

FASTENOPFERKONZEPT



HIV/AIDS | Mainstreaming

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	1
2	Kontext und Thematik	2
2.1	Begrifflichkeiten	2
2.2	Bedeutung von HIV/AIDS – Mainstreaming für die Arbeit des Fastenopfers	3
3	Grundpositionen und Ansätze des Fastenopfers.....	3
3.1	HIV/AIDS und Millenniums-Entwicklungsziele.....	4
3.2	HIV/AIDS und Menschenrechte	5
3.3	HIV/AIDS und Gender	6
3.4	HIV/AIDS in Krisensituationen	8
4	Herausforderungen für die HIV/AIDS -Arbeit	9
4.1	Sozio-kulturelle Faktoren	9
4.2	HIV/AIDS und Kirche	10
5	Synergien im Bereich HIV/AIDS	11
6	Strategien und Handlungsleitlinien für die Umsetzung	13
6.1	Methodischer Zugang: ABC, SAVE und CCC	13
6.2	Do no harm und Psycho-sozialer Ansatz	15
6.3	Externes und internes Mainstreaming.....	17
7	Fakten zu den Programmländern des Fastenopfers	19
8	Glossar und Abkürzungen	20

**„Freunde, um es kurz zu machen:
AIDS hat die Regeln neu geschrieben.“**

Peter Piot, UNAIDS-Exekutivdirektor
an der Welt-AIDS-Konferenz 2004

**„HIV ist zu einem Problem der
Ausgeschlossenen geworden.“**

Jonathan Mann, 1998, ehemaliger
Leiter des WHO-AIDS-Programms



Quelle: iStockphoto

1 Einleitung

Entwicklungsrelevanz von HIV/AIDS

HIV/AIDS ist in höchstem Mass entwicklungsrelevant – mehr als jede andere Krankheit. Die Pandemie bedroht Stabilität und Entwicklungschancen in den Ländern des Südens, sterben doch täglich weltweit über 8'000 Menschen an den Auswirkungen der Viruskrankheit und stecken sich Tag für Tag neu ca. 18'000 Menschen an.

Im Jahr 2010 waren weltweit 33,4 Millionen Menschen mit dem Virus infiziert, davon 90 Prozent in den Ländern des Südens.¹ Rund die Hälfte aller HIV-Infektionen betreffen junge Menschen zwischen 15-24 Jahren und in Afrika leben mehr als 14 Millionen AIDS-Waisen.² Langfristig gehen Expert/innen deshalb davon aus, dass sich die Pandemie global erst im Anfangsstadium befindet.

Armut und Krankheit verstärken sich gegenseitig. Denn HIV/AIDS trifft arme Bevölkerungsschichten am stärksten und deren sozio-ökonomische Situation wird durch die Krankheit noch verschärft. Die Produktivität der Wirtschaft - insbesondere der Landwirtschaft - geht drastisch zurück und staatliche Strukturen und Institutionen, allen voran der Bildungs- und Gesundheitssektor, werden empfindlich geschwächt. Die Folgen der Viruserkrankung sind mit eine Ursache dafür, dass soziale Konflikte entstehen und die Ernährungsgrundlage ganzer Regionen nicht mehr gesichert ist.³ HIV/AIDS hinterlässt grosse Lücken an den Arbeitsplätzen, gut ausgebildete Menschen sterben, Wissen geht verloren und Fortschritte

¹ Stand 2008 nach Schätzungen von unaids.org, 28.04.2010

² Nach WHO: Stand Ende 2008 und nach Schätzungen von UNAIDS (AIDS epidemic update, 2009)

³ Vgl. dazu Fastenopfer-Konzept „Lebensgrundlagen sichern – Ressourcenzugang fördern.“ 2009

werden um Jahre zurückgeworfen. Verschärfend kommt dazu, dass die am stärksten betroffene Gruppe hauptsächlich die (re-)produktive Generation (15-49 Jahre) ist. So sinkt die Lebenserwartung durch die Krankheit dramatisch - in vielen Regionen Afrikas und Asiens bereits um 20 Jahre! Dementsprechend massiv verändern sich die Bevölkerungsstrukturen. Eine kleine Zahl junger Erwachsener oder Grosseltern muss für eine wachsende Zahl Kinder, Kranker und älterer Menschen sorgen.

Während in den westlichen Industrieländern der Ausbreitung der Krankheit durch den Einsatz antiretroviraler Medikamente (ART) Einhalt geboten und die Lebensqualität der Betroffenen verbessert werden konnte, steht diese Therapie nur gerade 5% der Patient/innen in den Ländern des Südens zur Verfügung. Entsprechend dramatisch höher fällt dort auch die Sterberate aus.

HIV/AIDS ist also gleichzeitig Ursache wie Folge von Armut. Armutsbekämpfung ist deshalb eine fundamentale Voraussetzung für die Bekämpfung der Viruskrankheit und umgekehrt.

HIV/AIDS stellt daher eine grosse Herausforderung für die internationale Entwicklungszusammenarbeit dar, betrifft die Pandemie doch nicht nur den Gesundheitssektor, sondern tangiert sämtliche Lebensfelder. Auch für das Fastenopfer als katholische Organisation stellt das Thema eine Herausforderung dar, bewegt es sich damit doch im Spannungsfeld der offiziellen Haltung der katholischen Kirche und der gelebten Praxis der Partnerorganisationen. Nichtsdestotrotz hat sich das Fastenopfer vor dem Hintergrund der Entwicklungsrelevanz der Pandemie entschlossen, HIV/AIDS in seiner ganzen Tragweite für die Arbeit in den Programmländern ernst zu nehmen und als strategische Leitlinie zu definieren. Das vorliegende Konzept dient als Handlungsleitlinie für eine Umsetzung in den betroffenen Projektgebieten.

Das Konzept wurde als Grundlage zur Umsetzung der strategischen Leitlinie HIV/ AIDS am 01.03.2011 von der Geschäftsleitung genehmigt.

2 Kontext und Thematik

2.1 Begrifflichkeiten

AIDS wurde am 1. Dezember 1981 als eigenständige Krankheit, die in Gestalt einer Pandemie auftritt, erkannt. Dieser Tag gilt seitdem als internationaler Welt-AIDS-Tag.

AIDS oder **Acquired Immune Deficiency Syndrome** (engl. für „erworbenes Immundefektsyndrom“) bezeichnet eine spezifische Kombination von Symptomen, die beim Menschen in Folge der Infektion mit dem **HIV (Humanen Immundefizienz-Virus)** zu einer tödlichen Immunschwäche führt. Somit ist HIV der Erreger und AIDS die Krankheit. Bei den Erkrankten kommt es zu lebensbedrohlichen opportunistischen Infektionen⁴ und Tumoren. Bereits während der mehrjährigen, symptomfreien Latenzphase können antiretrovirale Medikamente eingesetzt werden, welche die Lebenserwartung von Infizierten steigern. Eine Heilung ist jedoch nicht möglich, da die HI-Viren nicht vollständig aus dem Körper entfernt werden können.⁵

⁴ Unter opportunistischen Erregern versteht man Bakterien, Pilze, Viren und Parasiten, die sich eine Primärerkrankung und die dadurch geschwächte Verfassung des Körpers (vor allem des Immunsystems) zu Nutze machen und somit eine opportunistische Infektion verursachen. Sie nutzen also die Gelegenheit (lateinisch *opportunitas*), sich während der Immunschwäche des Erkrankten zu vermehren. (Wikipedia, 10.10.2010).

⁵ In Anlehnung an Wikipedia, 27.04.2010.

Das HI-Virus wird durch Kontakt mit den Körperflüssigkeiten Blut, Sperma, Vaginalsekret sowie Muttermilch übertragen. Das **Risiko** einer **HIV-Infektion** wird demzufolge durch das individuelle Verhalten und durch spezifische Situationen bestimmt. So etwa bei Sexualverkehr mit oft wechselnden Partnern, bei ungeschütztem Geschlechtsverkehr oder durch Nichtbehandlung von Geschlechtskrankheiten. Dazu kommt für intravenöse Drogenkonsument/innen die Verwendung von unsauberen Nadeln. Weitere Risiken der Ansteckung bestehen in der Bluttransfusion, in der Mutter-Kind-Übertragung vor oder während der Geburt und im Stillen.

Als **HIV-Vulnerabilität** wird die individuelle und / oder kollektive Unfähigkeit definiert, das Risiko einer Infektion – welches nicht vom individuellen Verhalten abhängt - zu kontrollieren. Damit sind Faktoren wie Armut, Krieg, Analphabetismus, Gender-Ungerechtigkeiten, Flucht und Migration sowie das Leben in ländlichen Regionen mit eingeschränktem Zugang zu Gesundheitssystemen oder Bildung verstanden.

Und als **Impakt** werden langfristige Veränderungen verstanden, welche durch HIV/AIDS auf der individuellen Ebene, der Gemeinde-Ebene und auf Ebene der Gesellschaft als Ganzes verursacht werden.⁶

Mainstreaming schließlich zielt auf ein Mitdenken und soweit als möglich auch Verankern des Themas HIV/AIDS auf allen Ebenen und in allen Prozessen einer Organisation ab.

