

Kinder und HIV/AIDS – Ursachen, Auswirkungen und Chancen der Prävention

Nachdem vor 20 Jahren der erste klinische Fall einer AIDS-Erkrankung auftrat, nimmt das acquired immunodeficiency syndrome gegenwärtig Rang vier bei den menschlichen Todesursachen ein. Schätzungen zu Folge sind bis dato mehr als 22 Millionen Menschen an AIDS gestorben.² Ende 2001 lebten circa 40 Millionen Menschen mit dem HI-Virus oder waren an dem Immunschwäche-Syndrom erkrankt – rund 1,4 Millionen von diesen waren Kinder unter 15 Jahren. (UNAIDS 2001, UNICEF 2000).

Dieser Beitrag will einen Überblick geben über die verschiedenen Dimensionen, in denen Kinder von HIV/AIDS betroffen sind. Dabei bezieht er sich im Großen und Ganzen auf den afrikanischen Kontinent, weil die direkten und indirekten Auswirkungen von HIV/AIDS dort in massivster Weise in Erscheinung treten. Die verfügbaren Daten gehen davon aus, dass gegenwärtig vier Fünftel der weltweit von HIV/AIDS betroffenen Kinder in Afrika leben sowie 95 Prozent der 13,2 Millionen Kinder unter 15 Jahren, die durch AIDS ‚verwaist‘ worden sind (UNAIDS 2001a)³.

Auf eine Einführung in die Verbreitung und Ursachen von HIV/AIDS folgt eine Darstellung des tragischen Aspekts der Mutter-zu-Kind-Übertragung des HI-Virus, die den maßgeblichen Risikofaktor für Säuglinge und Kleinstkinder darstellt. Der sich daran anschließende Teil widmet sich der Diskussion um (Schul-)Bildung und ihrer Möglichkeiten bei der Eindämmung der AIDS-Pandemie. Ein letztes Kapitel befasst sich mit der Lage der sogenannten AIDS-Waisen.

1. Überblick über die Ausbreitung von HIV/AIDS

Die Zahl der gegenwärtig weltweit infizierten und erkrankten Menschen liegt weit über den Prognosen, die Anfang der 90er Jahre zur Entwicklung der Pandemie angestellt wurden (UNAIDS 2000). Während die Zahl der Neuinfektionen in Europa und Nordamerika stagniert, breitet sich HIV/AIDS in Osteuropa, Asien, Lateinamerika und Afrika weiter aus. Besonders Afrika südlich der Sahara ist bereits stark von der Pandemie betroffen, hier liegt die Prävalenzrate für Erwachsene bei durchschnittlich 8,8 Prozent (die Prävalenzrate beziffert den Anteil der jeweiligen Bevölkerung im Alter zwischen 15 und 49 Jahren, der mit HIV/AIDS lebt - als eine verbreitete statistische Größe zur Ausbreitung von HIV/AIDS unterschlägt sie also regelmäßig die Kinder unter 15 Jahren). Die nationalen Prävalenzraten variieren jedoch sehr stark: zwischen weniger als zwei Prozent in manchen westafrikanischen Staaten bis hin zu fast 20 Prozent in Ländern des südlichen Afrika.

In den Nachfolgestaaten der ehemaligen Sowjetunion ist zurzeit der dramatischste Anstieg von Neuinfektionen zu verzeichnen. So hat sich die Zahl der mit HIV/AIDS lebenden Menschen in der Russischen Föderation und der Ukraine innerhalb eines Jahres von circa 420.000 auf 700.000 erhöht. Das entspricht einer Zunahme von über 66 Prozent. Für einige Regionen des südlichen Afrikas, wo circa 71 Prozent aller weltweit von HIV/AIDS betroffenen Menschen leben, wird von UNAIDS (2001) eine momentane Stabilisierung der HIV-Inzidenz (Zahl der jährlichen Neuinfektionen) festgestellt. So lag diese für den Kontinent im Jahr 2001 mit 3,4 Millionen unter der des Vorjahres. Dies rührt zum einen daher, dass in den von der Pandemie am stärksten betroffenen Ländern bereits

1 Die Autoren danken Gisela Wuttke für wertvolle Hinweise zu diesem Beitrag.

2 Die Menschen sterben aufgrund ihres durch das HI-Virus geschwächten Immunsystems in der Regel an einer Vielzahl opportunistischer Krankheiten, von denen Tuberkulose und Lungenentzündung die häufigsten sind (Terhorst 2000: 5).

3 Diese Zahl umfasst auch die Kinder, die mittlerweile über 15 Jahre sind oder zwischenzeitlich verstorben sind. Die gegenwärtig verwaisten unter 15-jährigen Kinder werden auf circa 10,5 Millionen geschätzt.

größere Teile der sexuell aktiven Bevölkerung mit HIV infiziert sind und es somit zu weniger Neuinfektionen kommt. Zum anderen sinkt die Zahl in den Ländern, in denen schon seit längerer Zeit öffentlich und offensiv mit dem Thema HIV/AIDS umgegangen wird.

Im Gegensatz zu Afrika liegen die Prävalenzraten für die meisten asiatischen Staaten gegenwärtig unter einem Prozent, aber auch hier breitet sich HIV/AIDS zum Teil rasch aus. Für Süd- und Südostasien wurden im Jahr 2000 circa 700.000 und für Ostasien und den pazifischen Raum 130.000 Neuinfektionen von Erwachsenen registriert. Jedoch weisen lediglich Kambodscha, Myanmar (Birma) und Thailand eine Prävalenzrate von über einem Prozent in der Altersgruppe der 15- bis 49-Jährigen auf. In einigen Gegenden Indiens wurde eine Infektionsrate von etwas über zwei Prozent bei schwangeren Frauen festgestellt (United Nations 2001: 4f). Da beispielsweise Thailand, Indien und China im Vergleich zu afrikanischen Ländern zum Teil vielfache Bevölkerungsgrößen aufweisen, schlagen sich geringe Prävalenzraten in hohen absoluten Zahlen nieder. Innerhalb Chinas finden vor dem Hintergrund der rigorosen kapitalistischen Marktpolitik momentan große Binnenmigrationsbewegungen statt, von denen bis zu eine Million Menschen betroffen sind. Bedingungen wie die in China haben in anderen Region wesentlich zur Ausbreitung von HIV/AIDS beigetragen.

Auch in Lateinamerika und der Karibik ist ein Zuwachs von HIV/AIDS-Fällen zu verzeichnen, Ende 2001 lebten dort 1,8 Millionen betroffene Menschen. Mit einer durchschnittlichen Prävalenzrate in der erwachsenen Bevölkerung von etwa zwei Prozent ist die Karibik nach dem südlichen Afrika weltweit am stärksten betroffen (UNAIDS 2001). In Lateinamerika ist die Besonderheit zu verzeichnen, dass dort in einigen Ländern HIV-positive Menschen länger und gesünder leben als in Teilen Asiens oder Afrikas. Dies ist vor allem auf die kostenfreie Abgabe antiretroviraler Medikamente zurück zu führen, wie sie z.B. in Brasilien seit Mitte der neunziger Jahre praktiziert wird.⁴ Mit dieser Maßnahme konnte Brasilien die Zahl der jährlichen AIDS-Toten zwischen 1996 und 1999 um die Hälfte reduzieren (UNAIDS 2000, BUKO 2001).

