



Globale Gesundheit

Die vergessene Krise

Gesundheitspolitik in Südafrika und der Umgang mit HIV

Michaela Braun

HIV zählt zu den verheerendsten Pandemien unserer Zeit. Südafrika – das Land, in dem ein Fünftel aller weltweiten HIV-Fälle zu finden ist – konnte mittlerweile Fortschritte erzielen. Doch dies könnte sich ändern, wenn nicht möglichst alle HIV-positiven Einwohner konsequent antiretrovirale Medikamente einnehmen, riskantes Verhalten zu- und das Problembewusstsein in der Bevölkerung abnimmt. Erste Anzeichen hierfür gibt es bereits.

36,9 Millionen Menschen leben derzeit weltweit mit dem „Humanen Immunschwäche-Virus“ (HIV) und 35,4 Millionen sind bisher an den Folgen von HIV und AIDS gestorben.¹ Dies stellt die globale Entwicklungspolitik vor eine große Herausforderung. HIV/AIDS hat nicht nur desaströse Auswirkungen für die erkrankten Individuen und betroffenen Gemeinschaften, sondern ist auch eine Bedrohung für die politische und wirtschaftliche Stabilität, Sicherheit und Entwicklung eines Landes.² Das HI-Virus schädigt die körpereigenen Abwehrkräfte, indem es Immunzellen zerstört. Unbehandelt wird HIV zum *Acquired Immuno-deficiency Syndrome* (AIDS), wobei der Körper eindringende Bakterien (z. B. Tuberkuloseerreger), Pilze oder Viren nicht mehr bekämpfen kann. Das Virus wird durch verschiedene Körperflüssigkeiten übertragen. So kann es bei ungeschütztem Geschlechtsverkehr, Blut-zu-Blut-Kontakt (z. B. durch infiziertes Spritzbesteck bei Drogeninjektionen) und Mutter-Kind-Übertragung (Schwangerschaft, Geburt, Stillen) zu HIV-Infektionen kommen. HIV ist nicht heilbar, doch seit der Verbreitung antiretroviraler Medikamente (ARVs) behandelbar. Diese reduzieren die Viruskonzentration im Blut und verringern das Risiko, dass sich eine HIV-Infektion zu AIDS weiterentwickelt. ARVs erhöhen die Lebenserwartung von HIV-positiven Patienten deutlich, können jedoch schwere Nebenwirkungen haben und müssen ein Leben lang eingenommen werden.³

Über erste Fälle von HIV/AIDS wurde Anfang der 1980er Jahre in den USA, Europa und afrikanischen Ländern berichtet. Bis Mitte des genannten Jahrzehnts hatte sich die Krankheit auf allen

fünf Kontinenten verbreitet, wobei das östliche und südliche Afrika zwischen Mitte der 1990er und Mitte der 2000er Jahre zum Epizentrum wurden. Durch gezielte Aufklärungskampagnen und frühzeitige Verbreitung von Kondomen sowie antiretroviraler Medikamente an die Bevölkerung gelang es einigen Schwellenländern wie Botswana, Namibia und Brasilien bereits ab Mitte der 1990er Jahre erste Erfolge im Rückgang von AIDS-Toten sowie von Neuinfektionen zu erzielen.⁴ Die internationale Gemeinschaft setzte es sich 2016 in den *Sustainable Development Goals* zum Ziel, die Ausbreitung der Pandemie bis 2030 vollständig einzudämmen.⁵ Dieses Ziel ist ambitioniert, denn die Prävention und Behandlung von HIV ist für Nationen weltweit nach wie vor eine Herausforderung. Die besonders unter dem HIV-Virus leidende Region ist Subsahara-Afrika, wo 25,7 Millionen Menschen HIV-positiv sind.⁶ Allein in Südafrika, dem Land mit der höchsten HIV-Rate, sind 20,6 Prozent der Bevölkerung zwischen 15 und 49 Jahren an HIV erkrankt. Insgesamt sind 7,9 Millionen Menschen in Südafrika infiziert.⁷ Rund ein Drittel hiervon hat noch immer keinen Zugang zu antiretroviralen Medikamenten und die Zahl der jährlichen Neuinfektionen liegt bei 275.000. Jedes Jahr sterben in Südafrika zwischen 89.000 und 110.000 Menschen an Folgeerkrankungen von HIV und AIDS, wobei damit verbunden Tuberkulose (TBC) eine der häufigsten Todesursachen ist.⁸

Südafrika gehört zu den Ländern mit dem höchsten Entwicklungsstand und Pro-Kopf-Einkommen in Afrika und verfügt über eines der fortschrittlichsten Gesundheitswesen des

Kontinents. Warum jedoch sind die Infektionskrankheiten HIV und TBC ausgerechnet hier so weit verbreitet? Der vorliegende Beitrag geht dieser Frage nach, indem er zunächst den historischen Verlauf der Ausbreitung von HIV in Südafrika sowie einige Aspekte darlegt, die dabei eine Rolle spielten. Darauf folgend werden die gegenwärtige Situation analysiert und Faktoren identifiziert, die eine nachhaltige und umfassende Eindämmung von HIV in Südafrika nach wie vor erschweren. Im Anschluss versucht der Beitrag, einen Ausblick für Südafrika hinsichtlich künftiger Chancen und Risiken im Kampf gegen die Infektionskrankheit zu geben und dann Lehren für die globalen Bemühungen zur Eindämmung von HIV zu ziehen.