2.2 Bedeutung von HIV/AIDS – Mainstreaming für die Arbeit des Fastenopfers

UN-AIDS definiert HIV/AIDS-Mainstreaming als „Prozess, welcher Akteure in der Entwicklungszusammenarbeit ermächtigt, die Ursachen und Auswirkungen von HIV/AIDS in einer effektiven und nachhaltigen Art und Weise anzugehen – dies sowohl in der alltäglichen Projekt- und Programmarbeit wie auch am eigenen Arbeitsplatz“.

Im internationalen Kontext zeigt sich, dass ein HIV/AIDS-Mainstreaming deshalb notwendig ist, weil praktisch alle Projektarbeit in einem Kontext durchgeführt wird, der mehr oder weniger stark von der Krankheit betroffen ist. Mainstreamen bedeutet also, dass von der Thematik besonders stark betroffene Programme und Projekte mit einer „HIV/AIDS-Brille“ analysiert und die Aktivitäten der Realität angepasst werden. HIV/AIDS-Mainstreaming bietet kein Universalrezept. Denn es gilt, die verschiedenen methodischen Zugänge dem spezifischen kulturellem Hintergrund und dem lokalen Status der Pandemie anzupassen. Ein Kultur-sensibler Zugang ist deshalb der Schlüsselfaktor eines erfolgreichen Mainstreamings.

Es wäre aber falsch zu glauben, dass Mainstreaming HIV/AIDS auch bedeutet, sämtliche Koordinator/innen, Programm- und Projektverantwortlichen zu HIV/AIDS-Expert/innen ausbilden zu müssen. Das Thema soll weder zwanghaft in sämtliche Programme integriert werden, in welchen sich dies nicht aufdrängt, noch sollen alle Projekte obligatorisch eine HIV/AIDS-Komponente aufweisen. Einem seriösen HIV-Mainstreaming ist allerdings auch nicht mit einer kurz angelegten Sensibilisierung der Partnerorganisationen, nach welcher man wieder zum „business as usual“ übergeht, genüge getan.

3 Grundpositionen und Ansätze des Fastenopfers

Obwohl das Fastenopfer nicht direkt im Gesundheitssektor arbeitet und auch in Zukunft keine reinen HIV/AIDS-Projekte unterstützen wird, sind die zentralen Anliegen der Organisation wie Armutsreduzierung, Sicherung der Ernährungssouveränität, Geschlechtergerechtigkeit, Glaube und Gerechtigkeit, die Bewahrung der Menschenwürde

⁶ Nach DEZA, 2004: „Mainstreaming HIV/AIDS in Practice“.

und der Schutz der Menschenrechte für die HIV/AIDS-Arbeit in den Programmländern von elementarer Bedeutung.

Bei der Anpassung der bestehenden Programme und Projekte an die Herausforderungen durch HIV/AIDS vertritt das Fastenopfer folgende Grundpositionen:

3.1 HIV/AIDS und Millenniums-Entwicklungsziele

Es bleiben noch knapp fünf Jahre, um die Millenniumsentwicklungsziele zu erreichen. Ziel 6 sieht die Bekämpfung von HIV/AIDS, Malaria, Tuberkulose und anderen mit Armut verbundenen Krankheiten vor. Bis 2015 soll die Ausbreitung von HIV/AIDS weltweit zum Stillstand und zum Rückzug gebracht werden. Angesichts der Fakten ist es wohl Zeit, sich einzugestehen, dass diese ambitionierten Zielsetzungen eher unrealistisch sind und kaum erreicht werden können. Daher müssen die Regierungen und NGO's über 2015 hinaus denken und einen umfassenden Ansatz zur Verminderung der Armut und zur Erreichung des Rechts auf Gesundheit für alle entwickeln. So hat auch die 18. Internationale Weltaidskonferenz in Wien (18.-23.07.2010) die Bedeutung der Menschenrechte im Kampf gegen HIV/AIDS in den Vordergrund gestellt. Über 13'000 Teilnehmer/innen unterzeichneten die *Vienna Declaration* mit der Aufforderung an die Staaten, mehr Mittel zur AIDS-Bekämpfung bereitzustellen um die *Millennium Development Goals* 6A/6B (Ausbreitung von HIV/AIDS bis 2015 stoppen und für alle Menschen bis 2010 Zugang zur Therapie schaffen) baldmöglichst zu erfüllen.

Auch die Gründung des Global Fund macht das internationale Bemühen deutlich, die Pandemie in den Griff zu bekommen. Er ist ein Finanzierungsinstrument zur Bekämpfung der drei großen Infektionskrankheiten AIDS, Tuberkulose und Malaria. Der Global Fund wurde im Jahr 2001 infolge des G8-Treffens in Genua mit dem Ziel gegründet, die medizinische Versorgung sicherzustellen und sich dafür einzusetzen, dass internationale Patente die Produktion billiger Generika nicht länger blockieren. Der Fond ist heute in 144 Ländern tätig. Trotz der bisher eingesetzten Mittel in Höhe von rund 19 Milliarden USD, zeichnet sich durch den steigenden Finanzbedarf und die Diskrepanz zwischen versprochenen und reell investierten Geldern eine immer grösser werdende Lücke ab. Sollten dadurch die bis anhin mit Medikamenten versorgten Patient/innen ihre AIDS-Therapien unterbrechen müssen, können sich Resistenzen bilden. Der Generalsekretär von UNAIDS, Michel Sidibé, spricht vor dieser Perspektive gar von einem „HIV-Alptraum“.

- Das Fastenopfer engagiert sich dafür, dass die MDG's trotzdem noch erreicht werden können. Dies einerseits mit einer engagierten Lobbyarbeit, andererseits mit der praktischen Projektarbeit in den Ländern des Südens.

Im Kontext von Südafrika, in welchem ein besonders hoher Bevölkerungsanteil von HIV/AIDS existentiell betroffen ist, engagieren sich zwei Fastenopfer-Partnerorganisationen für die Ernährungssouveränität von HIV/AIDS-Betroffenen: Die Organisation UMTHATHI sichert die Ernährungsgrundlage von AIDS-Erkrankten durch die Einrichtung von Hausgärten. Diese sollen eine gesunde und ausgewogene Ernährung der sonst schon geschwächten Personen garantieren. Auch die Partnerorganisation DELTA setzt sich für gemeinschaftsbildende Projekte wie für Hausgärten ein, welche die Ernährung von AIDS-Patient/innen und deren Angehörigen sicherstellen sollen. Noch wichtiger als die Ernährungssicherung ist aber die Bewahrung der Menschenwürde. Deshalb hat sich DELTA die Stärkung des Selbstwertgefühls der Betroffenen ganz oben auf die Agenda gesetzt.

3.2 HIV/AIDS und Menschenrechte

Eine Ansteckung mit HIV ist nicht primär die Frage eines individuellen Fehlverhaltens, sondern hängt eng von strukturellen und sozialen Ungerechtigkeiten ab. Deshalb betreffen Fragen um HIV/AIDS immer auch die Menschenrechte.⁷ Nicht von ungefähr haben am Treffen der Vereinten Nationen zu HIV/AIDS im Jahre 2006 die führenden Vertreter/innen der Nationen der Welt bestätigt, dass die „vollständige Verwirklichung aller Menschenrechte und grundlegenden Freiheiten für alle Menschen ein wesentliches Element im weltweiten Kampf gegen die HIV/AIDS-Pandemie“⁸ ist. Dies ist bis heute jedoch selten der Fall:

Die am schlimmsten Betroffenen (Drogen-Konsument/innen, homosexuelle Männer oder Transsexuelle, Sex-Arbeiter/innen, Gefangene) finden in nationalen HIV-Programmen am wenigsten Beachtung oder werden bewusst ausgegrenzt. Kriminalisierung, Gewalterfahrungen und Marginalisierung von sog. Randgruppen zwingen diese, sich zu verstecken und hindern sie so an Vorbeugung, Behandlung und Milderung der Auswirkung von HIV und AIDS. Durch eine Ansteckung mit HIV und die damit auftretenden Stigmatisierungen wird das Menschenrecht tangiert, **frei von jeglicher Form von Diskriminierung** zu leben.

In den am stärksten betroffenen Ländern Afrikas und Asiens wird der überwiegenden Anzahl der Betroffenen das Menschenrecht auf einen uneingeschränkten **Zugang zu einem funktionierenden Gesundheitssystem** verwehrt. Obwohl mit entsprechender Therapie die Mutter-Kind-Übertragung praktisch ausgeschlossen werden könnte, erhalten in den Ländern des Südens weniger als 1% aller HIV-positiven schwangeren Frauen die entsprechende Behandlung. So werden täglich ca. 1'500 Kinder mit dem Virus geboren.