2. Gründe für die Ausbreitung von HIV/AIDS

Wo liegen nun die Gründe für die sich fortsetzende Ausbreitung von HIV/AIDS besonders in den gering(er) entwickelten Ländern und Regionen? Sieht man sich die von der UN-Behörde UNAIDS und vielen anderen Organisationen propagierten Präventionsmaßnahmen an, so ist die Ausbreitung von HIV/AIDS überwiegend dem Verhalten einzelner Individuen in ihren jeweiligen kulturellen und sozialen Kontexten geschuldet, d.h. 90 Prozent der Präventionsprogramme zielen auf eine persönliche Verhaltensänderung speziell im Bereich der Sexualität ab. Der dramatische Unterschied der Prävalenzraten, wie er z.B. zwischen den meisten europäischen Staaten und afrikanischen Ländern südlich der Sahara besteht, lässt sich jedoch nicht alleine über unterschiedliche sexuelle Verhaltensmuster erklären. Die sozioökonomischen Rahmenbedingungen der jeweiligen Länder und Regionen spielen bei der Ausbreitung von HIV/AIDS eine gravierende Rolle.

So weisen Collins & Rau (2000) auf die häufig festzustellende Diskrepanz zwischen dem, was Menschen über eine Gefahr wissen, und ihrem tatsächlichen Risikoverhalten hin. Diese Diskrepanz liegt ihrer Ansicht nach in den jeweiligen sozialen und ökonomischen Zwängen begründet, die das Handeln und die Perspektiven der Menschen determinieren. Als Faktoren für die Ausbreitung von HIV/AIDS können angesehen werden:

- § Armut
- § Ungleichheit der Geschlechter
- § Migration und Mobilität

⁴ Zur Zeit werden in Brasilien 100.000 AIDS-Patienten über das nationale AIDS-Programm mit Medikamenten versorgt. Dies ist nur durch die lokale Produktion antiretroviraler Medikamente unter Verletzung der Patentrechte großer Pharmakonzerne möglich.

- § mangelnde Gesundheitsversorgung
- § kriegerische Konflikte
- § durch Tradition und Religion bedingte Tabuisierung von Sexualität und mangelnde Aufklärung.

2.1 Armut

Armut kann als einer der Schlüsselfaktoren angesehen werden, welche ein risikoreiches Verhalten in Bezug auf eine HIV-Infektion fördern. Der komplexe Zusammenhang zwischen Armut und der Ausbreitung von HIV/AIDS stellt sich u.a. als eine enge Beziehung zwischen niedrigem Einkommen, Bildungsstand, minder qualifizierter Beschäftigung und HIV-Infektionen dar (z.B. Cohen 1999). Bedingungen wie schlechte bzw. fehlende Bildung⁵, nur geringer oder kein Zugang zu Gesundheitsversorgung, Fehl- und Mangelernährung, absente Zukunftsperspektiven oder gesellschaftliche Exklusion und Ungleichheit, wie sie für Armutslagen typisch sind, stellen auch für Collins & Rau (2000) den Rahmen dar, in dem sich HIV/AIDS stärker ausbreitet. Bei der Beziehung zwischen Armut und HIV/AIDS handelt es sich um ein bi-direktionales Verhältnis; das bedeutet, dass sich HIV/AIDS unter Armutbedingungen einerseits stärker ausbreitet und das Vorhandensein und die Erfahrung von HIV/AIDS die Armut andererseits verschärfen.

2.2 Ungleichheit der Geschlechter

Die Faktoren Armut und die benachteiligte Stellung der Frau sind in diesem Zusammenhang eng verwoben. Weltweit sind Frauen stärker von Armut betroffen als Männer, sie stellen 70 Prozent aller absolut armen Menschen.⁶ So haben Frauen oftmals keinen oder einen schlechteren Zugang zu Bildung, dem formalen Arbeitsmarkt, Krediten und Landrechten. Diese relative Machtlosigkeit auf der Grundlage von ökonomischer Abhängigkeit und Geschlechterstereotypen setzt sich im Bereich der Sexualität fort; ihr sexuelles Selbstbestimmungsrecht wird so oft ignoriert oder mit Gewalt gebrochen. Frauen sind darüber hinaus in biologischer Hinsicht sowohl für HIV-Infektionen als auch für ungeschützten bzw. erzwungenen Geschlechtsverkehr anfälliger als Männer. All diese Bedingungen tragen dazu bei, dass in manchen Regionen des südlichen Afrika die Prävalenzrate von Frauen im Alter von 15 bis 19 Jahren bis zu acht Mal und in der Gruppe der 20- bis 24-Jährigen bis zu drei Mal höher liegt als die von Männern im entsprechenden Alter (UNAIDS 1999a).

Frauen sehen sich nicht nur häufig in Ehe oder Partnerschaft männlicher Willkür ausgesetzt, sondern u.a. auch, wenn sie ihren eigenen Unterhalt oder den der Familie erwirtschaften, oder wenn Polizisten, Vorarbeiter oder Marktaufseher sexuelle Gefälligkeiten einfordern und den Frauen im Gegenzug z.B. das unbehelligte Betreiben eines informellen Gewerbes oder andere materielle Vorteile gewähren. In manchen Fällen gelingt es Frauen, dieses Zwangsverhältnis zu ihrem Nutzen einzusetzen und gezielt bestimmte Erleichterungen für sich und ihre Familien zu erreichen (UNAIDS 1999b). In diesem Zusammenhang spricht man auch von sogenannten „sexuellen Netzwerken“ (Terhorst 2000: 14). Nicht selten besteht die Willkür jedoch schlicht in Vergewaltigung.

Darüber hinaus suchen viele ältere Männer sexuelle Kontakte zu jungen Frauen und Mädchen, um so ihr eigenes Risiko einer HIV-Infektion zu verringern. Oft geschieht dies in Unkenntnis oder ungeachtet der Tatsache, dass die Frauen und Mädchen bereits HIV-positiv sind. In manchen Gegenden des südlichen Afrika hält sich hartnäckig der Mythos, Mann könne sich durch Geschlechtsverkehr mit einer Jungfrau von HIV/AIDS kurieren. Nicht selten bringt die reine Not Frauen dazu, sich zu prostituieren. Vor Armutbedingungen auf dem Land geflohen, bleibt in den großen Städten die Prostitution häufig eine unter wenigen Möglichkeiten, einen Unterhalt zu

⁵ Anfang der 90er Jahre hatten Untersuchungen in Uganda gezeigt, dass Jugendliche und junge Erwachsene mit höherer Bildung und besserem Einkommen sich risikofreudiger zeigten und in höherem Maße mit dem HI-Virus infizierten; dieser Trend hat sich heute jedoch umgekehrt (UNAIDS 2000).