Der Umgang mit HIV / AIDS in Südafrika in der Vergangenheit

Die Anfänge der Epidemie

Zu Beginn der HIV / AIDS-Krise in den 1980er Jahren befand sich Südafrika im Abseits: Obwohl 1982 erste Fälle von HIV verzeichnet wurden und der Höhepunkt der Epidemie das Land später als seine Nachbarländer erreichte, hatten die Apartheidregierung und auch der seit den ersten demokratischen Wahlen im Jahre 1994 regierende *African National Congress* (ANC) bis Mitte der 2000er Jahre keine effektiven Vorkehrungsmaßnahmen getroffen, sodass sich die Krankheit unaufhaltsam ausbreitete.⁹ Während 1990 nur 0,73 Prozent der Bevölkerung mit HIV infiziert waren, betrug die Rate 1994 bereits 7,57 Prozent¹⁰ und 2005 mit 4,78 Millionen Menschen 10,2 Prozent der Bevölkerung.¹¹

Einige der Gründe für die anfängliche HIV-Ausbreitung lassen sich zurückführen auf die schwierigen Ausgangsbedingungen Südafrikas aufgrund seiner Geschichte, die von einer rassistisch motivierten Politik des Apartheidsystems geprägt war, welche nicht-weiße Bevölkerungsgruppen vor allem auch in Gesundheits- und Bildungsfragen benachteiligte. Zudem war (und ist) in dem Land Arbeitsmigration besonders ausgeprägt.¹² Diese Faktoren machten Südafrika für eine Verbreitung einer Infektionskrankheit wie

HIV besonders anfällig. Da die Ausbreitung der Epidemie dann zeitgleich mit dem demokratischen Wandel voranschritt, hatte die Regierung einen Kampf an zwei Fronten zu führen. Dabei war die erste demokratisch gewählte Regierung unter Nelson Mandela der Aufgabe nicht gewachsen, regulierende Interventionen umzusetzen, die den Ausbruch der Epidemie hätten verhindern können. Dies lag mitunter daran, dass sie mit der dringlichen Aufgabe beschäftigt war, eine neue, politisch stabile und nicht-rassistische Gesellschaft aufzubauen. Die Regierungsgeschäfte fokussierten sich daher darauf, eine radikale Umwälzung des Unrechtssystems der Apartheid vorzunehmen hin zu einer Demokratie, was einhergehen musste mit umfassenden administrativen und systemischen Strukturänderungen.

Noch bis 2002 leugnete die Politik den Zusammenhang zwischen HIV und AIDS. Eine gezielte Bekämpfung des Virus fand nicht statt.

Regierungsversagen in der HIV-Politik unter Thabo Mbeki

Mit Amtsantritt des zweiten Staatspräsidenten seit der demokratischen Transition, Thabo Mbeki, nahm die HIV-Epidemie aufgrund der desaströs fehlgeleiteten Gesundheitspolitik ein alarmierendes Ausmaß an. Thabo Mbeki und seine Gesundheitsministerin leugneten, dass AIDS durch HIV verursacht wird, und weigerten sich, bis 2002 antiretrovirale Medikamente über den öffentlichen Gesundheitssektor zugänglich zu machen sowie internationale Hilfgelder dafür anzunehmen. In dieser Zeit gab es nahezu keine auf wissenschaftlich fundierten Erkenntnissen basierende und von der Regierung geförderte Präventions- und Aufklärungsmaßnahmen zur HIV-Bekämpfung. Rote Beete, Vitaminpräparate und traditionelle Medizin wurden von Regierungsseite als Behandlung empfohlen.¹³



Stigma HIV: Zivilgesellschaftliche Organisationen setzen sich für einen kostenlosen Zugang zu Medikamenten ein und führen Aufklärungskampagnen durch, um Vorurteilen entgegenzuwirken. [Quelle: © Finbarr O'Reilly, Reuters.](#)

Dies führte dazu, dass sich in den Jahren von 2000 bis 2005, 35.000 Neugeborene bei ihren HIV-positiven Müttern ansteckten, 330.000 Menschen in Folge von AIDS starben, Millionen Kinder zu Waisen wurden¹⁴ und die Anzahl der

jährlichen HIV-Neuinfektionen auf 550.000 anstieg.¹⁵ Aufgrund der hohen Infektions- und Todesraten wirkt sich die Epidemie bis heute nicht nur negativ auf das individuelle Leben von Millionen Südafrikanern, sondern auch auf

sämtliche Sphären der Gesellschaft aus. Der fragile Gesundheitssektor ist durch das erhöhte Patientenaufkommen überbeansprucht und die Wirtschaft hat massiv unter dem Ausfall qualifizierter Arbeitskräfte gelitten.¹⁶

Erste Erfolge

Dass es zu einer Wende in der HIV-Politik kam, ist vor allem zivilgesellschaftlichen Akteuren zu verdanken, die Druck auf die Regierung ausübten. Ab spätestens 1998 war bekannt, dass die Verabreichung antiretroviraler Medikamente an Personen mit HIV die Ansteckungsgefahr bei Geburt und Stillen für Neugeborene immens verringert, die Lebenserwartung von Infizierten erhöht und das Risiko einer Ansteckung beim Geschlechtsverkehr reduziert. Auch wenn es damit bereits theoretisch eine Behandlungsmethode gab, so waren die Medikamente nur über den privaten Erwerb zugänglich – und damit für die Mehrheit der Bevölkerung in Südafrika unerschwinglich. Zivilgesellschaftliche Organisationen wie die *Treatment Action Campaign* (TAC) setzten sich für den kostenlosen Zugang von ARVs über den öffentlichen Gesundheitssektor ein, mobilisierten die Öffentlichkeit, gingen gerichtlich gegen Pharmaunternehmen vor und erwirkten eine Senkung der Bezugspreise sowie den Zugang zu kostengünstigen Generika. Durch eine Klage gegen die südafrikanische Regierung beim Verfassungsgericht erreichten sie, dass ARVs ab 2002 bei besonders schweren Krankheitsverläufen über den staatlichen Gesundheitssektor zumindest an ausgewählten Orten kostenlos an Patienten vergeben wurden.¹⁷ Weitere Akteure, die zum Umdenken der ANC-Regierung beitrugen, waren die südafrikanischen Medien, die das Regierungsverhalten anprangerten, sowie privatwirtschaftliche Unternehmen wie *Anglo American*, BMW, Volkswagen, sowie der staatliche Strommonopolist *ESKOM*, die HIV-Programme und antiretrovirale Medikamente für ihre Mitarbeiter bereitstellten.¹⁸