HIV/AIDS ist eine Epidemie, die v.a. junge Menschen betrifft. Über die Hälfte aller Infizierten weltweit sind zwischen 15-24 Jahre jung. Ihr **Recht auf Bildung** wird oft verletzt und viele Kinder und Jugendliche erhalten keinen uneingeschränkten Zugang zu lebensrettenden Informationen bezüglich HIV-Prävention, zu sexueller Erziehung sowie zu kindgerechten HIV-Medikamenten. In Schulen und Jugendprogrammen findet man oft statt offener Information ein ausschliessliches Anmahnen von jugendlicher Enthaltensamkeit.

Waisen und Kinder in von AIDS betroffenen Familien, werden immer wieder ausgebeutet, missbraucht und stigmatisiert. Von AIDS betroffene Kinder besuchen auch seltener die Schule als ihre Altersgenossen. Ihre Betreuung wird oft überforderten Grosseltern oder älteren Geschwistern überlassen, deren Arbeit weder geschätzt noch vergütet wird. So wird Kindern in Ländern ohne funktionierende Sozialsysteme das **Recht auf Beistand und Schutz** verwehrt (gemäss Art.20 der Kinderschutzkonvention).

Auch das Menschenrecht schliesslich, **frei von gender-spezifischer und sexueller Gewalt** zu leben, wird im Zusammenhang mit HIV/AIDS verletzt. So stellt die UN-Kommission für Menschenrechte fest, dass es zu einer fatalen Spirale aus Gewalterfahrung und Anfälligkeit gegenüber HIV/AIDS kommt. Denn Frauen und Mädchen, die Gewalt ausgesetzt sind, weisen eine markant erhöhte Vulnerabilität gegenüber HIV/AIDS auf. Eine Ansteckung mit HIV wiederum vergrössert die Verletzbarkeit von Frauen und Mädchen gegenüber Gewaltanwendungen. Und schliesslich tragen Gewalterfahrungen von Frauen und Mädchen das Ihre dazu bei, dass die Bedingungen zur Ausbreitung von HIV/AIDS gefördert werden (UNHCR 2004). Zwangsabtreibungen und Zwangssterilisationen von HIV-Infizierten Frauen wiederum verletzen – laut Bericht der UN-Menschenrechtskommission – nicht nur das **Menschenrecht eine Familie zu gründen**, sondern auch das **Recht auf Freiheit und körperliche Unversehrtheit**.

⁷ Vgl. Fastenopfer-Konzept "Menschenrechte – Human Rights Based Approach", 2007.

⁸ "Human Rights and HIV/AIDS: Now more than ever. 10 Reasons why Human Rights should occupy the Centre of the Global AIDS Struggle." Open Society Institute, 2007.

- Das Fastenopfer setzt sich dafür ein, dass alle Menschenrechte geschützt und eingefordert werden können, denn dies stellt den Schlüssel zum Schutz der psychischen und physischen Gesundheit der Menschen dar. Die Forderungen auf das Recht auf Nichtdiskriminierung, das Recht auf Behandlung, das Recht der Menschen mit HIV/AIDS an Gesundheitsprogrammen und politischen Prozessen teilzunehmen und das Recht auf Schutz vor Gewalt und das Recht auf Schutz und Beistand entsprechen den zentralen Forderungen von Menschenrechten und werden vom Fastenopfer entschieden vertreten.

Die kirchliche Partnerorganisation IMCS Afrika legt ihren Fokus in der HIV/AIDS-Arbeit auf die Aufklärung von Jugendlichen – so etwa im Rahmen der in der Schule unterrichteten Sozialkunde. Damit wird dem Menschenrecht auf Bildung resp. der angemessenen HIV/AIDS-Aufklärung Rechnung getragen.

3.3 HIV/AIDS und Gender

Heute kann man von einer zunehmenden Feminisierung der Epidemie sprechen. So sind – je nach Kontext – nicht nur die Frauen am stärksten dem Risiko einer Infizierung ausgesetzt, sie tragen oft auch die Hauptlast der Auswirkungen von HIV/AIDS, sei dies in Form von Pflege Angehöriger und von Verlust der Arbeits- oder Ausbildungsstelle, in Form von Stigmatisierung und Diskriminierung.⁹

Aktuell sind die Hälfte der HIV-Infizierten weltweit und die Mehrheit der HIV-Infizierten in der Subsahara Frauen. Weltweit ist AIDS die Haupttodesursache von Frauen im gebärfähigen Alter.¹⁰ Anatomische Gründe und psychologische Faktoren, ein tiefer sozialer Status, der Mangel an politischer und sozialer Einflussnahme, wirtschaftliche Abhängigkeit, gewisse kulturelle Werte und Praktiken sowie gender-spezifische Gewalt sind die Faktoren, welche die Vulnerabilität von Frauen erhöhen. Aufgrund rechtlicher und sozio-ökonomischer Ungerechtigkeiten, müssen sich Frauen oft in Wohn- und Arbeitsverhältnisse einlassen, in denen sie sexuellem Missbrauch oder Gewalt ausgesetzt sind. Krisenkontexte erhöhen zusätzlich die Gewalt gegenüber Frauen und damit deren Vulnerabilität. Gewalterfahrungen und Angst wiederum können Frauen davon abhalten, sich auf HIV testen zu lassen und auf der Verwendung von Kondomen zu bestehen. Auch die in vielen Kontexten verbreitete moralische Vorstellung, dass Frauen jungfräulich in die Ehe gehen sollen, erhöht paradoxerweise deren Anfälligkeit für eine Infektion. Ihre sexuelle Unerfahrenheit hindert sie nämlich an Aufklärung über HIV/AIDS und über angemessene Verhütungsmassnahmen. Als unverheiratete Jungfrauen sind junge Mädchen zudem einem höheren Risiko für Vergewaltigung und damit auch für eine Ansteckung mit HIV ausgesetzt. Da Mutterschaft – gleich wie Jungfräulichkeit – in vielen Kulturen als das weibliche Ideal per se betrachtet wird, stellen Verhütungsmethoden wie das Kondom für viele Frauen ein unlösbares Dilemma dar.

Für viele Frauen und Mädchen mit HIV und AIDS bleibt das Gesundheitswesen ein System, in dem sie sich Vorurteilen und Diskriminierung ausgesetzt sehen. Insbesondere HIV-infizierte Schwangere werden eher moralisch verurteilt, statt dass man ihnen bewährte Behandlungen zukommen lassen würde, die eine Übertragung des Virus von Mutter auf das Kind verhindern könnten.

9 Vgl. dazu den Artikel von G. Gupta „Gender, Sexuality, and HIV/AIDS: The What, the Why, and the How“. Washington 2000.

10 Nach Informationen der Internationalen AIDS-Konferenz 2010 in Wien, die von der Internationalen AIDS-Gesellschaft (IAS) organisiert wird.

Die Hauptlast für die Pflege von AIDS-Patient/innen und für die Versorgung der AIDS-Waisen liegt in den Händen von älteren oder sehr jungen Frauen. Dadurch werden diese in ihrer ökonomischen und oft auch sozialen Position zusätzlich auf eine harte Probe gestellt.

Männer ihrerseits, weisen ebenfalls eine gender-spezifische Vulnerabilität aus. Besonders junge Männer, denen in der Sexualität eine aktive Rolle zugeschrieben wird, sind nur mangelhaft über Risiken aufgeklärt. So sammeln sie oft auf riskante Weise erste sexuelle Erfahrungen und müssen so ihre Männlichkeit beweisen (UNAIDS 1999).

Die weitverbreitete Vorstellung, dass eine möglichst grosse Anzahl von Sexualpartner/innen ein Beweis für Maskulinität darstellt und, dass Untreue „in der Natur des Mannes“ liegt, erhöht wiederum deren Anfälligkeit für eine HIV-Infektion.

In vielen Kulturen herrscht ausserdem die Vorstellung, dass Männer kaum Emotionen zeigen und auch in Stresssituationen keine Hilfe von anderen annehmen sollen (WHO 1999). Diese Ideale von Unverletzbarkeit laufen einer effizienten Prävention entgegen und erhöhen das Risiko, dass Männer einen allfälligen positiven HIV-Status negieren.

Grundsätzlich kann man sagen, dass weitverbreitete Männlichkeitsideale vielfach mit einem Hochrisikoverhalten bezüglich einer HIV-Ansteckung einhergehen.

- Fastenopfer überprüft deshalb alle bestehenden Landesprogramme bezüglich ihrer Gender-Gerechtigkeit und der daraus möglichen Auswirkungen auf die Verbreitung von HIV/AIDS. Darüber hinaus fördert Fastenopfer in seinen Programmländern Projekte, welche die Geschlechtergerechtigkeit in den Vordergrund stellen, welche das soziale, kulturelle und ökonomische Empowerment von Frauen anvisieren und sie ermächtigen, über Fragen ihrer Sexualität und über ihren Körper eigenverantwortlich zu entscheiden. Männer ihrerseits sollen ermutigt werden, ihr eigenes Rollenverhalten und Männlichkeitsideale zu hinterfragen, sodass eine gemeinsame Verantwortung für sicheren Geschlechtsverkehr angestrebt werden kann.
- In Programmen und Projekten mit einer HIV/AIDS-Präventionskomponente achtet das Fastenopfer darauf, dass ein gender-sensibler Zugang gewählt wird. Das bedeutet, dass in der Präventionsarbeit ein besonderer Fokus auf gender-spezifische Vulnerabilitäten, Bedürfnisse und Strategien in der HIV/AIDS-Problematik gelegt wird.

