HIV in Women: What Are the Gaps in Knowledge?, in: Mann, Jonathan M./Tarantola, Daniel J.M. (Eds.): AIDS in the World II. Global Dimensions, Social Roots, and Responses, pp. 229-235, New York: 1996
- tagesschau: Afrika - ein Kontinent im Angesicht des Aids-Todes, 07.07.2000, [<http://www.tagesschau.de/archiv/themenarchiv/aids/texte/afrika?layout=print>], S. 1-2, 08.07.2000
- Tesche, Sabine: Die Steppe brennt, in: Hamburger Abendblatt, [<http://www.abendblatt.de/contents/ha/news/reportage/html/011299/0301AFRI0.HTM>], S. 1-3, 02.12.1999
- Trinkl, Alice (University of California, San Francisco): Female Condom Proves Cost-Effective in Preventing HIV in Africa, 10.07.2000, [<http://www.ucsf.edu/pressrel/2000/07/071002.html>], S. 1-2, 18.08.2000
- Uganda AIDS Commission: Status and Impact of HIV/AIDS in Uganda, [<http://www.aidsuganda.org/hiv-aids.htm>], S. 1-1, 24.07.2000a
- Uganda AIDS Commission: Mandate and Background, [<http://www.aidsuganda.org/uac.htm>], S. 1-3, 24.07.2000b
- UNAIDS/The Prince of Wales Business Leaders Forum: The Business Response to HIV/AIDS: Innovation & Partnership, Geneva/London: 1997
- UNAIDS: Report on the global HIV/AIDS epidemic. June 1998, Geneva: 1998a
- UNAIDS: AIDS epidemic update: December 1998, Geneva: 1998b
- UNAIDS: Putting HIV/AIDS on the business agenda, Geneva: 1998c
- UNAIDS: A measure of success in Uganda. The value of monitoring both HIV prevalence and sexual behaviour, Geneva: 1998d
- UNAIDS: AIDS epidemic update: December 1999, Geneva: 1999a
- UNAIDS: Level and flow of national and international resources for the response to HIV/AIDS, 1996-1997, Geneva: 1999b
- UNAIDS: International Partnership Against HIV/AIDS In Africa. Meeting of the UNAIDS Cosponsoring Agencies and Secretariat in Annapolis, Maryland, 19-20 January 1999. Resolution to Create and Support the Partnership, [<http://www.unaids.org/africapartnership/files/FN561.html>], S. 1-17, 18.08.2000a
- UNAIDS: Report on the global HIV/AIDS epidemic. June 2000, Geneva: 2000b
- UNAIDS/WHO: South Africa. Epidemiological Fact Sheet on HIV/AIDS and sexually transmitted infections. 2000 Update, Geneva: 2000a

- UNAIDS/WHO: Uganda. Epidemiological Fact Sheet on HIV/AIDS and sexually transmitted infections. 2000 Update, Geneva: 2000b
- UNDP: Human Development Report 2000, New York: 2000
- UNICEF: Eine Herausforderung für die Entwicklungspolitik: Kinder und AIDS, Köln: 1997
- UNICEF: The Progress of Nations 1999, New York: 1999a
- UNICEF: Fortschritt der Nationen 1999. Zusammenfassung, Köln: 1999b
- UNICEF: Zur Situation der Kinder in der Welt 2000, Köln: 2000
- Vogel, Ulrich: 37 Millionen Infizierte. Die Bekämpfung von HIV/AIDS darf sich nicht auf den Gesundheitssektor beschränken, in: E+Z Entwicklung und Zusammenarbeit, 40. Jg., Nr. 5, S. 130-133, 1999
- Vuylsteke, Bea/Sunkutu, Rose/Laga, Marie: Epidemiology of HIV and Sexually Transmitted Infections in Women, in: Mann, Jonathan M./Tarantola, Daniel J.M.(Eds.): AIDS in the World II. Global Dimensions, Social Roots, and Responses, pp. 97-109, New York: 1996
- Welsh, Brian W. W./Butorin, Pavel: Dictionary of Development. Third World Economy, Environment, Society, Volume 1: A-I, New York: 1990
- Whiteside, Alan: The Macro-Economic Impact of HIV/AIDS in Southern Africa, Paper prepared for Southern African Conference on AIDS and Development, Harare: 28-30 November 1994
- Whiteside, Alan/O Grady, Mary/Alban, Anita: How Will AIDS Impact on Your Business?, Discussionpaper prepared for the 1998 Southern Africa Economic Summit, Update Session 4th July 1999
- Whiteside, Alan/O Grady, Mary/Alban, Anita: Die ökonomischen Folgen der HIV/Aids-Epidemie im südlichen Afrika, in: AIDS-Infothek, Sonderausgabe: HIV/AIDS in Afrika, S. 4-9, April 2000
- Wieczorek-Zeul, Heidemarie: Verschweigen heißt Tod. Statement von Bundesentwicklungsministerin Heidemarie Wieczorek-Zeul vor der Bundespressekonferenz zu den entwicklungspolitischen Ansätzen der AIDS-Bekämpfung, Berlin, 07.07.2000, [<http://www.bmz.de/infothek/rede200070701.html>], S. 1-3, 14.08.2000
- World Bank: World Development Report 1993. Investing in Health, Washington, D.C.: 1993
- World Bank: Confronting AIDS. A World Bank Policy Research Report, Washington, D.C.: 1997
- World Bank: Intensifying Action Against HIV/AIDS in Africa: Responding to a Development Crisis, 2. Aufl., Washington, D.C.: 2000
- Zimmermann, Roland: Im Schatten des großen Mandela, in: Frankfurter Rundschau, Nr. 153, S. 7, 05.07.2000