⁶ Nach der Definition der Weltbank fallen darunter die Menschen, denen weniger als ein US\$ pro Tag zum Lebensunterhalt zur Verfügung steht.

generieren. Hier ist die Gefahr einer HIV-Infektion besonders hoch, da die Prostitution in den meisten Ländern in der Illegalität stattfindet und den Frauen wenig Verhandlungsspielraum über die Benutzung von Kondomen bleibt.⁷

2.3 Migration und Mobilität

Auch die Faktoren Mobilität und Migration korrespondieren mit dem Faktor Armut. So haben schlechte Einkommensmöglichkeiten sowie eine ungerechte Landverteilung in vielen ärmeren Regionen zu Arbeitsmigration von Millionen Menschen, vor allem Männern, geführt. Überwiegend aus ländlichen Gegenden wandern die Arbeitssuchenden in die Industrie- und Bergbauzentren oder auf die Großplantagen des eigenen Landes und der Nachbarländer ab. Meist leben die Männer an ihrem Arbeitsort in sehr beengten Sammelunterkünften ohne jegliche Privatsphäre und Freizeitangebote. Oft über Monate von ihren Familien getrennt, suchen diese Männer Prostituierte auf, die sich im Gefolge solcher „Kolonien“ niedergelassen haben. Terhorst (2000) führt hier exemplarisch die Bergbaustadt Carletonville in Südafrika an, wo rund 60 Prozent der 88.000 Mienenarbeiter aus anderen Teilen Südafrikas oder den Nachbarländern stammen. In Carletonville gibt es circa 400 bis 500 Prostituierte, die durch die Nachfrage nach ungeschütztem Verkehr das hohe Risiko tragen, mit dem Virus infiziert zu werden. Nach offiziellen Angaben sind 20 Prozent der Arbeiter mit dem HI-Virus infiziert. Diese tragen bei ihren Familienbesuchen das Virus in andere Regionen weiter: „So ist z.B. in Hlabhisa, einem ländlichen Gebiet in Südafrika, wo in 60 Prozent der Haushalte mindestens ein männlicher Arbeitsmigrant lebt, die Prävalenzrate unter schwangeren Frauen binnen fünf Jahren von vier Prozent (1992) auf 26 Prozent (1997) angestiegen“ (a.a.O.: 19). Es wird angenommen, dass das System der Wanderarbeit in Apartheid-Südafrika, welches Millionen von Männern zur Arbeitsmigration zwang, einen wesentlichen Beitrag zur Ausbreitung von HIV/AIDS geleistet hat.

Wenn auch in ungleich geringerem Maße, so gibt es Arbeitsmigration auch von Frauen, die zu einer erhöhten Risikoexposition führt. In Thailand hat die Mechanisierung der Landwirtschaft und die Bevorzugung männlicher Arbeitskräfte in diesem Bereich zur Migration junger Frauen in die Städte und Küstenregionen geführt. Traditionell sind die jungen Frauen in Thailand zur Unterstützung ihrer Eltern und jüngeren Geschwister verpflichtet. Da ihnen die Erwerbsmöglichkeiten in der Landwirtschaft genommen wurden, bleibt ihnen in Ermangelung anderer Qualifikationen oft nur die Möglichkeit, sich als Sexarbeiterinnen in der sich ausbreitenden „Sexindustrie“ des Landes zu verdingen. Dort erzielte Einkommen übersteigen jene, die in der Landwirtschaft erreicht werden können, um ein Vielfaches. Mit diesen Mitteln sichern sie das Überleben der meist von Subsistenzlandwirtschaft lebenden Eltern und finanzieren häufig die Ausbildung jüngerer Geschwister. Diese Tatsache führt in den Familien zu einer gewissen Akzeptanz für die Tätigkeit der jungen Frauen, leider in manchen Fällen auch dazu, dass Eltern wissentlich Kinder und Jugendliche in die Prostitution schicken (Collins & Rau 2000).

2.4 Mangelnde Gesundheitsversorgung

Bei den meisten von der Pandemie stark betroffenen Ländern handelt es sich um low income-Länder mit einem durchschnittlichen Gesundheitsbudget von 23 US\$ pro Einwohner und Jahr. Einige der Länder zählen zu den least developed countries, dort werden durchschnittlich drei US\$ für Gesundheit ausgegeben (medico international 2000: 4).⁸ Der Zugang zu öffentlicher Gesundheitsversorgung ist in diesen Ländern äußerst gering. Mittel für Behandlung und Medikamente, falls überhaupt verfügbar, müssen von den Einzelnen selbst und ihren Familien aufgebracht werden. So bleiben selbst Erkrankungen, die durch bewährte Medikamente schnell zu kurieren wären, häufig unbehandelt, was zu einer

7 Dies stellt auch eines der ganz zentralen Probleme im Kinderprostitutionstourismus dar, weil die „Kunden“ sich gegenüber den Kindern weigern, Kondome zu benutzen.

8 Die Zustände der öffentlichen Gesundheitssysteme dieser Länder haben sich in den letzten anderthalb Jahrzehnten u.a. durch Sparauflagen im Rahmen der von Internationalem Währungsfond und Weltbank auferlegten Strukturanpassungsprogramme kontinuierlich verschlechtert.

Verschlechterung des allgemeinen Gesundheitszustandes führt. Dies erhöht im Zusammenspiel mit Mangelernährung und/oder häufig unbehandelten Geschlechtskrankheiten das Risiko um ein Vielfaches, sich mit dem HI-Virus auch zu infizieren. Unter diesen Bedingungen erkranken HIV-positive Menschen auch wesentlich früher an AIDS. Cohen (2000) führt an, dass zwischen der Infizierung mit dem Virus und dem AIDS-bezogenen Tod im südlichen Afrika circa fünf bis sieben Jahre liegen; in Europa und Nordamerika sei diese Spanne aufgrund der besseren Gesundheitsversorgung und des Zugangs zu antiretroviralen Medikamenten etwa doppelt so lang.

2.5 Kriegerische Konflikte

Kriegerische Auseinandersetzungen tragen ebenfalls zur Ausbreitung von HIV/AIDS bei. Zum einen durch das vermehrte Vorhandensein von Soldaten und der steigenden Nachfrage nach kommerziellen „sexuellen Dienstleistungen“ (vgl. dazu auch das Beispiel der deutschen Blauhelmsoldaten in Kambodscha im Beitrag von Lipka und Wuttke in diesem Band), zum anderen durch Vergewaltigungen, die in Kriegssituationen gehäuft vorkommen bzw. sogar systematisch betrieben werden (Terhorst 2000: 17). Flucht und Vertreibung der Zivilbevölkerung tragen dann ebenfalls zur Verbreitung von HIV/AIDS bei.

2.6 Durch Tradition und Religion bedingte Tabuisierung von Sexualität und mangelnde Aufklärung

Das Thema Sexualität wird weltweit sehr häufig in den Bereich des Privaten verwiesen. Ein offener Umgang wird von traditionell und religiös orientierten Kräften häufig abgelehnt, oftmals mit dem Argument, dass gerade die Thematisierung der Sexualität zu verfrühtem vorehelichem und promiskuitivem Geschlechtsverkehr führe.⁹ Eine adäquate Aufklärung über die Gefahren einer HIV-Infektion wird so erschwert. Nicht wenige Politiker und Personen des öffentlichen Lebens haben durch Verdrängen und Verschweigen des Themas eine Aufklärung und Prävention lange Zeit behindert und so der Förderung bewusster Verhaltensänderungen Steine in den Weg gelegt. In einer Mehrzahl afrikanischer Länder bzw. Regionen ist das gesellschaftliche Klima derart, dass viele Menschen kein Interesse daran haben, Kenntnis über ihre HIV-Infizierung zu erlangen, da eine AIDS-Infektion häufig mit Stigmatisierung und sozialer Ausgrenzung einhergeht. Laut Vandemoortele & Delamonica (2000) lassen sich für diesen Zusammenhang vier ‚tödliche Verbündete‘ der Pandemie identifizieren, die zu ihrer weiteren Verbreitung beitragen: silence, shame, stigma, superstition.¹⁰ Neben der für die Ausbreitung von HIV/AIDS weithin anerkannten Armut tragen auch Faktoren wie Angst, Ignoranz und die darauf basierende Diskriminierung der Betroffenen dazu bei, dass Infektionsraten nicht im möglichen Maße zurückgehen. Erfahrungen aus Uganda, Senegal und Thailand haben andererseits deutlich aufgezeigt, dass erst mit dem Ende des Verschweigens und Verdrängens von HIV/AIDS der Pandemie wirkungsvoll begegnet werden kann (UNDP 2000). Ein Prozess, der in vielen Ländern erst langsam in Gang kommt.