In ihrem Engagement gegen den Uterus-Vorfall¹¹ thematisieren die nepalesischen Fastenopfer-Partnerorganisationen SAHAVANGI und WRRP den Zusammenhang zwischen reproduktiver Gesundheit und HIV/AIDS. Dabei legen sie grosses Gewicht auf die Selbstbestimmung von Frauen über den eigenen Körper und auf die Enttabuisierung der beiden Themen Uterus-Prolaps und HIV/AIDS.

Die kolumbianische Partnerorganisation SYNERGIA setzt zwei Gender-Spezialistinnen ein, welche HIV/AIDS im Rahmen ihrer Gender-Ausbildungen mit allen Partnerorganisationen thematisieren. Einen gender-spezifischen Zugang zum Thema verfolgt auch PACSA, eine Fastenopfer-Partnerorganisation aus Südafrika, welche ein spezifisches Gender-HIV / Desk eingerichtet hat.

Die brasilianische Partnerorganisation CEBI und die südafrikanische Partnerorganisation DELTA setzen in ihrer HIV/AIDS-Arbeit darauf, die Problematik mit Männer- und

¹¹ Uterusprolaps bezeichnet einen Gebärmuttervorfall, ein Durchdrücken der Gebärmutter durch den Geburtskanal hindurch, zum Teil bis zum Austritt innerhalb der nun ausgestülpten Vagina ausserhalb des Körpers. Dies ist auf ein Versagen der haltenden Bänder zurückzuführen, welches in der Regel durch harte körperliche Arbeit, durch das Tragen von schweren Lasten und durch viele in kurzen Abständen erfolgte Geburten zurückzuführen ist. Der Uterusprolaps ist die extreme Form von Gebärmutterensenkung (Descensus uteri). (In Anlehnung an Wikipedia, 22.12.2010).

Frauengruppen einzeln zu thematisieren. Dabei geht es insbesondere um eine differenzierte Auseinandersetzung mit Maskulinität und den damit verbundenen Männer- und Frauenrollen.

3.4 HIV/AIDS in Krisensituationen

Das Fastenopfer arbeitet zwar nicht direkt in Kriegsgebieten, doch die meisten Landesprogramme werden von konfliktiven Kontexten geprägt und / oder regelmässig von Naturkatastrophen heimgesucht. Konfliktkontexte zeichnen sich aus durch zerbrechende Sozialstrukturen, eine starke Zunahme sexualisierter Gewalt und durch eine ungünstige Machtverschiebung in den Geschlechterbeziehungen. In humanitären Krisensituationen werden Menschen zur Flucht gezwungen, Kinder bleiben sich selbst überlassen, es mangelt an Nahrungsmitteln, an sauberem Trinkwasser und an sicheren Unterkünften. Bewaffnete Truppen und stationierte UNO-Truppen erhöhen zusätzlich die HIV/AIDS-Rate durch sexuelle Gewalt, Prostitution oder Kinderhandel. Gleichzeitig nimmt die Diskriminierung von bereits Infizierten noch stärker zu. All dies führt zu einer starken Erhöhung von Ansteckungsrisiken und Vulnerabilitätsfaktoren. Gleichzeitig bricht in konfliktiven Kontexten vielfach auch die präventive, kurative und psychosoziale Versorgung zusammen. Mainstreaming von HIV/AIDS und eine psychosoziale Begleitung ist deshalb gerade in Konfliktgebieten eine Priorität.

HIV/AIDS als traumatische Erfahrung

Die Diagnose „HIV-positiv“ und ein Ausbruch von AIDS ist für die einzelnen Betroffenen durch die reale Bedrohung der Unversehrtheit des eigenen Körpers und durch die Angst vor dem Sterben in der Regel ein traumatischer Prozess. Neben dem der Krankheit inhärenten traumatischen Charakter verschärfen sozialpolitische Prozesse, Stigmatisierungen und Diskriminierungen die traumatische Wirkung. Von gewissen Hilfsorganisationen in der Prävention propagierte religiöse Überzeugungen und daran verknüpfte moralische Schuldzuweisungen verstärken den Stress der Betroffenen zusätzlich.

Unwissenheit über den eigenen HIV-Status, Angst vor Ausgrenzung, und schliesslich der Schock über eine Ansteckung sowie der Ansteckungshintergrund beeinflussen die psychische Verfassung der Menschen massgebend.

- Das Fastenopfer engagiert sich aktiv gegen die Ausgrenzung von Betroffenen und arbeitet mit dem psycho-sozialen Ansatz, um Themen wie Angst, Trauer, Verlust und Tod bewusst in die Projektarbeit zu integrieren.

4 Herausforderungen für die HIV/AIDS -Arbeit

4.1 Sozio-kulturelle Faktoren

Spezifische kulturelle Praktiken und lokale Konzepte können die Eindämmung von HIV/AIDS behindern oder unter Umständen gar dessen Verbreitung fördern. Darunter fallen etwa Initiationsrituale, Tätowierungen und Beschneidungen mit unhygienischen Instrumenten, sozial geförderte Promiskuität, die Unterdrückung der Selbstbestimmung über den weiblichen Körper, die Zunahme an sozialem männlichen Status durch eine hohe Anzahl an Sexualpartnerinnen oder der in afrikanischen Kontexten verbreitete Irrglaube, dass der Geschlechtsverkehr mit einer Jungfrau HIV-Positive heilen könne. Hexereibeschildigungen und andere Mechanismen der sozialen Ausgrenzung von HIV/AIDS-Betroffenen oder deren Angehörigen führen zusätzlich zu massiven Stigmatisierungen und zu Isolation.

Auch in kulturellen oder ökonomischen Kontexten, in welchen sich die Männer durch eine hohe Mobilitätsrate auszeichnen (z.B. Minenarbeiter, Lastwagenchauffeure, Wanderarbeiter, Soldaten, Matrosen und Hafendarbeiter), steigt die eigene Infektionsrate wie diejenige der Partner/innen erheblich.

Kulturelle oder religiöse Vorstellungen und gesellschaftliche Strukturen bergen aber auch ein grosses Potential im Engagement gegen HIV/AIDS. So nicht zuletzt durch die Bereitstellung von sozialen Netzen, welche fehlende staatliche Strukturen ersetzen und HIV/AIDS-Betroffene auffangen können. Die Integration von kulturellen Konzepten und emische¹² Definitionen von Körper, Sexualität, Gesundheit und Krankheit und den Beziehungen zwischen den Geschlechtern ist in einem kultur-sensiblen HIV/AIDS-Mainstreaming zwingend notwendig und stellt oft den Schlüssel für eine erfolgreiche Sensibilisierungskampagne dar. Kommunikationsformen, die dem lokalen Kontext angepasst sind – wie Theater, Tanz, Malerei, orale Traditionen etc., – eignen sich besonders für eine vielversprechende Präventionsarbeit.

Der Einbezug von lokalen religiösen Autoritäten und Heiler/innen, Hebammen bzw. TBA's (traditional birth attendants) garantiert die Integration von lokalen Konzepten und Vorstellungen, was sich meist positiv auf die HIV/AIDS-Arbeit auswirkt. Lokale Vertreter/innen sollen als gleichberechtigte Partner/innen von der Planung bis zur Durchführung und Evaluation in den spezifischen Projekten aktiv involviert sein.

Die Fastenopfer-Partnerorganisation GALS in der Demokratischen Republik Kongo bildet freiwillige Promotor/innen aus, welche die lokale Bevölkerung im Rahmen einer ganzheitlichen Beratung von Dorfgruppen für das Thema HIV/AIDS sensibilisieren.

¹² Der sozialwissenschaftliche Begriff „*emisch*“ bedeutet „mit den Augen eines Insiders“ einer Kultur oder eines Systems zu sehen und bezeichnet eine Beschreibung, die in erster Linie aus Sicht eines Teilnehmers der untersuchten Kultur richtig ist. Emisch steht im Kontrast zu einer „*etischen*“ Betrachtungsweise, die den „Blick von Aussen“ wiedergibt.