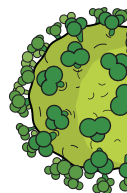
Mit dem Rücktritt Mbekis 2007 und insbesondere seit der ersten Amtszeit des ehemaligen Gesundheitsministers Aaron Motsoaledi¹⁹

erzielte Südafrika seit 2009 Erfolge in der HIV-Politik. Heute verfügt das Land über das weltweit größte, durch ein öffentliches Gesundheitssystem finanzierte Behandlungsprogramm mit ARVs, welches vorsieht, dass alle HIV-Infizierten sofort nach positivem Testergebnis eine Therapie erhalten. Die Regierung orientiert die Präventions- und Behandlungsmaßnahmen dabei an nationalen Fünf-Jahres-Plänen, die vom *South African National AIDS Council* (SANAC), bestehend aus Vertretern von Regierung, Wissenschaft, NROs, Gewerkschaften, Kirchen und Privatwirtschaft, entwickelt werden. Zudem haben sich in den letzten zehn Jahren die vom Staat zur Verfügung gestellten Mittel für HIV-Programme verdreifacht²⁰ und beliefen sich 2016/2017 auf 22,1 Milliarden Rand (etwa 1,38 Milliarden Euro).²¹ Doch diese Bemühungen reichen nicht aus, um die komplexen Herausforderungen der HIV-Epidemie zu bewältigen. Bisher fehlen effektive Strategien zur Implementierung der Programme. Systemische politische Fehler, Korruption und mangelnde Effizienz beim Einsatz der Gelder behindern die vollständige Eindämmung ebenso wie Schwierigkeiten dabei, nachhaltige Verhaltensänderungen in der Bevölkerung zu erwirken.

Trotz der sinkenden Neuinfektionsrate wird Südafrika voraussichtlich nur das erste der „90-90-90-Ziele“ von UNAIDS bis 2020 erreichen.

Aktuelle Herausforderungen

Nach wie vor hat Südafrika Schwierigkeiten, alle HIV-positiven Menschen zu erreichen und langfristig zu behandeln. Die Anzahl HIV- und AIDS-bedingter Todesfälle hat sich seit 2004 zwar mehr als halbiert und die Anzahl der jährlichen Neuinfektionen ging um ein Drittel zurück.²² Dennoch kann Südafrika voraussichtlich nur das erste der „90-90-90-Ziele“ von UNAIDS bis 2020 erreichen.²³ Derzeit erhalten



ca. 4,4 Millionen Menschen eine ARV-Therapie.²⁴ Allerdings entspricht dies lediglich 56 Prozent aller HIV-positiven Menschen im Land. Nur bei ca. 43 Prozent aller HIV-Positiven konnte bisher erreicht werden, dass sich das Virus unter der Nachweisgrenze befindet.²⁵ Damit ist die Gefahr lange nicht gebannt: Die Anzahl der Menschen, die mit dem HI-Virus infiziert sind, erhöht sich kontinuierlich, was auf die verlängerte Lebenserwartung durch ARVs zurückzuführen ist. Das Risiko, dass diese Menschen andere anstecken, ist nur dann eingedämmt, solange sie sich konsequent in Behandlung befinden. Sowohl die Behandlung von TBC als auch von HIV erfordern jedoch eine große Eigenverantwortung und Disziplin des Patienten. Doch hier gibt es noch große Lücken. Viele kehren nach einer HIV-Diagnose nicht für die lebenslange Therapie zurück oder nehmen die Medikamente nicht regelmäßig ein. TBC-Fälle wiederum bleiben oft lange unentdeckt, da eine Diagnose schwer zu stellen ist, und erfordern eine Behandlung von sechs bis 24 Monaten.²⁶

Seit einigen Jahren scheint sich eine „HIV-Müdigkeit“ im Land einzuschleichen. Die Gefahr sei fast gebannt, so propagieren die Medien.

Nach wie vor infizieren sich täglich bis zu 750 Menschen in Südafrika mit HIV und die Anzahl der Todesfälle durch TBC bleibt hoch.²⁷ Die HIV-Infektionsrate in bestimmten Bevölkerungsgruppen ist besonders besorgniserregend: Ein Drittel aller Neuinfektionen betrifft Frauen im Alter von 15 bis 24 Jahren. Weitere Risikogruppen, die hohe HIV-Raten aufweisen, sind u. a. Sexarbeiterinnen und Sexarbeiter, sowie nicht-heterosexuelle Personen. Migranten und illegale Einwanderer, Kinder (v. a. Waisen) sowie Menschen in informellen Siedlungen gelten als besonders verwundbar.²⁸ Doch welche Gründe gibt es für die Behandlungslücken und Neuinfektionen in Südafrika?