3. Kleinkinder mit HIV/AIDS

Ein weiterer Grund, der für die Ausbreitung von HIV/AIDS mit verantwortlich zu machen ist, liegt in der mother-to-child-transmission (MTCT). Gegenwärtig bekommen Schätzungen zufolge jährlich circa 600.000 Babys und Kleinkinder das HI-Virus von ihrer ‚positiven‘ Mutter übertragen (z.B. Preparatory

9 Eine von UNAIDS (1997) vorgenommene Analyse von 53 Studien, die jeweils Sexualaufklärungsprogramme in verschiedenen Ländern evaluieren, findet so gut wie keine empirischen Belege für dieses Argument. Vgl. auch UNAIDS 1999b: 33.

10 Schweigen, Schande, Stigma und Aberglaube.

Committee 2001: 17). Bei dieser sogenannten „vertikalen Transmission“ (die in der ganz großen Mehrheit der Fälle unbewusst vonstatten geht) handelt es sich mit über 90 Prozent der Ansteckungen um den mit Abstand bedeutendsten Infektionsweg in der Gruppe der kleineren Kinder (UNAIDS 2000a); die Übertragung des HI-Virus durch ungeschützten Geschlechtsverkehr spielt erst bei Älteren bzw. Teenagern eine gewichtige Rolle.

Allerdings trägt nur eine Minderheit aller von HIV-positiven Müttern geborenen Kinder den Virus in sich. Zwar lassen sich in einem frühen Stadium HIV-Antikörper bei einem Großteil dieser Kinder nachweisen; der Virus selbst wird aber nur mit einer Wahrscheinlichkeit von 15 bis 25 Prozent (in den Industrieländern) bzw. 25 bis 40 Prozent (in den Entwicklungsländern) auf das Kind übertragen (a.a.O.).¹¹ Diese Differenz ist vor allem zurückzuführen auf das Stadium der AIDS-Krankheit bei der Gebärenden. Grundsätzlich kann vertikale Transmission auf drei unterschiedliche Weisen vonstatten gehen:

- § pränatal (im Laufe der Schwangerschaft), wenn die Blut-Plazenta-Schranke, die den Blutaustausch zwischen der Mutter und dem Fötus eigentlich unterbindet, gestört ist;
- § perinatal (während des Geburtsvorgangs), wenn das Kind in Kontakt mit dem Blut oder den Schleimhäuten, die mit dem Virus infiziert sind, in Kontakt kommt;
- § postnatal (nach der Geburt), vor allem durch das Stillen.

Das Verhältnis der Infektionen in der prä- bzw. perinatalen Phase liegt bei einem Drittel zu zwei Dritteln; sieht man sich alle drei Übertragungsweisen zusammen an, so schlagen die durch das Stillen des Säuglings zustande kommenden Virusübertragungen mit über einem Drittel aller Infektionen zu Buche (a.a.O.). Da das Immunsystem des menschlichen Körpers erst nach der Geburt richtig auszureifen beginnt, haben Säuglinge, die mit dem HI-Virus auf die Welt kommen, eine nur geringe Lebenserwartung – circa die Hälfte dieser Kinder stirbt vor dem ersten Geburtstag, und nur wenige Kinder leben über das fünfte Jahr hinaus (Hunter & Williamson 2000: 3). Somit ist weltweit die große Mehrheit aller AIDS-induzierten Todesfälle bei Personen unter 15 Jahren in der Altersgruppe der unter Fünfjährigen zu beobachten. Gleichzeitig ist AIDS mittlerweile in einer Reihe von Entwicklungsländern – vor allem im südlichen Afrika, aber z.B. auch auf den Bahamas - die häufigste Ursache für den frühzeitigen Tod von Kindern unter fünf Jahren (UNAIDS 2001).

Da Kindern, die mit dem Virus zur Welt kommen bzw. ihn in den ersten Lebensmonaten übertragen bekommen, zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht effektiv geholfen werden kann (z.B. durch einen wirksamen Impfstoff), ist eine Senkung der Sterberate nur möglich, wenn die Infektionsrate bei Säuglingen und Kleinstkindern reduziert werden kann. In medizinischer Hinsicht gibt es bereits erprobte und probate Mittel, auch bei steigenden Fallzahlen einem Teil der von HIV-positiven Müttern zur Welt gebrachten Kinder das Schicksal der Krankheit und eines frühen Sterbens zu ersparen. Schwangerschafts- und geburtsbegleitende Maßnahmen sowie Ernährungsvarianten zum Stillen eröffnen eine Reihe von Möglichkeiten, die Übertragungsrate des Virus von der Mutter auf das Kind zu verkleinern. Bereits die einmalige Verabreichung eines entsprechenden antiretroviralen Medikaments an die Mutter in dem Augenblick, in dem die Wehen einsetzen, sowie eine darauf folgende Dosis für das Neugeborene kann die Übertragungswahrscheinlichkeit auf das Kind verringern. Komplexere, sich über einen längeren Zeitraum ausdehnende Behandlungen mit antiretroviralen Medikamenten können eine Reduktion bis weit über 50 Prozent erwirken. Verfügbarkeit und Finanzierung dieser Arzneien stellen jedoch – wie in einer breiten Öffentlichkeit immer wieder thematisiert – ein nach wie vor ungelöstes Problem dar.¹² Ähnliches gilt für eine weitere Methode der Verringerung der Virusinfektion während Schwangerschaft und Geburt – den Kaiserschnitt. Da bei einer solchen Maßnahme der

11 Diese Zahlen gelten für den Fall, dass während Schwangerschaft und Geburtsvorgang keine medikamentösen Behandlungen vorgenommen werden.

12 Die südafrikanische Regierung ist im Dezember 2001 vom Landgericht Pretoria dazu verpflichtet worden, allen schwangeren Frauen im Land die Behandlung mit dem antiretroviralen Medikament Neviparine zu ermöglichen. Bis zu dem Urteil war es im Rahmen eines Pilotprojektes nur in 16 ausgewählten Kliniken zugelassen. Als Gründe dafür, Neviparine nicht flächendeckend zur Verfügung zu stellen, hatte die Regierung die nicht gesicherte Wirksamkeit des Medikaments, die mit der landesweiten Verteilung verbundenen Kosten sowie die mögliche Effektivitätsminderung angeführt, da Säuglinge weiterhin im Zuge des Stillens infiziert werden könnten. Südafrikanische Gesundheitsexperten halten diese Argumente für vorgeschoben (Frankfurter Rundschau, 15.12.2001). Wie alle Anti-AIDS-Medikamente kann auch Neviparine schwere Nebenwirkungen wie Haut- und Lebererkrankungen mit sich bringen.