4.2 HIV/AIDS und Kirche

„Was ihr für den geringsten meiner Brüder getan habt, das habt ihr mir getan“ (Mt 25,40)

Die katholische Kirche an der Basis und kirchliche Hilfsorganisationen engagieren sich weltweit aktiv bei der Unterstützung und in der Betreuung von HIV/AIDS Betroffenen.¹³ Sie kämpfen für eine umfassende Gesundheitsversorgung, für einen Zugang für erschwingliche Generika in der anti-retroviralen Therapie für die Länder des Südens, sie leisten psychosoziale Betreuung von Erkrankten, deren Angehörigen und Waisen und setzen sich aktiv gegen Stigmatisierung und Diskriminierung zur Wehr.¹⁴

So hat auch der Ökumenische Rat der Kirchen (ÖRK), der heute als zentrales Organ der ökumenischen Bewegung gilt, 2002 eine HIV/AIDS-Initiative in Afrika (EHAIA) ins Leben gerufen, mit dem Ziel, den afrikanischen Kirchen Zugang zu Informationen, Weiterbildung und Mitteln zu verschaffen und ihnen den Kontakt mit anderen Kirchen und Einrichtungen zu erleichtern, die ebenfalls im Bereich HIV aktiv sind. Damit wird eine ökumenische Dimension in die kirchlichen Betreuungs-, Aufklärungs- und Beratungsprogramme gebracht. In Brasilien existiert seit 1999 gar eine AIDS-Pastoral, welche der brasilianischen Bischofskonferenz (CNBB) angegliedert ist. Diese leistet mit Hilfe von ausgebildeten Pastoralagenten im ganzen Land einen entscheidenden Beitrag zur Bekämpfung von HIV/ AIDS durch Information über die Krankheit und durch Hilfestellungen für Betroffene an der Basis.

Das Lehramt der katholischen Kirche jedoch lehnt den Kondomgebrauch in der Prävention (im Kontrast zu engagierten Basisgruppen) ab. Die päpstlichen Äußerungen zur strengen Enthaltensamkeit bis zur Ehe und der absoluten Treue (sog. AB-Strategie) lehrt nur wenig über sichere Sexualpraktiken oder Kontrazeptiva. Diese Einstellung übersieht die realen Lebenssituationen der Menschen (insbesondere von Jugendlichen) und das Anmahnen von Treue und Abstinenz allein können kontra-produktiv wirken. Die bis vor kurzem kategorische Ablehnung der Verwendung von Präservativen bringt die katholische Kirche auch in Erklärungsnotstände, so etwa, wenn "treue" Ehepartner durch ungeschützten Sexualverkehr durch ihren mit HIV-infizierten Partner angesteckt werden. Zwar ließen neuste Äußerungen von Papst Benedikt XVI aufhorchen, in welchen er sich für eine „menschlichere Art von gelebter Sexualität“ aussprach und Kondome in gewissen Fällen – erstaunlicherweise insbesondere für männliche Prostituierte – als legitim betrachtete.¹⁵ Dennoch lehnt das Lehramt der katholischen Kirche ab, die Verwendung von Präservativen auch als Teil einer moralischen Lösung zur Eindämmung der HIV-Pandemie zu definieren. So ließ die Glaubenskongregation kurz nach der päpstlichen Veröffentlichung denn auch verlauten, dass die Worte des Papstes „weder die Morallehre noch die pastorale Praxis der Kirche änderten.“¹⁶

Auch andere Kirchen tun sich noch schwer mit dem Einsatz von Kondomen zur Prävention und einzelne Gläubige sehen HIV/AIDS nach wie vor als Konsequenz für sündiges unmoralisches Verhalten und damit als Strafe Gottes. Zum Auftakt des ersten AIDS-Gipfels der Religionen in Utrecht (23./24.03.2010) haben die Vereinten Nationen an die

¹³ So schätzt der „Vatican's Pontifical Council for Health Pastoral Care“, dass rund 25% aller HIV- und AIDS-Versorgung weltweit durch die katholische Kirche geleistet wird (Vitillo, 2009: „Faith based Responses to the Global Pandemic“).

¹⁴ So etwa die katholische Kirche Luzern im Rahmen ihrer Kampagne vom 23.-25.10.2010 zur Sensibilisierung von Jugendlichen mit dem Slogan "Vergessen ist ansteckend – schütze deinen Nächsten wie dich selbst."

¹⁵ Vgl. dazu Interviewbuch von P. Seewald: „Licht der Welt“ 2010: 117-119, Vatikanverlag.

¹⁶ KIPA, vom 22.12.2010, Nr. 356: S.11.

Repräsentanten der Weltreligionen¹⁷ appelliert, den Kampf gegen Aids zu verstärken und ihren Gläubigen dabei auch die Benutzung von Kondomen zu erlauben. In ihrer Abschlusserklärung erwähnten die rund 40 führenden Vertreter aller Weltreligionen Kondome dann jedoch nur indirekt, indem sie sich für eine „ganzheitliche Prävention einschliesslich sicherer Praktiken“ aussprachen. Gleichzeitig versprachen die Religionsführer sich auch ganz persönlich stärker dafür einzusetzen, dass in den jeweiligen Glaubensgemeinschaften und Kulturen die Würde der mit HIV oder AIDS lebenden Menschen respektiert werde. Die Stigmatisierung und Diskriminierung von HIV-infizierten Menschen müsse überwunden werden.

Kirchliche Organisationen werden heute als Schlüssel-Akteurinnen betrachtet im Engagement gegen AIDS. Dies, 1. weil sie überall dort präsent sind, wo die ärmsten Menschen um ihr Überleben kämpfen, 2. weil sie über eine starke Kommunikationsfähigkeit, über ein grosses Netzwerk und über Führungsfähigkeiten (Leadership-Capacity) verfügen und so die betroffenen Menschen auch erreichen, 3. weil sie wichtige Partnerinnen in der Gesundheitsversorgung aber auch in der Überlebenssicherung der ländlichen Bevölkerung sind, 4. weil viele kirchliche Organisationen auch HIV-/AIDS-Betroffene in ihren Institutionen aufnehmen und versorgen und 5. weil sie sich in Zusammenarbeit mit internationalen und nationalen Partnern auch auf politischer Ebene aktiv gegen eine Ausbreitung von HIV/AIDS stark machen können. Dies ist auch der Grund, weshalb sich Fastenopfer als katholische „faith-based“-Organisation (fbo) gegen eine Ausbreitung von HIV engagiert.

- Da die katholische Kirche zu Fragen rund um das Thema HIV/AIDS gewisse Positionen hat, welche den Lebenswirklichkeiten unserer Partnerorganisationen nicht immer entsprechen, tauscht sich das Fastenopfer mit den Partnern dazu aus und sucht nach kontextbezogenen Lösungen. Grundsätzlich legt das Fastenopfer seinen Schwerpunkt auf die Unterstützung der wichtigen Basisarbeit, welche in zahlreichen Programmländern geleistet wird. Dabei weiss es sich der lebensfördernden Kraft des Evangeliums und den Erkenntnissen der Humanwissenschaften verpflichtet. Es orientiert sich daher an den Grundwerten der christlichen Soziallehre¹⁸ und steht für Geschlechtergerechtigkeit, für die Durchsetzung der Menschenrechte aller HIV/AIDS-Betroffenen und für die Verbesserung ihrer Lebenssituation ein. Nur eine vorurteilsfreie Auseinandersetzung mit dem entwicklungsrelevanten Thema HIV/AIDS und das Brechen des Schweigens können Sensibilisierungs- und Präventionsarbeit erfolgreich machen und Menschenleben retten.

So unterstützt das Fastenopfer mehrere Bibellektüre-Gruppen in Brasilien (CEBI), in Südafrika (UJAMAA) und in Haïti (REBA), welche sich entweder selbst aus HIV-Betroffenen zusammensetzen oder aber wichtige Sensibilisierungsarbeit leisten, in dem sie das vielfach tabuisierte Thema in einer kontextuellen Bibellektüre ansprechen.

Im Fastenopfer-Programm Laos (Partnerorganisation LBFD) werden zudem buddhistische Nonnen und Mönche befähigt, Kleinprojekte zur Unterstützung von HIV-Betroffenen durchzuführen.

5 Synergien im Bereich HIV/AIDS

AIDS ist ein globales Problem und kann deshalb nur durch globale Vernetzung eingedämmt werden. Fastenopfer arbeitet deshalb in einem Netzwerk mit anderen Organisationen, welche sich konzentriert gegen die Ausbreitung von HIV/AIDS engagieren.

¹⁷ An der zweitägigen Konferenz bei Utrecht beteiligten sich rund 40 Vertreter des Christentums, des Islams, des Judentums und des Buddhismus sowie der Bahai, der Hindus und der Sikhs.

¹⁸ Vgl. dazu Fastenopfer-Konzept „Gemeinden bilden – Glauben leben“ 2008.

Nationale Netzwerke

In der Schweiz ist die **DEZA** das federführende Amt für die Internationale Zusammenarbeit im Bereich von HIV/AIDS.

Gleichzeitig ist Fastenopfer zusammen mit rund 30 anderen schweizerischen Organisationen Mitglied der Fachplattform **aidsfocus.ch**, einem Projekt von **Medicus Mundi Schweiz**. Durch die Nutzung von Synergien unter Schweizer Organisationen will aidsfocus.ch die Kompetenzen und Kapazitäten von Schweizer Akteuren stärken, um wirksamer gegen die Ausbreitung der Pandemie HIV/AIDS und deren drastischen Auswirkungen vorgehen zu können und die internationale Solidarität zu stärken.