Faktoren für die anhaltende HIV-Epidemie in Südafrika

Das Problembewusstsein in Medien und Gesellschaft schwindet

Nach wie vor gibt es in Südafrika gravierende Wissenslücken über AIDS und darüber, wie man sich schützen kann. Selbst bei Personen, die vermeintlich aufgeklärt sind, scheint die Wahrnehmung des persönlichen Risikos, das mit einer Ansteckung einhergeht, abgenommen zu haben. Immer häufiger kommt es zu sexuell riskantem Verhalten, was die weite Verbreitung von ungeschütztem Geschlechtsverkehr und die Anzahl an Teenager-Schwangerschaften bestätigen.²⁹ Es scheint sich eine Art „HIV-Müdigkeit“ einzuschleichen, die sich auch in einer – seit dem Einlenken der Regierung in der HIV-Politik – veränderten Medienberichterstattung niederschlägt. Berichte konzentrieren sich mittlerweile vorwiegend darauf, erzielte Erfolge in der HIV-Eindämmung und Nebenwirkungen von ARVs hervorzuheben, anstatt die weiterhin große Gefahr, die von der Epidemie ausgeht, zu betonen und so das Bewusstsein in der Bevölkerung weiter zu schärfen.³⁰

Soziale Verstärker wirken als Treiber der HIV-Ausbreitung

Eine weitere Herausforderung im Kampf gegen HIV ist, dass es sich nicht nur um ein medizinisches Problem handelt, sondern sozioökonomische und kulturelle Faktoren ebenfalls eine Rolle spielen. Eine Verhaltensänderung zu erwirken erweist sich daher als schwierig. Die Verbreitung von HIV variiert stark je nach Alter, Geschlecht, Wohnort, sozioökonomischem Status, Bildungsgrad und persönlichen Überzeugungen.³¹ Studien belegen einen Zusammenhang zwischen der Verbreitung der Epidemie und sozioökonomischen Faktoren wie Armut und Ungleichheit. Südafrika gilt als eines der Länder mit der höchsten Ungleichheit weltweit. 45 Prozent der Bevölkerung leben von maximal zwei US-Dollar pro Tag.³² Die Auswirkungen schlagen sich besonders im Gesundheitsbereich nieder. So sind arme und schwarze Bevölkerungsgruppen

besonders von Infektionskrankheiten wie TBC und HIV betroffen. Die HIV-Infektionsrate ist mit 16,6 Prozent in der schwarzen Bevölkerung am höchsten (5,3 Prozent Coloureds, 0,8 Prozent Inder/Asiaten, 1,1 Prozent Weiße).³³

Weitere strukturelle Aspekte und soziale Normen begünstigen die Verbreitung von HIV insbesondere in den urbanen Townships sowie strukturschwachen ländlichen Gebieten. Hierzu gehören Alkohol- und Drogenmissbrauch, hohe Arbeitslosigkeit, kaputte Familienstrukturen sowie patriarchalisch geprägte Rollenbilder und Gewalt. Dabei verzeichnet Südafrika weltweit mit die meisten Fälle von Vergewaltigungen sowie sexueller Gewalt gegen Frauen. Sexuell riskante Verhaltensweisen wie Promiskuität und Polygamie sind zudem weit verbreitet und wurden selbst vom ehemaligen Staatspräsidenten Jacob Zuma vorgelebt.³⁴ Außerdem sind Sexualbeziehungen geläufig, in denen ein großer Altersunterschied besteht und die von asymmetrischen Machtverhältnissen zwischen den Partnern sowie finanziellen Abhängigkeiten geprägt sind. So infizieren sich häufig junge Mädchen bei älteren Männern, die oftmals kein Kondom benutzen wollen, aber auf deren finanzielle Unterstützung eben diese Mädchen angewiesen sind.³⁵

Mythen um HIV und AIDS stiften Verwirrung und behindern Aufklärung

Wie andere Länder Afrikas ist auch Südafrika teils konservativ sowie religiös geprägt und der Glaube an traditionelle Medizin ist mancherorts noch verbreitet. Noch immer ranken sich Mythen um die HIV-Behandlung und -Prävention. Geläufige Ideen sind zum Beispiel, dass Sex mit Jungfrauen AIDS heilen könne, bestimmte Blutgruppen immun gegen den Virus seien oder dass Duschen nach dem Sex gegen HIV schütze (eine Aussage des ehemaligen südafrikanischen Präsidenten Jacob Zuma).³⁶ Die Stigmatisierung Betroffener ist nach wie vor präsent. Zugleich stehen einige Südafrikaner antiretroviralen Medikamenten weiterhin skeptisch gegenüber.³⁷ Insbesondere die desaströse und widersprüchliche HIV-Propaganda der Regierungsvertreter in der Vergangenheit trug nachhaltig zu Misstrauen

bei und stiftete Verwirrung, was sich bis heute negativ auf den Erfolg von Aufklärungsmaßnahmen auswirkt.

Das staatliche Gesundheitssystem ist überfordert

Die im nationalen Plan entworfenen HIV- und TBC-Programme werden von den Gesundheitsbehörden in den Provinzen koordiniert und vorwiegend in staatlichen allgemeinmedizinischen Einrichtungen auf Kommunalebene sowie in Gemeindezentren und durch Nichtregierungsorganisationen ausgeführt. Sie stehen der Bevölkerung kostenlos zur Verfügung. Das zuständige Gesundheitspersonal setzt sich vor allem aus Krankenschwestern und Gemeindefehlern zusammen.³⁸ Damit bilden die öffentlichen Einrichtungen das Fundament für die Eindämmung von Infektionskrankheiten. Doch diese, wie der staatliche Gesundheitssektor insgesamt, stehen seit Jahren in der Kritik und leiden massiv unter dem Mangel an ausreichendem und qualifiziertem Personal, Medikamenten und technischer Ausstattung.³⁹ Die Wartezeiten für Patienten können lange ausfallen und ARVs sowie Verhütungsmittel sind oft monatelang vergriffen. Qualität und Anzahl sowohl der Einrichtungen als auch des Gesundheitspersonals variieren stark je nach geografischer Lage.⁴⁰ Studien aus Südafrika belegen, dass sich einige Patienten nicht ausreichend aufgeklärt und teils vom Gesundheitspersonal schlecht behandelt fühlen.⁴¹ Diese Schwächen des staatlichen Gesundheitssystems beeinträchtigen den Erfolg der Programme zur Eindämmung der Infektionskrankheiten, da sie dazu führen, dass viele HIV-positive oder an TBC erkrankte Menschen die Behandlung abbrechen.⁴²