Säugling in weit geringerem Maße mit Blut und Schleim der Mutter in Berührung kommt, hat sich das Gebären eines Kindes durch Operation im Sinne eines geringeren Infektionsrisikos zwar als vorteilhaft erwiesen. Aufgrund der für die Mütter damit einhergehenden Komplikationen, der dazu nötigen medizinischen Infrastruktur, der involvierten Kosten und weiterer Faktoren hat sich diese Variante bis dato nicht als eine erwiesen, die in breitem Rahmen umsetzbar ist. Verschiedene Methoden der Reinigung des Geburtskanals während der Wehen und des Geburtsvorgangs sind ebenfalls noch nicht in einer Weise erfolgversprechend, dass sie das Risiko der Virusinfektion in bedeutender Weise verringern könnten (UNAIDS 2000a).

Ein zweiter Weg der Verringerung der Anzahl von HIV-infizierten Säuglingen und Kleinstkindern läge darin, die Infektionshäufigkeit von (werdenden) Müttern zu reduzieren bzw. Frauen überhaupt in die Lage zu versetzen, über ihren HIV-Status Kenntnis zu bekommen. Einer Schätzung von UNAIDS zufolge gibt es bei circa 90 Prozent aller HIV-positiven Menschen kein Bewusstsein darüber, mit dem Virus infiziert zu sein. Dieser Umstand liegt u.a. darin begründet, dass es in einer Vielzahl der von der Pandemie betroffenen Länder keine Testroutine gibt, weil die Untersuchungen für zu viele Menschen unerschwinglich sind¹³ (Christian Aid 2001: 7). So sind sich viele Frauen nicht sicher, ob sie den Virus in sich tragen und Gefahr laufen, ihn an ein Neugeborenes weiterzugeben; so tritt in einem nicht zu unterschätzenden Ausmaß der Fall ein, dass Säuglinge erst beim Stillen infiziert werden, wenn in der prä- und perinatalen Phase eine Übertragung des Virus nicht stattgefunden hat. Die Weltgesundheitsorganisation (2001) plädiert für den Schutz und die Förderung des ausschließlichen Stillens im Verlaufe der ersten sechs Lebensmonate des Neugeborenen bei Frauen, die entweder HIV-negativ sind, oder deren HIV-Status unbekannt ist.

Darüber hinaus gibt es soziale, kulturelle und gesellschaftliche Gründe dafür, dass Aids-Tests – auch wenn sie verfügbar und bezahlbar sind – von Männern wie Frauen mitunter nicht gewollt werden. Exklusion und Stigmatisierung, die vielerorts mit HIV/AIDS einhergehen, gehören dazu. Um solche Prozesse zu durchbrechen und eine effektive Reduktion von Neuinfektionen zu erreichen, wird weltweit auf individuelle sowie kollektive Aufklärungsprozesse gesetzt. Führt man sich beispielsweise vor Augen, dass im südlichen Afrika derzeit etwa die Hälfte der jungen Frauen vor der Vollendung des 20. Lebensjahres ein erstes Kind bekommt (UNAIDS 1999a) und die Prävalenzrate insbesondere im Alterssegment der 15- bis 19-Jährigen besonders hoch ist, erscheint dieser Ansatz folgerichtig. Das gilt auch angesichts der Tatsache, dass weltweit vermutlich 50 Prozent aller Neuinfektionen bei Personen im Alter zwischen 15 und 24 Jahren verzeichnet werden müssen (Lyons 1999). Im folgenden Abschnitt sollen über den Zusammenhang von Bildung und verringerte HIV-Übertragungsraten einige Betrachtungen angestellt werden.¹⁴

4. Bildung und die Eindämmung von HIV/AIDS

Es gibt mittlerweile eine fast nicht mehr überschaubare Anzahl von Untersuchungen, die sich mit den möglichen Auswirkungen der AIDS-Pandemie für verschiedene Bereiche der Situation eines Landes oder einer Region auseinandersetzen, so z.B. hinsichtlich der Bevölkerungsentwicklung (z.B. Stanecki u.a. 2000), der mikro- und makroökonomischen Konsequenzen (z.B. Abt Associates 2000, Collins & Rau 2000, Terhorst 2000), oder der Folgen der Pandemie für Bildungssysteme (z.B. Shaeffer 1994, Coombe 2000, Kelly 2000, 2000a, Bennell u.a. 2001). Letztere sind hier von besonderem Interesse. Wie regelmäßig festzustellen, richten sich die Erwartungen einer Gesellschaft vor allem auf die Schulen bzw.

13 Der Preis liegt bei etwa zehn US\$. Grundsätzlich ist zu Tests auch anzumerken, dass a) sie bis zu dreimal wiederholt werden muss(t)en, um eine Irrtumswahrscheinlichkeit sicher auszuschließen; mit einem auf einen Test folgenden ungeschützten sexuellen Kontakt wird das Ergebnis im Prinzip jedoch wieder obsolet, was weitere Test notwendig machte; b) sie in ein breiteres Konzept medizinischer Grundversorgung und AIDS-Prävention sowie des Umgangs mit positiven HIV-Befunden eingebettet sein müssen; c) sie keine persönlichen oder sexuellen Selbstbestimmungsrechte stärken, und d) mit ihrer Verbreitung und Propagierung immer privatwirtschaftliche Interessen einhergehen (vgl. hierzu das Boehringer-Projekt der BUKO-Pharmakampagne).

14 Notwendige Strategien gegen sexualisierte Gewalt werden hier nicht explizit thematisiert.

formale Bildungssysteme, wenn es darum geht, ein Problem zu lösen, dem ein ‚nationales‘ – oder in diesem Fall ein darüber hinausgehendes - Bedrohungspotential zugeschrieben wird. Dabei wird für Bildungsprozesse angenommen, dass sie nicht nur Wissen vermitteln, sondern Verhaltensänderungen hervorbringen können. So stellt beispielsweise das aus der letzten Weltbildungskonferenz hervorgegangene Handlungsprogramm (Dakar Framework 2000) klar, dass „Programme, die die Ausbreitung des Virus kontrollieren und reduzieren sollen, maximalen Gebrauch des der Bildung innewohnenden Potenzials“ machen müssen, „um Botschaften der Prävention und veränderter Ansichten und Haltungen zu vermitteln“.¹⁵

4.1 Bildung als „Impfstoff“ gegen HIV/AIDS

Einen empirischen Nachweis des Zusammenhangs zwischen Bildung und reduzierter Prävalenzraten führen u.a. Vandemoortele & Delamonica (2000). Sie analysieren Demographic and Health Surveys aus 32 Ländern und kommen zu dem Ergebnis, dass sich das soziale Profil der AIDS-Pandemie im Laufe der Zeit ändert. Während in den Anfangsstadien der Ausbreitung des HI-Virus in einem Land sich vor allem die besser gebildeten, mobileren und wohlhabenderen Gruppen der Bevölkerung für Infektionen anfällig zeigen, werden im Verlaufe der Ausbreitung des Virus in massiver Weise die Schichten der schlechter (aus)gebildeten und armen Menschen betroffen. Ihre Studie¹⁶ zeigt u.a., dass

- § beinahe die Hälfte aller illiteraten Frauen keine Kenntnisse über die grundlegenden Fakten in Bezug auf HIV/AIDS besitzt gegenüber einem Wert von zehn Prozent bei jenen Frauen, die zumindest die Grundschule beendet haben;
- § der Anteil der illiteraten Frauen, die sich der Übertragungsmöglichkeit des Virus von der Mutter zum Kind nicht bewusst sind, drei Mal höher liegt als bei der Vergleichsgruppe;
- § das Bildungsniveau der Mutter einen signifikanten Einfluss auf die Sterblichkeitsrate ihrer unter fünfjährigen Kinder hat;
- § Frauen, die die Grundschule beendet haben, deutlich eher in der Lage sind, ihr Verhalten so zu verändern, dass die Infektionsrate in ihrer Gruppe sowohl in städtischen als auch in ländlichen Gebieten zum Teil deutlich sinkt.