Caritas hat das Thema HIV/AIDS in seiner IZA-Strategie 2010 als eines von vier Querschnittsthemen aufgenommen. Fachpersonen der **Bethlehem Mission Immensee** (BMI) engagieren sich in mehreren Projekten in Afrika in der AIDS-Prävention, der Begleitung von Kranken und Sterbenden und der Betreuung von AIDS-Waisen. Auch **Heks / Eper** hat 2009 einen entsprechenden Leitfaden ausgearbeitet. **Missio Schweiz** schließlich, hat insbesondere das Thema AIDS & Kinder zu seiner Priorität gemacht und sensibilisiert mit seinem AIDS-Truck Schulklassen in der Schweiz auf das Thema.

Auch die **AIDS-Hilfe Schweiz** setzt sich in der Schweiz für Aufklärung und für eine verbesserte Lebenssituation von HIV/AIDS-Betroffenen ein.

Internationale Netzwerke

Das Fastenopfer unterstützt über die Arbeit des **Globalen Ökumenischen Aktionsbündnis** (Ecumenical Advocacy Alliance, EAA) die Vernetzung von Kirchen, Betroffenen, Nichtregierungsorganisationen und staatlichen Akteuren. So sind ein Austausch von Erfahrungen, die gemeinsame Entwicklung neuer Methoden und Strategien sowie eine gemeinsame Nutzung vorhandener Ressourcen möglich. Auch **Misereor** hat AIDS auf seine Themenliste gesetzt und bereits 1985 ein erstes AIDS-Projekt bewilligt.

In die gleiche Richtung arbeitet auch CHAN, das **Catholic HIV/AIDS Network**, die frühere .AIDS Funding Network Group (AFNG), welche 1992 von **Caritas Internationalis** (CI) gegründet wurde. Ziel der Organisation ist die Vernetzung und der Wissenstransfer von kirchlichen Organisationen, welche sich im Bereich HIV/AIDS engagieren. Dieser internationale Zusammenschluss von 15 katholischen Werken der Nothilfe, Entwicklungs- und Sozialarbeit hat gemeinsam HIV/AIDS-Richtlinien erarbeitet, welche auf der Sitten- und Soziallehre der katholischen Kirche basieren und sich die Förderung von ganzheitlichen HIV/AIDS-Programmen in 201 Ländern auf die Agenda gesetzt haben.

- Die Arbeit in einem Netzwerk von Organisationen ermöglicht dem Fastenopfer nicht nur einen regen Informationsaustausch, sondern auch Synergien im Bereich von Lobbying und Advocacy, um sich für mehr Beachtung von HIV/AIDS auf politischer Ebene einzusetzen.
- Im Bereich **Lobbying und Advocacy** unterstützt das Fastenopfer deshalb zusammen mit anderen Organisationen nationale und internationale Lobbying-Projekte, welche sich für die Rechte und Bedürfnisse von Menschen einsetzen, die direkt oder indirekt von HIV/AIDS betroffen sind. Gleichzeitig setzt es sich auch auf politischer Ebene mit dafür ein, dass die nötigen Ressourcen und Infrastruktur zur Verfügung gestellt werden, damit die Epidemie effektiv bekämpft werden kann und dass, alle Menschen – ungeachtet ihrer Herkunft – Zugang zu anti-retroviralen Medikamenten erhalten.

6 Strategien und Handlungsleitlinien für die Umsetzung

6.1 Methodischer Zugang: ABC, SAVE und CCC

Der methodische Zugang von kirchlichen Organisationen, nicht-staatlichen oder staatlichen Institutionen im Kampf gegen AIDS unterscheidet sich je nach Land und je nach Kontext. Die Wahl eines spezifischen Instrumentes zur Prävention zeugt allerdings von der moralischen und ethischen Position des jeweiligen Akteurs. Grundsätzlich kann man zwei Ansätze unterscheiden, die in der Präventions-Behandlungs- und Lobbying-Arbeit am stärksten verbreitet sind: ABC und SAVE. Das Fastenopfer strebt eine Kombination der beiden Methoden an.



Aufklärungstafel in Botswana in den späten 1990er Jahren.
(<http://www.avert.org/aids-picture>, 08.11.2010)

ABC meint „**A**bstinence, **B**eing faithful, **C**ondom use“ und wurde als Reaktion auf die wachsende Epidemie von HIV/AIDS in den späten 80ern in Afrika entwickelt. Die ABC-Strategie ist eher auf einer individuellen Ebene anzusiedeln, es wird dabei auf die Selbstverantwortung des Individuums gesetzt. Kaum berücksichtigt werden dabei strukturelle Ursachen wie Armut, Mobilität oder Krieg. Das alleinige Setzen auf die ABC-Methode wird hauptsächlich von gewissen amerikanischen Akteuren verbreitet (US Global AIDS Strategy, 2003) und im afrikanischen Kontext implementiert. Grundsätzlich ist der Appell an die Selbstverantwortung des Individuums zu befürworten und auch die Kombination aus Abstinenz, Treue und Kondomgebrauch scheint sinnvoll. Doch leider scheitert diese oft an der Lebensrealität der Zielgruppen. So hat sich in der Praxis der vergangenen Jahre gezeigt, dass das ausschliessliche Propagieren der ABC-Strategie insbesondere Frauen – als besonders exponierte Gruppe – nur unzulänglich schützt. Die Forderung nach Abstinenz etwa wird in vielen afrikanischen Kontexten, in welchen Mädchen schon in jungen Jahren verheiratet werden, zur Farce. Auch in Situationen, in welchen Mädchen und Frauen (aber auch Männer) aufgrund ihrer prekären ökonomischen Situation zur Prostitution gezwungen werden, wirkt das Credo nach Enthaltensamkeit eher zynisch. Auch das „Being faithful“ – die Forderung nach Treue – wirkt sich für Frauen oft ungünstig aus. Im UNAIDS-Report von 2004 etwa zeigt sich, dass in Zambia und Kenia die Prävalenz von jungen verheirateten Frauen (15-19 Jahre) deutlich höher liegt, als bei sexuell aktiven, unverheirateten älteren Frauen. Grund dafür ist, dass junge Frauen oft mit erheblich älteren Männern verheiratet sind, welche nicht selten selbst HIV-positiv sind. Das Gebot der Treue erweist sich nur dort

als wirksames Mittel gegen eine HIV-Ansteckung, in welchen beide Ehepartner negativ auf HIV getestet wurden.



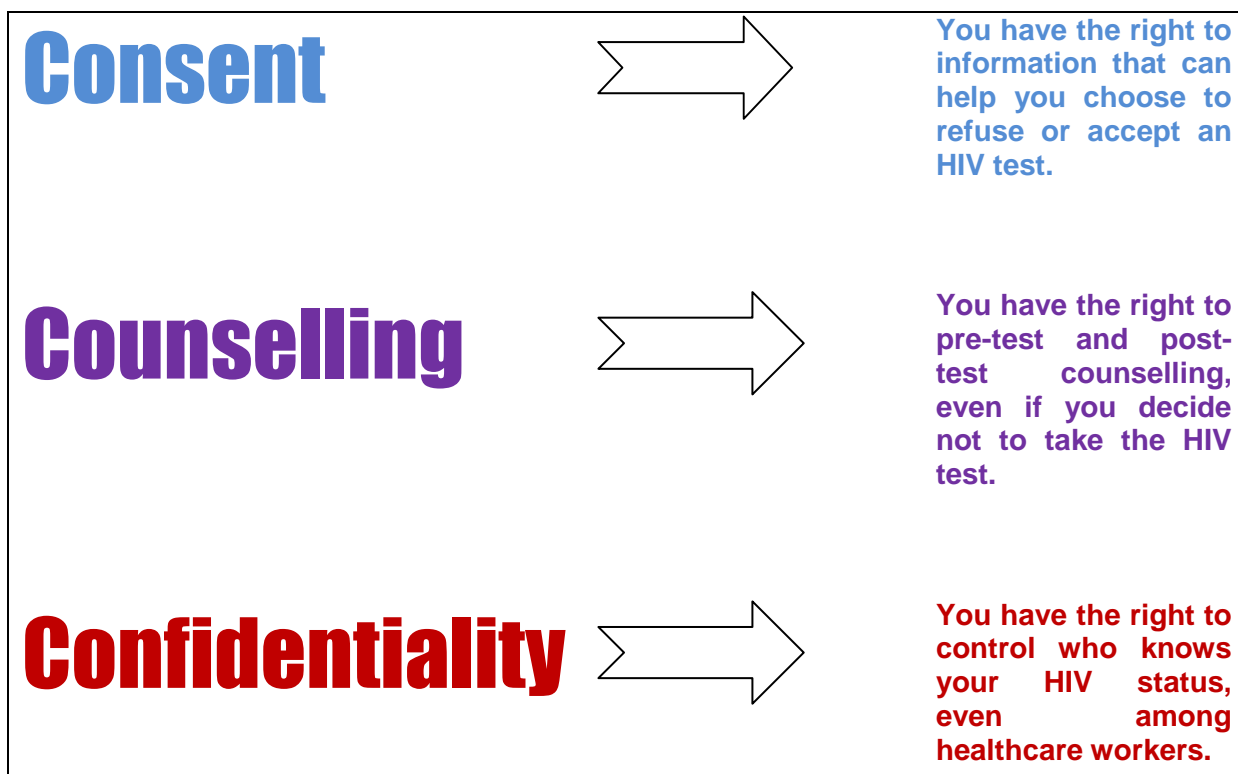
Australisches Aufklärungsposter zum Ansprechen der Zielgruppe von jugendlichen Aborigines, 1989.