Schlechte Regierungsführung und mangelhafte Umsetzung geplanter Maßnahmen beeinträchtigen HIV-Programme

Dass die HIV-Epidemie in Südafrika ein solches Ausmaß erreichen konnte und es weiterhin Behandlungslücken sowie eine hohe Rate an Neuinfektionen gibt, liegt auch an der schlechten Regierungsführung des ANC. Zwar hat die Partei nach AIDS-Leugnung und Versäumnissen in

der HIV-Politik inzwischen in Zusammenarbeit mit der Zivilbevölkerung gute Maßnahmen und Gesetze zur Bekämpfung von HIV entwickelt, jedoch wurden diese bislang nicht effizient umgesetzt.⁴³ Weiterhin versäumt es die Regierung bis heute, das öffentliche Gesundheitswesen als Basis für eine effektive Implementierung der HIV-Programme durch ausreichend Budget, Personal, und Infrastruktur zu stärken.⁴⁴

Dies liegt einerseits an schlechter Haushaltsführung und Planung der Finanzen: Der Staat stellt 12,19 Prozent seines Haushaltsetats für Gesundheit zur Verfügung⁴⁵ und die Pro-Kopf-Ausgaben im Gesundheitsbereich sind hinsichtlich der Vorgaben der Weltgesundheitsorganisation (WHO) für Schwellenländer vergleichsweise hoch.⁴⁶ Dennoch weist der staatliche Gesundheitssektor erhebliche Defizite auf, eine effektive Reform blieb bisher aus und das Budget reicht nicht, um genügend qualifiziertes Personal zu beschäftigen und eine adäquate Ausstattung zu garantieren. Um bessere Ergebnisse zu erzielen, müsste die Regierung die vorhandenen Gelder daher effizienter einsetzen. Dies führt andererseits zu einem weiteren Faktor, der die Regierungserfolge des ANC beeinträchtigt: Besonders in den Jahren unter Präsident Jacob Zuma erreichten die Fälle von Korruption und politischer Patronage innerhalb der Regierungspartei Rekordmaße. Steuergelder, die z. B. für HIV-Programme vorgesehen waren, wurden für die eigene Bereicherung des Parteikaders und damit verbundenen Unternehmen verwendet. Von diesem Nepotismus blieb auch der staatliche Gesundheitssektor nicht verschont: Das öffentliche Gesundheitssystem wurde systematisch ausgehöhlt, was sich unmittelbar auf den Erfolg von HIV- und TBC-Programmen auswirkte.⁴⁷ Weiterhin trugen mangelhafte

Planung und Koordinierung zwischen Landes-, Provinz- und Kommunalregierung sowie zwischen Ministerien und Behörden, aber zusätzlich auch eine inkonsequente Implementierung von Richtlinien und Verfahrensweisen dazu bei, dass Ziele der nationalen Strategiepläne teilweise nicht erreicht wurden.⁴⁸ Damit hemmen systemische Hindernisse in Form von Ineffizienz, Korruption und Missmanagement, die sich in einigen Bereichen südafrikanischer Politik

HIV-Mythen: Der Glaube an traditionelle Medizin ist in Südafrika weit verbreitet. Noch immer ranken sich Mythen um die HIV-Behandlung und -Prävention, dass beispielsweise Sex mit Jungfrauen AIDS heilen könne. Quelle: © Rogan Ward, Reuters.



finden, bis heute nachhaltige und signifikante Entwicklungsfortschritte.

Ausblick für Südafrika

Die Zukunft der HIV-Eindämmung hängt in Südafrika von guter Regierungsführung und klarem Vorgehen gegen Korruption ab. Hier steht die Gesundheitspolitik für die generell defizitäre Regierungsleistung des ANC. Nicht nur muss die

Regierung konsequent dafür sorgen, dass Gelder für HIV-Programme ihrem ursprünglich angedachten Zweck zugutekommen, es ist auch eine bessere Koordination zwischen den einzelnen Regierungs- und Verwaltungsebenen sowie eine konsequente Umsetzung und Überwachung der theoretisch sinnvollen politischen Maßnahmen nötig. Besonders auf Provinz- und Distriktebene fehlt es hierfür jedoch an Kapazitäten. Dabei könnte SANAC – die mit der Konzipierung von



HIV-Programmen beauftragte multisektorale Landesinstitution – effizient mitwirken, wenn ihre Strukturen in den Provinzen verbessert würden.⁴⁹ Die internationale Entwicklungszusammenarbeit könnte hier einen Beitrag zur Stärkung der lokalen Regierung und Verwaltung, Planung und Budgetierung leisten. Weiterhin ist das Engagement einer aktiven Zivilgesellschaft sowie der Medien nötig, die Regierungsverantwortlichen bei Missmanagement zur Rechenschaft zu ziehen und dafür zu sorgen, dass HIV weiterhin oben auf der Agenda steht. Chancen bestehen u. a. darin, einen stärkeren Austausch zwischen öffentlichem und privatem Gesundheitssektor zu fördern sowie das Gesundheitssystem zu reformieren.⁵⁰ Die Hoffnungen Südafrikas liegen hierbei auch auf dem neuen Gesundheitsminister Zweli Mkhize, der seit 29. Mai 2019 dieses Amt bekleidet. Herausforderungen werden die anhaltend hohe Urbanisierung sowie die Anzahl an Migranten und illegalen Einwanderern darstellen, die in Südafrika kostenlos staatliche Behandlungsprogramme erhalten und insbesondere Gesundheitseinrichtungen in Metropolregionen zusätzlich belasten.⁵¹ Um langfristig noch weniger auf internationale Hilfgelder angewiesen zu sein, wird Südafrika weitere Möglichkeiten finden müssen, seine Programme stärker durch inländische Mittel zu finanzieren und die Gelder effizienter einzusetzen.