Vandemoortele & Delamonica schlussfolgern aus dem sich wandelnden sozialen Profil der AIDS-Pandemie, dass Bildung als „Impfstoff“ geeignet sei, den Grad der Ausbreitung von HIV-Infektionen zu verlangsamen und schließlich gänzlich umzukehren. Obwohl es eine höchst bedeutende Rolle spielt, welche Inhalte vermittelt und wie Bildungsprozesse gestaltet werden, ist dieser Befund vielversprechend in dem Sinne, dass mittel- bis langfristig eine Verbesserung der Situation auf mehreren Ebenen erzielt werden kann. Dies gilt vor allem auch mit Blick auf die Altersgruppe der Kinder zwischen fünf und vielleicht zehn oder zwölf Jahren, die allgemein eine niedrige Infektionsrate aufweist; wie erwähnt sterben Kinder, die den Virus in den ersten Lebensmonaten übertragen bekommen haben, oft sehr früh, während andererseits bis zur Aufnahme sexueller Beziehungen eine niedriges Infektionsrisiko besteht. Gleichzeitig handelt es sich bei dieser Gruppe um die Kinder, die nach weltweiter Konvention als schulpflichtig gelten. Kelly (2000) spricht mit Bezug auf dieses Alterssegment von einem „Fenster der Hoffnung“.

Eine fundierte Grundbildung für alle oder Universal Primary Education (z.B. Christian Aid 2001), in integrierter Weise um die Dimension der HIV/AIDS-Aufklärung und –Prävention erweitert, gilt somit als eines der zentralen Mittel gegen die sich ausbreitende AIDS-Pandemie. Kelly (2000a) geht davon

15 Hier wie bei allen anderen Zitaten: Eigene Übersetzung.

16 In Vandemoortele & Delamonica (2000) lassen sich keine Daten für Jungen und Männer finden. Hier geht es darum, die hohe Bedeutung des Bildungsniveaus in Bezug auf HIV/AIDS-Risiken (auch für Kinder) anhand eines Beispiels empirisch zu belegen. Es soll nicht impliziert werden, dass a) es Sache der Frauen allein ist, die Verbreitung von HIV/AIDS zu vermindern, b) vor allem Frauen für die Ausbreitung von HIV/AIDS verantwortlich zu machen sind, oder c) der Bildungsgrad von Frauen allein den Ausbreitungsgrad von HIV/AIDS bestimmt. Vandemoortele & Delamonica (2000) verstehen den Bildungsgrad in ihrer Studie als gute Proxyvariable für den sozioökonomischen Status.

aus, dass Bildung auf drei verschiedenen Ebenen zur Bearbeitung der AIDS-Krise wirksam werden kann:

- § wenn noch keine Infektion stattgefunden hat: Erhöhung des Selbstschutzes durch Vermittlung von Wissen, Kenntnissen und Fähigkeiten; Herausbildung eines konstruktiven Wertesystems und förderlicher Verhaltensweisen; Verbesserung der Möglichkeiten, andere beim Schutz vor Infektionen zu unterstützen;
- § wenn eine Infektion stattgefunden hat: Stärkung der Fähigkeit, mit persönlicher Infektion bzw. einer solchen in der Familie umgehen sowie Fürsorge für infizierte Bezugspersonen leisten zu können; Reduzierung der mit der Erkrankung einhergehenden Stigmatisierung und Diskriminierung; Unterstützung anderer Kinder und Jugendlicher dabei, für ihre Rechte einzutreten;
- § wenn AIDS zu Todesfällen geführt hat: Hilfe dabei, mit Trauer und Verlust umgehen zu lernen; Unterstützung bei der Neuorganisation des Lebens nach dem Tod von Familienmitgliedern; Stärkung der Fähigkeit, eigene Rechte zu beanspruchen.

Eine Reihe von Ländern südlich der Sahara und anderswo, die von der AIDS-Pandemie betroffen ist, hat HIV/AIDS-bezogene Bildungsinhalte in ihre Curricula aufgenommen und in breitere nationale Aufklärungskampagnen eingebunden. Einige Fallbeispiele legen nahe, dass in Fällen, in denen konzertierte Präventionsprogramme innerhalb des Bildungssystems über längere Zeit durchgeführt worden sind, diese dazu beigetragen haben, die HIV-Inzidenz insbesondere in den jüngeren Altersgruppen zu reduzieren (World Education Forum 2000: 23). Das Potenzial, das in unterschiedlichsten Bildungsmaßnahmen steckt, ist im Großen und Ganzen wohl unbestritten. In langfristiger Perspektive ist von Bildungsprozessen, die vor dem Hintergrund von HIV/AIDS begonnen werden, zu erwarten, dass sie Synergieeffekte auch in einem weiter gefassten Entwicklungsinne mit sich bringen. Diese Aussicht muss jedoch im Kontext der kritischen Lage von Schul- bzw. Bildungssystemen sowie der Bildungsentwicklung in Teilen der Entwicklungsländer gesehen werden, insbesondere jenen, die von HIV/AIDS bereits stark betroffen sind.

4.2 Bildung im Zeitalter von HIV/AIDS

Über die betroffenen Menschen beeinflusst HIV/AIDS auch den Bestand und die Funktion von Institutionen. In Bezug auf Bildung kann davon gesprochen werden, dass die Pandemie in Teilen der Welt Bildungsversorgung und –einrichtungen auf komplexe Weise gefährdet und u.a. die Nachfrage nach und das Angebot von Bildung sowie deren Qualität untergräbt.

Grundsätzlich ist festzuhalten, dass weltweit bereits 113 Millionen Kinder im Grundschulalter keine Schule besuchen (Stand: 1998). In Afrika südlich der Sahara trifft dies auf 40 Prozent, also rund 42 Millionen Kinder zu. Dort wie in Südasien erreichen weniger als drei Viertel der Grundschüler/innen die fünfte Klasse. Zur selben Zeit ist das südliche Afrika die einzige Region der Welt, in der der gender gap zwischen 1990 und 1998 angewachsen ist (was möglicherweise bereits mit den Auswirkungen von HIV/AIDS zusammenhängt): Im Verhältnis gesehen sind dort zwölf Prozent mehr Jungen als Mädchen eingeschult (a.a.O.). Wie oben dargestellt, sind in fast allen afrikanischen Ländern, die eine höhere Prävalenzrate aufweisen, jugendliche Mädchen in disproportionaler Weise von Neuinfektionen betroffen. In ihrer Untersuchung zweier südafrikanischer townships finden Morell u.a. (2001) beispielsweise, dass 15- bis 19jährige junge Frauen gegenüber der männlichen Vergleichsgruppe fünf Mal häufiger mit dem HI-Virus infiziert sind.