Obwohl Kondome nachweislich als sicherste Methode zur Verhinderung einer Infizierung gelten, zeigt sich in vielen Ländern des Südens, dass durch dessen tiefe Akzeptanz eine isolierte Anwendung unzulänglich ist. So widerspricht es etwa in vielen afrikanischen Ländern dem Konzept, dass der Sexualakt in erster Linie der Weitergabe von Leben und damit der Weiterführung der Familienlinie dienen soll. Dazu kommt, dass die Verwendung von Kondomen vielmehr mit HIV-Prävention assoziiert wird, als mit Familienplanung. Damit steigt wiederum die Angst vor Stigmatisierung. Für Frauen wird die Verwendung von Kondomen nur dann zu einer realistischen Option, wenn der Sexualpartner auch damit einverstanden ist. Und in Realität ist dies leider immer noch viel zu selten der Fall, wird doch mit einer Forderung nach einem Kondom oft ein Misstrauensantrag verbunden. Angesichts der offensichtlichen Limitationen des ABC-Ansatzes, müssen komplementär auch strukturell angelegte Zugänge angestrebt werden. So etwa in Form der SAVE-Strategie:

SAVE steht für „**S**afer Practices, **A**ccessibility and availability of services, **V**oluntary counselling and testing, **E**mpowerment trough education.“ Unter „Safer Practices“ werden einerseits sichere Sexualpraktiken verstanden, andererseits sind damit auch sichere Methoden zur Bluttransfusion, sterile Spritzen und die korrekte Unterweisung und Praxis zur Verhinderung der Mutter-Kind-Übertragung gemeint. „Accessibility and availability of services“ unterstreicht die Forderung, dass alle zu jeder Zeit Zugang zu medizinischen Diensten haben müssen, sei dies in Form von Information, Unterstützung oder Behandlung (ART). „Voluntary counselling and testing“ nimmt Bezug darauf, dass jeder einzelne für sich die Verantwortung dafür tragen soll, seinen HIV-Status zu kennen. Dies ist ein zentraler Faktor für eine erfolgreiche Prävention und Behandlung. „Empowerment trough education“ schliesslich weist darauf hin, dass nur eine fundierte und moralisch neutrale Sensibilisierungsarbeit auch eine langfristige Präventionsarbeit ermöglichen kann.

Dieser methodische Zugang wurde durch eine Gruppe von religiösen Führungspersonen¹⁹ entwickelt, welche selbst von der Krankheit betroffen waren und deshalb auf eine pragmatische Option abzielten.

Zusätzlich zu SAVE und ABC beachtet das Fastenopfer in seiner Sensibilisierungs- und Präventionsarbeit die drei **C-Faktoren**: Einverständnis, Beratung und Vertraulichkeit (auf engl. drei C - **C**onsent, **C**ounseling und **C**onfidentiality). Diese Methode wurde entwickelt, um HIV-Tests und Beratungen auf eine möglich ethische und gleichzeitig erfolgreiche Weise durchführen zu können. Dabei wurde das Gewicht insbesondere auf Freiwilligkeit gelegt.



Nach BONELA (The Botswana Network on Ethics, Law and HIV/AIDS), www.bonela.org, 22.12.2010.

- Das Fastenopfer vertritt als Organisation, welche sich gegen strukturelle Ungerechtigkeiten einsetzt, eine Kombination aus den drei erwähnten Strategien. So befürwortet es grundsätzlich die an sich sinnvolle ABC-Strategie, welche an das moralische Verhalten des einzelnen Menschen appelliert, setzt gleichzeitig aber auch auf die umfassendere und Gender-sensiblere SAVE-Strategie und berücksichtigt in der Sensibilisierungsarbeit zusätzlich die drei C-Faktoren.

6.2 Do no harm und Psycho-sozialer Ansatz²⁰

Das Beachten von "do no harm" ist eines der zentralen Prinzipien in der Projekt- und Programmarbeit des Fastenopfers. Deshalb muss beim Mainstreaming von HIV/AIDS immer

¹⁹ Federführend war dabei die Organisation ANERELA+, Mitglieder der anglikanischen Kirche in Uganda.

²⁰ Siehe „Gender, Konflikttransformation & der Psychosoziale Ansatz“ – eine DEZA-Arbeitshilfe, 2006. Papier 14.

auch analysiert werden, welche unserer Aktivitäten mögliche negative Auswirkungen auf die Verbreitung von HIV haben können. Spezielle Beachtung verdienen deshalb mögliche kurz- oder langfristige schädliche Konsequenzen, welche aus der Planung oder den bereits begonnenen Projektaktivitäten resultieren und dazu führen, dass die Vulnerabilität von Projektmitarbeiter/innen oder Zielgruppen ansteigt.²¹

Dabei sind folgende Fragen zu stellen, wobei methodisch so vorgegangen werden muss, dass bei der positiven Beantwortung einer Frage, dies automatisch zu einer Anschlussfrage führt:

1. Berücksichtigt unser Programm / Projekt die zunehmende Mobilität von spezifischen Gruppen (Frauen, Männer, Strassenbauarbeiter/innen, Händler/innen, Tourist/innen)? Erhöht sich dadurch die Mobilität zwischen Regionen mit hoher und solcher mit tiefer HIV-Prävalenz²²?
2. Führt unser Programm / Projekt zu neuen Einkommensquellen, welche zu Gender-Ungerechtigkeiten begünstigen und werden diese neuen Mittel unter anderem in sexuelle Aktivitäten investiert (z.B. Prostitution)?
3. Führen unsere Programm- / Projektaktivitäten generell zu Ungerechtigkeiten (z.B. zu einem ungleichen Zugang zu Informationen, Fähigkeiten und Ressourcen für gewisse Gruppen)? Und resultieren diese Ungerechtigkeiten zur weiteren Marginalisierung und Stigmatisierung von HIV-infizierten Personen?
4. Schliesst unser Programm / Projekt von HIV/AIDS betroffene Personen aus (z.B. von Aktivitäten, Mitgliedschaften in Spargruppen etc.)?

Massnahmen wie freiwillige Tests, die Klarheit schaffen und in einen Betreuungs- und Behandlungskontext eingebunden werden, eine emotionale und kognitive Verarbeitung und die Entwicklung von veränderten Lebensperspektiven tragen zum Empowerment der betroffenen Personen bei. Die Förderung von psychosozialen Diskussions- und Beratungsgruppen zum Thema Sexualität, Scham, Hilflosigkeit, Angst, Trauer, Wut, Einsamkeit und Schuldgefühlen können das soziale Schweigen durchbrechen. Eine bewusste Auseinandersetzung mit den Themen Sterben, Tod und Verlust zusammen mit direkt Betroffenen, aber auch mit Angehörigen und zurückbleibenden Kindern, muss in jedem Projektkontext emotional begleitet werden. In der Projektarbeit kann Empowerment zudem bewusst gestärkt werden, indem Selbsthilfegruppen unterstützt und Elternteile, die ihre Kinder auf ihr baldiges Waisendasein vorbereiten müssen, begleitet werden. So etwa durch das Instrument des *Memory Work* – also durch das Einleiten eines Reflexionsprozesses über die eigene Geschichte, Wünsche, Traditionen, welche an AIDS erkrankte Eltern ihren zurückbleibenden Kindern überliefern möchten.²³

- Das Fastenopfer setzt alles daran, mit seinen Programmen und Projekten die Vulnerabilität der Mitarbeiter/innen, Partnerorganisationen und Zielgruppen nicht zusätzlich zu erhöhen und versucht, mit dem „do no harm-Ansatz“ mögliche negative Konsequenzen seiner Aktivitäten bereits in der Planung zu erkennen und zu vermeiden.²⁴
- Das Fastenopfer setzt sich aktiv gegen Ausschluss und Stigmatisierung von HIV/AIDS-Betroffenen ein und thematisiert die Problematik mit dem psychosozialen Ansatz.

²¹ Nach dem Toolkit von DEZA: „Mainstreaming HIV/AIDS in Practice“ 2004.

²² Prävalenz: Anzahl Fälle einer Infektion oder Krankheit in einer Bevölkerung zu einem gegebenen Zeitpunkt (proportional).

²³ Mehr dazu unter www.aidsfocus.ch

²⁴ Vgl. auch den fürs Fastenopfer entwickelten „Do-no-harm-Ansatz kombiniert mit dem PSA-Tool“ von OPSI, 2010.