Lehren aus Südafrika für den globalen Kampf gegen HIV

Um die Verbreitung von HIV zu stoppen, müssen möglichst alle HIV-positiven Menschen eine Diagnose erhalten und sich dauerhaft behandeln lassen. Zudem muss eine umfassende Aufklärung erreicht werden. Am Beispiel Südafrika lassen sich Lehren für die HIV-Bekämpfung ziehen, die im globalen entwicklungspolitischen Kontext zu beachten sind.

Die Eindämmung von HIV ist eine gesamtgesellschaftliche Verantwortung

Der späte Aufbau der medizinischen Versorgung für HIV-Betroffene ist eines der größten Versäumnisse der südafrikanischen AIDS-Politik.

Doch insbesondere in den letzten zehn Jahren wurden in Südafrika aussichtsreiche Projekte initiiert. Hierzu gehört die partizipative Entwicklung nationaler Strategiepläne durch die Regierung und ein Expertengremium – basierend auf internationalen wissenschaftlich fundierten Erkenntnissen. Aussichtsreich ist der Ansatz, neben staatlichen Gesundheitseinrichtungen auch Gemeindezentren, zivilgesellschaftliche Organisationen sowie HIV-Betroffene als Helfer und die Gemeinden vor Ort direkt in die Umsetzung von HIV-Programmen einzubeziehen. Dadurch sollen bisher nicht erreichte Personen angesprochen, durch das Nachfassen eine dauerhafte Behandlung gesichert und letztlich Tabus abgebaut werden.⁵² Um nachhaltige Erfolge zu erzielen, müssen solche Pläne jedoch mit konkreten Implementierungsstrategien und der Zuteilung von Verantwortungen auf allen Regierungs- und Behördenebenen einhergehen.⁵³ Eine adäquate Finanzierung muss so erfolgen, dass staatliche Einrichtungen flächendeckend mit ausreichend antiretroviralen Medikamenten und Präventionsmitteln, technischer Ausrüstung und geschultem Personal ausgestattet sind und über hinreichend Kapazitäten für Dokumentation, Nachfassen und Beobachtung der HIV-Fälle verfügen.⁵⁴

Zielgruppengerechte HIV-Programme und flankierende Maßnahmen fördern Verhaltensänderung

Um eine dauerhafte Eindämmung und Verhaltensänderung zu erwirken, ist eine Kombination aus Maßnahmen erforderlich, die den sozioökonomischen Kontext, in dem sich die Krankheit verbreitet, adressiert. Makroökonomische, gesundheits- und sozialpolitische Strategien müssen auf Armutsbekämpfung abzielen, den Zugang zu Gesundheitsversorgung sichern und Aufklärung über gesunde Lebensführung umfassen. Zudem müssen sie Interventionen zur Bekämpfung von Gewalt, sowie den Abbau patriarchalischer Männlichkeitsbilder und ein Vorgehen gegen die Diskriminierung Betroffener enthalten. Eine wichtige Aufgabe in den internationalen Bemühungen wird es auch künftig sein, bisher nicht erreichte Personen sowie besonders

verwundbare Bevölkerungs- und Risikogruppen zu adressieren und Verhaltensmuster zu durchbrechen, die es wahrscheinlicher machen, dass sich HIV in einer Gesellschaft ausbreitet.⁵⁵

Präventionskampagnen wirken am besten, wenn sie den Individuen verständlich vermitteln, welche Auswirkungen eine Ansteckung mit HIV auf ihr eigenes Leben hat, und Schutzmittel wie männliche und weibliche Kondome, Prä-expositionsprophylaxe (PreP) und Mikrobizide (z. B. antiretrovirale Vaginalgels zur Vorbeugung) möglichst überall kostenfrei zugänglich sind. Außerdem sollten freiwillige, medizinisch korrekt ausgeführte männliche Beschneidungen – die das Risiko der Übertragung von HIV beim Geschlechtsverkehr von Frau zu Mann deutlich verringern – kostenlos über das staatliche Gesundheitssystem durchgeführt werden. Es muss sichergestellt werden, dass sich jeder Mensch mit wenig Aufwand über HIV informieren kann. Dabei müssen die Programme zielgruppengerecht ausgerichtet und die Aufklärung dazu über passende Kommunikationskanäle verbreitet werden.

Test-, Beratungs- und Behandlungsangebote erreichen umso mehr Menschen, je unmittelbarer sie in Orten des Alltags integriert sind, z. B. am Arbeitsplatz, in den lokalen Gesundheitszentren, Freizeiteinrichtungen sowie durch automatisierte Medikamentenausgaben, telefonische und onlinebasierte Beratungsstellen und Apps. Die Verbindung verschiedener Programme (HIV-Programme in der Mutter-Kind-Vorsorge und als Teil der Standard-Vorsorgeuntersuchungen, Co-Diagnosen von TBC und HIV, Sexualkunde und Sozialisierung bzgl. Geschlechterbilder an Schulen) kann zu einer höheren Nutzungsrate sowie zu einem effizienterem Einsatz von Ressourcen führen.⁵⁶

Michaela Braun ist Trainee im Auslandsbüro Südafrika der Konrad-Adenauer-Stiftung.