Diese Zahlen verdeutlichen, dass u.a. in den Ländern des südlichen Afrika ein bedeutender Anteil der eigentlichen „Zielgruppe“ der schulpflichtigen Jungen und Mädchen nicht erreicht wird. Dazu kommt, dass die HIV/AIDS-Pandemie vielfältige Bedingungen schafft, die den Bildungschancen von Kindern abträglich sind. Von AIDS in ihren Familien betroffene Kinder werden durch die Pflege erkrankter Eltern oder Verwandter, durch Einkommenseinbußen und demzufolge fehlendes Schulgeld, die ihnen aufgebürdete Mitarbeit im Haushalt oder in der Landwirtschaft oder den Zwang, zum Einkommen der Familie selbst einen Beitrag zu leisten, vom (regelmäßigen) Schulbesuch abgehalten.

Eine nicht geringe Zahl von Primarschüler(inne)n ist aufgrund der Erfahrung von Siechtum und Tod von Freunden, engster Verwandter oder gar der eigenen Eltern stark verunsichert, wenn nicht traumatisiert. Hinzu kommt, dass in bisher unbekanntem Größenordnungen verwaiste Kinder (s. Kap. 5) oft nicht über die notwendigen Ressourcen verfügen, um den Schulbesuch zu sichern – es wird angenommen, dass nahezu die Hälfte aller durch AIDS verwaisten Kinder, die vorher zur Schule gegangen sind, abbrechen. Sekundarschüler(innen) (in einigen Gebieten des südlichen Afrikas bis zu einem Fünftel) und Student(inn)en sind bereits selbst HIV-infiziert oder an AIDS erkrankt. Damit in Zusammenhang stehende wiederkehrende Erkrankungen unterbrechen immer wieder die Kontinuität des Lernens, was zu einem vorzeitigen Schul- bzw. Studienabbruch führen kann.

Projektionen für die Länder Sambia, Swasiland und Zimbabwe gehen davon aus, dass in diesen Ländern zu Beginn der nächsten Dekade 20 Prozent weniger Kinder im Grundschulalter leben werden als vor dem Ausbruch der Epidemie angenommen (World Education Forum 2000: 22). Für Kenia und Uganda beläuft sich diese Schätzung auf 12 bis 13 Prozent. Aus der Tatsache, dass die Nachfrage nach Beschulung in einigen Regionen des südlichen Afrikas sinken wird, kann jedoch nicht notwendig auf ein Vorhandensein größerer schulischer Kapazitäten geschlossen werden, weil in denselben Regionen auch das Bildungsangebot betroffen ist. Hohe Erkrankungs- und Sterblichkeitsraten unter Lehrer(inne)n haben dort zu einer weiteren Gefährdung der Bildungsversorgung geführt. Es wird angenommen, dass im Jahr 1999 im südlichen Afrika 860.000 Kinder ihre Lehrer(innen) aufgrund von AIDS verloren haben (UNAIDS 2001). In Botswana liegt die Sterblichkeitsrate unter Lehrer(inne)n mindestens anderthalb Mal so hoch wie in der sonstigen erwachsenen Bevölkerung; am stärksten sind männliche Primarschullehrer betroffen (Bennell u.a. 2001). Für Südafrika wird davon ausgegangen, dass mehr als jede(r) zehnte Lehrer(in) mit dem Virus infiziert ist (Abt Associates 2000). Dort wie auch in Sambia sterben zurzeit mehr Lehrer(innen) an mit AIDS in Zusammenhang stehenden Krankheiten als in den entsprechenden Jahren an den jeweiligen teacher training colleges ausgebildet werden (Loewenson & Whiteside 2001: 9). In Sambia sterben gegenwärtig auch zwei Drittel der neu zu Lehrer(inne)n ausgebildeten College-Abgänger an AIDS (World Education Forum 2000). Zwei UNICEF-Studien liefern ähnliche Befunde in Bezug auf die Elfenbeinküste und die Zentralafrikanische Republik (IIEP 2000).

Als direkt oder indirekt von HIV/AIDS Betroffene sehen sich Lehrer(innen) den gleichen oder ähnlichen sozio-emotionalen Konsequenzen der Pandemie ausgesetzt wie Schüler(innen). Neben eigenen wiederkehrenden Erkrankungen kann die Sorge um Familienmitglieder und Freunde z.B. zu einer Abnahme von professioneller Motivation führen. Eine in Sambia durchgeführte Studie (Kalikiti & Mukuka 1995) kommt zu dem Ergebnis, dass Lehrer(innen), die in ihren Kollegien von AIDS-Fällen betroffen sind, unter Nervosität und Depressionen leiden, häufig von der Arbeit abwesend sind, eine sich verschlechternde Arbeitseinstellung aufweisen und nicht in der Lage sind, ihre gewohnte professionelle Leistung zu bringen; all dies habe auch psychologisch nachteilige Effekte auf die Schulkinder. Andererseits gehören Lehrer(innen), wie am Beispiel Botswanas deutlich, in Bezug auf HIV-Infektionen zu einer besonderen Risikogruppe. Teilweise sind die Gründe dafür in Eigenheiten des Lehrerberufs zu suchen – wie Einsatz in abgelegenen Gebieten, fehlende Möglichkeiten des Familiennachzugs, längere Abwesenheit aufgrund von Fortbildungen oder soziale Mobilität. In der Schule spielen aber vor allem männliche Lehrer eine Rolle bei der Verbreitung des Virus; Coombe (2000) berichtet für den südafrikanischen Kontext, dass ein Drittel aller in einem Jahr gemeldeten Vergewaltigungsfälle von Mädchen unter 15 Jahren von Lehrern begangen wurden. Sexueller Missbrauch von Mädchen in der Schule ist in einer Reihe von Ländern des südlichen Afrikas weit verbreitet, toleriert und institutionalisiert (z.B. Leach 2001) (und natürlich nicht auf diese Länder beschränkt), womit insbesondere Mädchen einer erhöhten Infektionsgefahr auch dadurch ausgesetzt sind, dass Klassenverbände bereits von der Primarschule an einen höheren Grad an Altersheterogenität aufweisen. Das geschlechtsspezifische sexuelle Verhalten von älteren Jungen stellt in diesem Zusammenhang ebenfalls ein Risiko für Mädchen dar.

Weitere Faktoren, die zu einer Infragestellung der Leistungsfähigkeit von Schulsystemen in Bezug auf die Eindämmung der HIV/AIDS-Pandemie beitragen, sind ein sich abzeichnender Mangel an Systemadministrator(inn)en sowie eine Beschneidung der zur Verfügung stehenden finanziellen

Ressourcen, u.a. aufgrund konkurrierender Ansprüche des Gesundheits- und anderer sozialer Systeme und der allgemeinen Auswirkungen der Pandemie auf die wirtschaftliche Entwicklung der betroffenen Länder.