6.3 Externes und internes Mainstreaming

Im Sinne eines externen HIV/AIDS Mainstreamings sollten in allen Sektoren und Bereichen eines Landesprogramms bzw. eines Projektes mögliche Beiträge zur Sensibilisierung, Prävention und Risikoverminderung geprüft werden. Dem engen Zusammenhang zwischen HIV/AIDS und Armutsreduktion, Ernährungssouveränität, Menschenrechte und Gender-Gerechtigkeit ist dabei Rechnung zu tragen. Je nach Prävalenz des jeweiligen Landeskontextes werden HIV/AIDS-Aktivitäten mit unterschiedlicher Intensität in die Planung, Durchführung und Evaluation der Landesprogramme und Projekte integriert. Neuanträge, neu ausgerichtete Projekte und wichtige Instrumente des Fastenopfers werden hinsichtlich ihrer möglichen negativen Auswirkungen auf die AIDS-Situation („do no harm“) sowie auf deren Potential für die Bekämpfung der Pandemie geprüft. Gleichzeitig werden lokale Initiativen und Aufklärungskampagnen von Partnerorganisationen aktiv unterstützt. In denjenigen Programmen, in welchen HIV/AIDS klar als Problem identifiziert wird, muss das Programm-Portfolio auch über das entsprechende Fachwissen verfügen bzw. sich dieses aneignen.

In der **konkreten Programm- und Projektarbeit** stellen sich sechs zentrale Fragenkomplexe:

1. Was ist HIV? Wie wird es übertragen und wie können sich die Menschen davor schützen? Wie entwickelt sich die Krankheit? Welche spezifischen lokalen Faktoren müssen dabei berücksichtigt werden?
2. In welcher Weise kann HIV/AIDS die Ziele, Aktivitäten und Resultate des Programms bzw. Projektes beeinträchtigen?
3. Vermindert oder fördert unser Programm bzw. Projekt die Verbreitung von HIV in den betroffenen Regionen?
4. Welche Auswirkungen von HIV/AIDS werden durch das Programm bzw. Projekt vermindert oder verschlimmert?
5. Kann das Programm bzw. Projekt so geplant, begleitet und monitoriert werden, dass es eine weitere Verbreitung von HIV/AIDS reduzieren und die Auswirkungen der Krankheit abschwächen kann?
6. Wird das Thema beim Rapportwesen erwähnt und während den Projektbesuchen angesprochen?

Diese Fragen können bei Partnerworkshops oder in Projektworkshops diskutiert werden. Vorzugsweise werden die Workshops von externen Personen geleitet, welche über ein spezifisches HIV/AIDS-Wissen verfügen.

Neben speziell auf die HIV/AIDS-Thematik ausgerichteten Workshops soll auch intern das Bewusstsein und das Wissen über die Epidemie erhöht werden. Damit einher geht eine stärkere Sensibilisierung der Partner auf das Thema so etwa beim Bewilligen von Anträgen, bei den Rückmeldungen auf Berichte oder bei Projektbesuchen.

Das Fastenopfer sollte sich auch im Zusammenhang mit der eigenen Organisation und als Arbeitsgeber einem internen **HIV/AIDS-Mainstreaming** unterziehen. Dabei geht es insbesondere um folgende Fragen:

1. In welcher Weise beeinflusst HIV/AIDS unsere Organisation und unsere Arbeit?

2. Wie können wir verhindern, dass eine Stigmatisierung von HIV/AIDS-betroffenen Mitarbeiter/innen stattfindet?

Das Fastenopfer will mit seinen Aktivitäten zur Reduktion von HIV/AIDS beitragen und gleichzeitig HIV/AIDS-Betroffene in ihrer schwierigen Lebenssituation unterstützen und in die Gesellschaft (re-)integrieren. Das Fastenopfer ist sich bewusst, dass dazu Anstrengungen in allen Aktivitätsfeldern genutzt werden müssen: Es unterstützt gemeinsam mit den Partnerorganisationen die Sensibilisierungsarbeit, sodass diese mit lokal angepassten Methoden einen guten Umgang mit der Krankheit zu finden, es engagiert sich für die Bewahrung der Menschenwürde und für die Menschenrechte von HIV/AIDS-Betroffenen, leistet seinen Beitrag zur Verminderung von Armut und damit zur Reduktion der Vulnerabilität und versucht, in all seinen betroffenen Landesprogrammen Sensibilisierungs- und Präventionsmassnahmen zu HIV/AIDS zu integrieren.

7 Fakten zu den Programmländern des Fastenopfers

Zahlen und Statistiken sind grundsätzlich mit Vorsicht zu geniessen. Bei einem vielfach immer noch stark tabuisierten Thema wie HIV/AIDS trifft dies in einem noch erhöhten Mass zu. Obwohl nachstehende Zahlen einen Eindruck vom Ausmass der Epidemie zu geben vermögen, muss deren Verlässlichkeit durch fehlende Bevölkerungszahlen, durch fiktive oder manipulierte Zahlen und durch Fehlerquellen bei der Erfassung von HIV- Neudiagnosen relativiert werden.

Expert/innen unterscheiden Länder mit niedriger Prävalenz – wie z.B. Madagaskar oder die Philippinen – von Ländern mit konzentrierten Epidemien²⁵ – wie Indien. Als Land mit einer generalisierten Epidemie²⁶ wird etwa Südafrika genannt.

	Mit HIV infizierte Menschen	Prävalenzrate Erwachsener (15-49)	Mit HIV infizierte Erwachsene (> 15)	Mit HIV infizierte Frauen (> 15)	Mit HIV infizierte Kinder (0-14)	Todesfälle durch AIDS	Waisen (0-17) durch AIDS
Senegal	67'000	1 %	64'000	38'000	3'100	1'800	8'400
Kenia	1'750'000	7.1-8.3 %	1'550'000	1'000'000	155'000	100'000	1'200'000
D.R. Kongo	450'000	1.2-1.5 %	400'000	240'000	43'000	29'000	325'000
Burkina Faso	130'000	1.6 %	120'000	61'000	10'000	9'200	100'000
Südafrika	5'700'000	18.1 %	5'400'000	3'200'000	280'000	350'000	1'400'000
Madagaskar	14'000	0.1 %	13'000	3'400	>500	770	3'400
Indien	2'400'000	0.3 %	2'300'000	880'000	Keine Angaben	Keine Angaben	Keine Angaben
Laos	5'500	0.2 %	5'400	1'300	Keine Angaben	<100	Keine Angaben
Nepal	70'000	0.5 %	68'000	17'000	Keine Angaben	4'900	Keine Angaben
Philippinen	8'300	0 %	8'200	2'200	Keine Angaben	<200	Keine Angaben
Brasilien	730'000	0.6 %	710'000	240'000	Keine Angaben	15'000	Keine Angaben
Guatemala	59'000	0.8 %	53'000	52'000	Keine Angaben	3'900	Keine Angaben
Kolumbien	170'000	0.6 %	160'000	47'000	Keine Angaben	9'800	Keine Angaben
Haiti	120'000	2.2 %	110'000	58'000	6'800	7'500	Keine Angaben
Schweiz	25'000	0.6 %	25'000	9'200	Keine Angaben	<500	Keine Angaben

Quelle: unaids.org, 26.04.2010, Epidemiological Fact Sheet on HIV/AIDS 2008

²⁵ Darunter werden Länder verstanden, die zwar eine tiefe Prävalenz in der Allgemeinbevölkerung aufweisen, aber gewisse anfällige Gruppen mit Risikoverhalten (z.B. Sex-Arbeiter/innen) und einer Prävalenz von über 5% zeigen.

²⁶ Dort liegt die Prävalenz sowohl in anfälligen Gruppen als auch in der Allgemeinbevölkerung bei über 5%.

8 Glossar und Abkürzungen

ABC	Abstinence, B eing faithful, C ondom use -
AIDS	A cquired I mmune D eficiency S yndrome
ART	A nti- R etrovirale T herapien
CCC	C onsent, C ounselling und C onfidentiality
CNBB	C onferência N acional dos B ispos do B rasil
FBO	F aith B ased O rganisation
HIV	H umaner I mmundefizienz- V irus
IAS	I nternational A IDS S ociety
MDG	M illennium D evelopment G oals
MSM	M en having S ex with M en
ÖRK	Ö kumenischer R at der K irchen
SAVE	S afer P ractices, A ccessibility and availability of services, V oluntary counselling and testing, E mpowerment trough education
TBA	T raditional B irth A ttendants
UNAIDS	U nited N ations Programme on HIV/ A IDS
UNHCR	U nited N ations H igh C ommissioner for R efugees
WHO	W orld H ealth O rganisation
Empowerment	Ermächtigung, Befähigung, Stärkung
Gender	Soziales Geschlecht
Impakt	Einfluss, Wirkung, Aufschlag
Mainstreaming	Verankerung auf allen Ebenen und in allen Sektoren
Prävalenz	Proportionale Anzahl Fälle einer Infektion oder Krankheit in einer Bevölkerung zu einem gegebenen Zeitpunkt
Vulnerabilität	Anfälligkeit, Verletzbarkeit