- 1 Vgl. UNAIDS 2018: Factsheet World AIDS Day 2018, in: <http://bit.ly/2W6pAok> [18.02.2019].
- 2 Vgl. Braun, Daniela 2018: Unsichtbare Gegner. Warum Viren und Bakterien ein Thema für die Sicherheitspolitik sind, in: *Auslandsinformationen* 2/2018, S. 67 f., in: <https://bit.ly/2HTFOX8> [03.06.2019].
- 3 Vgl. Böxkes, Peter 2017: HIV / AIDS in Südafrika, S. 18–26, 02/2017, in: <http://bit.ly/2UNeu7M> [18.02.2019].
- 4 Vgl. Wogart, Jan Peter et al. 2008: AIDS, Access to Medicines and the different Roles of the Brazilian and South African Governments in Global Health Governance, S. 17, 09/2009, in: <http://bit.ly/2TXsOx3> [18.02.2019].
- 5 Vgl. Vereinte Nationen: Sustainable Development Goals Knowledge Platform, in: <http://bit.ly/2FoNvtV> [18.02.2019].
- 6 Vgl. UNAIDS 2018, N. 1.
- 7 Vgl. Human Sciences Research Council (HSRC) 2018: The Fifth South African National HIV Prevalence, Incidence, Behaviour and Communication Survey, 2017. HIV Impact Assessment Summary, 07/2017, in: <http://bit.ly/2Hx9EZ2> [18.02.2019]. Je nach Quelle weichen die HIV-Statistiken leicht voneinander ab. Wenn nicht anders gekennzeichnet, wird sich hier auf UNAIDS und HSRC bezogen. Weitere südafrikanische Quellen finden sich unter Stats SA (in: <http://bit.ly/2HILJFo>) sowie dem Thembisa Modell (in: <http://bit.ly/2CuLWZl>) [18.02.2019].
- 8 Vgl. Spotlight 2018: The numbers: HIV and TB in South Africa, 04.07.2018, in: <http://bit.ly/2WeaT2W> [18.02.2019].
- 9 Vgl. Shisana, Olive et al. 2014: South Africa's Response to the HIV and AIDS Epidemics, in: HSRC 2014: State of the Nation – South Africa 1994–2014, S. 347.
- 10 Vgl. Grundlingh, Louis 2009: Challenges and Obstacles in early HIV and AIDS Education in South Africa 1989–1994, in: *Historia* 54: 1, S. 239–241.
- 11 Vgl. South African Institute of Race Relations 2018: South Africa Survey 2019, Johannesburg, S. 676.
- 12 Zum einen kamen unter anderem Personen aus benachbarten afrikanischen Ländern nach Südafrika, um dort zeitweise (z. B. im Bergbau) zu arbeiten. Zum anderen machten es die Apartheidstrukturen für nicht-weiße Bevölkerungsgruppen erforderlich, weite Strecken zu ihren Arbeitsplätzen zurückzulegen und teils zeitweise getrennt von ihren Familien zu leben.
- 13 Vgl. Cullinan, Kerry / Thom, Anso (Hrsg.) 2009: *The Virus, Vitamins and Vegetables: The South African HIV / AIDS Mystery*, Auckland Park.
- 14 Vgl. Delobelle, Peter 2013: The Health System in South Africa: Historical Perspectives and Current Challenges, in: Wolhuter, Charl (Hrsg.): *South Africa in Focus*, Hauppauge, NY, S. 160.



- 15 Vgl. Statistics South Africa 2015: Millennium Development Goals 6: Combat HIV / AIDS, malaria and other diseases, S.10, in: <http://bit.ly/2CtgbzM> [18.02.2019].
- 16 Vgl. Ostheimer, Andrea 2004: Auswirkungen der HIV / AIDS-Epidemie auf Südafrikas Wirtschaft, KAS-Länderbericht, 06/2004, in: <http://bit.ly/2HMJAj3> [07.03.2019].
- 17 Vgl. Burchardt, Marian 2017: Demokratisierung, Transnationalisierung und Klientelismus, in: De la Fontaine, Dana et al. (Hrsg.): Das politische System Südafrikas, Wiesbaden, S.19–24.
- 18 Vgl. Wogart et al. 2008, N. 4, S. 21f.
- 19 Motsoaledi war der südafrikanische Gesundheitsminister von 2009 bis 2019 und ist seit 29.05.2019 Minister für Home Affairs (Innere Angelegenheiten).
- 20 Vgl. Blecher, Mark et al. 2016: HIV and AIDS Financing in South Africa: sustainability and fiscal space, in: Health Systems Trust: The State of Health in South Africa 2016, S. 214, in: <http://bit.ly/2TR39Gz> [18.02.2019].
- 21 Die Gesamtkosten der im strategischen Plan entworfenen Programme belaufen sich bis 2021 auf 207 Mrd. Rand (ca. 12,7 Mrd. Euro). Vgl. South African National AIDS Council (SANAC) 2017: South Africa's National Strategic Plan for HIV, TB and STIs 2017–2022, S.38, in: <http://bit.ly/2FoqNSt> [18.02.2019].
- 22 Vgl. Spotlight 2018, N.8.
- 23 Diese lauten: 90 Prozent aller Menschen mit HIV sollen eine Diagnose bekommen haben. 90 Prozent davon sollen eine antiretrovirale Therapie machen. 90 Prozent der Menschen unter einer HIV-Therapie sollen eine Virusbelastung unterhalb der Nachweisgrenze haben. Vgl. Low, Marcus 2018: Is South Africa on track to meet NSP targets? Daily Maverick, 30.11.2018, in: <http://bit.ly/2WcP5nY> [18.02.2019].
- 24 Vgl. Spotlight 2018, N.8.
- 25 Berechnung basierend auf 7,9 Millionen HIV-Fällen. Vgl. UNAIDS: Country factsheets. South Africa / 2017, Data, in: <http://bit.ly/2Y8quTq> [18.02.2019].
- 26 Vgl. Furlong, Ashleigh 2018: HIV treatment programme doing well but long way to go, GroundUp, 26.06.2018, in: <http://bit.ly/2UHmEOF> [18.02.2019].
- 27 Berechnung basierend auf 275.000 jährlichen Neuinfektionen, vgl. Spotlight 2018, N.8.
- 28 Vgl. SANAC 2017, N.21, S.23.
- 29 Vgl. Hopkins, Kathryn et al. 2018: Will the current National Strategic Plan enable South Africa to end AIDS, Tuberculosis and Sexually Transmitted Infections by 2022?, in: Southern African Journal of HIV Medicine 19: 1, 04.10.2018, in: <http://bit.ly/2UKor5T> [18.02.2019].
- 30 Vgl. Heywood, Mark 2012: Not 'the End of AIDS' – Moving from Quantity to Quality in Order to Sustain the Results of Global AIDS activism, Polity, 29.11.2012, in: <http://bit.ly/2Frwq2B> [18.02.2019].
- 31 Vgl. UNAIDS 2015: MDG 6: 15 years, 15 Lessons of Hope from the AIDS Response, S.168, in: <http://bit.ly/2TLP268> [18.02.2019].
- 32 Vgl. Mayosi, Bongani et al. 2014: Health and Health Care in South Africa, in: The New England Journal of Medicine 371, S.1344–1353, 02.10.2014, in: <http://bit.ly/2FhK079> [18.02.2019].
- 33 Vgl. HSRC 2018, N.7.
- 34 Vgl. Venter, Francois et al. 2011: Health in Africa, in: Mbeki, Moeletsi (Hrsg.): Advocates for Change, Johannesburg, S.148–152.
- 35 Vgl. Shisana 2014, N. 9, S.350, 355.
- 36 BBC News 2006: SA's Zuma ,showered to avoid HIV', 05.04.2006, in: <https://bbc.in/2HSRz7a> [25.03.2019].
- 37 Vgl. Furlong 2018, N.27.
- 38 Vgl. SANAC 2017, N.21.
- 39 Vgl. Amnesty International: South Africa 2017/2018, in: <http://bit.ly/2JocqSd> [18.02.2019].
- 40 Vgl. McIntyre, Di / Ataguba, John 2014: Access to Quality Health Care in South Africa: Is the health sector contributing to addressing the inequality challenge?, in: <http://bit.ly/2FhldkR> [18.02.2019].
- 41 Vgl. Bernstein, Ann (Hrsg.) 2011: Reforming Health-care in South Africa. What Role for the private Sector?, Center for Development and Enterprise: CDE Research 18, S.7–17, 11/2011, in: <http://bit.ly/2We6yAa> [20.05.2019].
- 42 Vgl. Simelela, N. P. / Venter, W. D. F. 2014: A brief history of South Africa's response to AIDS, in: The South African Medical Journal 104: 3, S.250f., 03/2014, in: <http://bit.ly/2CDNgcL> [18.02.2019].
- 43 Vgl. Chibango, Conrad 2013: South Africa's HIV and AIDS Policy and Legislation, in: Greener Journal of Medical Sciences 3: 6, S.248.
- 44 Vgl. Coovadia, Hoosen et al. 2009: The Health and Health System of South Africa: Historical Roots of Current Public Health Challenges, in: The Lancet 374: 9692, S.830 ff.
- 45 Vgl. National Treasury Republic of South Africa 2019: Budget Review 2019, S8, 20.02.2019, in: <http://bit.ly/2CsTGLn> [17.03.2019].
- 46 Vgl. Bernstein 2011, N. 41, S.7–17.
- 47 Vgl. Yawa, Anela 2018: Time to make AIDS political again, Spotlight, 24.07.2018, in: <http://bit.ly/2Jq15B4> [18.02.2019].
- 48 Vgl. Scrubb, Victoria 2011: Political Systems and Health Inequity, in: The Journal of Global Health, 01.04.2011, in: <http://bit.ly/2uf3bJL> [18.02.2019].
- 49 Vgl. UNAIDS 2015, N.32, S.168.
- 50 Es bestehen eklatante Qualitätsunterschiede zwischen dem sehr gut ausgestatteten privaten Gesundheitssektor, der insbesondere von der Minderheit der Bevölkerung in Anspruch genommen wird, die sich private Krankenversicherungen leisten kann, und dem extrem schwachen und durch Steuern finanzierten staatlichen Gesundheitssektor. Seit 2011 existieren Pläne für eine ,Nationale Krankenversicherung' und eine Reform des öffentlichen Gesundheitssystems. Deren umfassende Umsetzung blieb bisher aus.
- 51 Vgl. Mayosi et al. 2014, N.33, S.1344.

- 52 Vgl. Zewdie, Debrework 2003: Summary of Lessons Learned from Implementation of the Multi-Country HIV/AIDS Program (MAP), 01.07.2003, Weltbank, in: <http://bit.ly/2TjCjm3> [18.02.2019].
- 53 Vgl. Davis, Rebecca 2017: HIV & TB: New Government Plan raises Concerns over Practicalities and Politics, Daily Maverick, 11.04.2017, in: <http://bit.ly/2Ffc5vS> [18.02.2019].
- 54 Vgl. Gray, Glenda 2016: HIV, AIDS, and 90-90-90, The Conversation, 12.07.2016, in: <http://bit.ly/2ui5v2M> [18.02.2019].
- 55 Vgl. Scott, Vera et al. 2017: Addressing social Determinants of Health in South Africa, in: Health Systems Trust: The State of Health in South Africa 2017, S.77-88, in: <http://bit.ly/2TlqOu5> [18.02.2019].
- 56 Vgl. UNAIDS 2015, N.32, S.59.