4.3 Kann Bildung das "Versprechen" einlösen?

Mit den hier angeführten Faktoren für die Schwierigkeiten, denen sich Schulen und Schulsysteme in der Folge der HIV/AIDS-Pandemie gegenübersehen, sind freilich nur Andeutung zu einer wesentlich komplexeren Problemlage gemacht. Eine mittel- bis langfristige Konsequenz dieser Entwicklung wird beispielsweise der akute Mangel an qualifizierten Schul- und Hochschulabsolvent(inn)en sein, die die durch AIDS verursachten „Lücken“ im Bildungswesen selbst, in Wirtschaft, Verwaltung und anderen Sektoren schließen könnten. Loewenson & Whiteside (2000) legen den Schluss nahe, dass die schlechter werdende Qualität der Bildungseinrichtungen in den stark betroffenen Länder auch negative Auswirkungen auf eine der zurzeit dringendsten Aufgaben dieser Einrichtungen hat – Aufklärung und Prävention in Bezug auf HIV/AIDS.

Die Generalversammlung der Vereinten Nationen formulierte Mitte 1999 folgendes Ziel: durch die Bemühungen nationaler Regierungen solle sichergestellt werden, dass bis zum Jahr 2005 wenigstens 90, und bis 2010 wenigstens 95 Prozent aller jungen Männer und Frauen im Alter zwischen 15 und 24 Jahren Zugang zu Informationen, Bildung und Dienstleistungen haben, die sie befähigen, Kompetenzen zu entwickeln, die ihre Anfälligkeit für eine HIV-Infektion verringern (United Nations 2001: 21). In diesem Zusammenhang sind es Massenbildungssysteme – vor allem Schulen –, denen die Aufgabe zufällt, die Entwicklung dieser Fähigkeiten zu unterstützen bzw. sie hervorzubringen.

Unbestritten dürfte sein, dass Bildungssysteme in den betroffenen Ländern durch HIV/AIDS in ihrer Funktionsweise unter Druck geraten. Darüber hinaus stellt sich jedoch die Frage, ob Schule in ihren konventionellen Form tatsächlich einen substanziellen Beitrag zur Eindämmung von HIV/AIDS leisten kann. Es ist eines, Kinder und Jugendliche über die Krankheit und Infektionsrisiken aufzuklären; etwas anderes ist es jedoch, Verhaltensveränderungen zu erwirken, die Prävalenz- und Inzidenzraten reduzieren können. So konstatiert etwa Bennell (2001) für den Fall Botswanas, dass in den Sekundarschulen sexuelle Beziehungen zwischen Schülern und Schülerinnen (und teilweise wohl auch zwischen Schüler(inne)n und Lehrer(inne)n) zum Alltag gehören und die Integration von HIV/AIDS-bezogenen Inhalten in die Lehrpläne von Grund- und Sekundarschulen nicht zu den erwünschten Veränderungen gerade im sexuellen Verhalten geführt haben. Badcock-Walters & Whiteside (2001) kommen zu einem gleichlautenden Befund; sie verstehen Bildungseinrichtungen als Risikoumgebungen, die der Verbreitung von HIV/AIDS Vorschub leisten, es angesichts des bei Schüler(inne)n und Lehrer(inne)n vorhandenen Wissens um ein Infektionsrisiko aber an der Fähigkeit oder dem Willen mangelt, persönliches Handeln entsprechend zu adaptieren. Die weithin bekannte Disparität zwischen Wissen auf der einen und Verhaltensveränderung auf der anderen Seite ist darüber hinaus in einer Reihe von Studien für afrikanische und lateinamerikanische Länder aufgezeigt worden.

Auch wenn es hinsichtlich schulischer Aufklärungsprozesse zu HIV/AIDS einige positive Befunde gibt, so spricht doch einiges für die Schlussfolgerung, dass das Potenzial von Bildungsprozessen in Bezug auf die Eindämmung von HIV/AIDS durch die Einführung von Sexualaufklärung und HIV/AIDS-bezogenen Inhalten in Schulcurricula nicht effektiv ausgeschöpft und vielleicht auch überschätzt wird. Wie erfolgreich sich Kinder und Jugendliche gegen ein Infektionsrisiko schützen können, hängt im Allgemeinen von einer Reihe von sozialen Kontextvariablen ab, in die individuelles Verhalten eingebettet ist und von denen es wiederum teilweise determiniert wird. Zu diesen gehören das Alter, das Geschlecht, die soziale Position, der wirtschaftliche Status, die dominanten kulturellen Normen, Überzeugungen und Erwartungen (vgl. UNAIDS 1999b). Die Institution Schule spiegelt breitere gesellschaftliche Standards und Realitäten wider, vor deren Hintergrund ihr Potenzial zur Entwicklung von individuellen und sozialen Fähigkeiten, die zur Eindämmung von Inzidenzraten und Risikoverhalten beitragen, bewertet werden sollte.

Um die Gelegenheit der Eindämmung von HIV/AIDS durch Bewusstmachungsprozesse bei Kindern und Jugendlichen umzusetzen, reklamiert Kelly (2000) folgerichtig eine radikale Veränderung der Inhalte, Prozesse, Methoden, Rollen und Organisation von Schulausbildung. Diese beinhalteten beispielsweise nicht nur die Einführung von flexiblen Stundenplänen und wiederholten Eintrittschancen für eine wachsende Anzahl von AIDS-Waisen, von Formen non-formaler Bildung für Kinder, die die Schule nicht besuchen können, oder von spezifischen Bildungsprogrammen für Lehrer und Systemadministratoren. Hinzu käme die Notwendigkeit für neue Interaktionsformen, die die hierarchische Strukturierung von Beschulung aufbrechen und neben den drei „R“ der schulischen Ausbildung – *reading, writing, arithmetics* – ein viertes Element aufnimmt, *relationships*, also eine anders gelagerte kulturelle Dimension, die die Leben der Kinder und Jugendlichen über den schulischen Kontext hinaus betrifft und sie in sozialer Hinsicht befähigt (UNAIDS 1999b, Kelly 2000a). Damit einher gehen u.a. Fragen nach substantzieller Verantwortung für Kinder und Jugendliche nicht nur in der Schule, sondern in der Gesellschaft, nach sozialen und ökonomischen Strukturen, die diese Verantwortung untermauern, und nach den (auch: sexuellen) Beziehungen, die auf Geschlechter- und Altersverhältnissen beruhen und folglich Mädchen und Frauen einen höheren Grad an Kontrolle über ihre körperliche Integrität ermöglichen.

Angesichts der Schwierigkeiten, mit denen Schulsysteme in den von HIV/AIDS schwer betroffenen Ländern umzugehen haben, sind diese mit einer solchen Perspektive möglicherweise überfordert. Der Umstand, dass circa jede zehnte Neuinfektion in der Gruppe der unter 15jährigen Kinder auftritt (Lyons 1999)¹⁷, legt nahe, dass mit der Prävention frühestmöglich begonnen werden muss – zu Beginn der Primarschule. Das ist jedoch nicht regelmäßig der Fall. Damit das „Fenster der Hoffnung“ mit der Gruppe der Kinder zwischen fünf und zehn bis zwölf Jahren nicht zufällt, ist es jedoch von hoher Bedeutung, ‚Grundbildung für alle‘ Wirklichkeit werden zu lassen sowie Schule entsprechend der durch HIV/AIDS verkörperten Herausforderung anzupassen und dazu beizutragen, hochriskantes Verhalten von Kindern sowie deren sexuelle Ausbeutung zu verringern.

5. AIDS-Waisen in Familien und Gemeinschaften

Seit Ausbruch der Pandemie vor rund zwanzig Jahren sind bis heute wahrscheinlich fünf Millionen Kinder an AIDS oder damit in Zusammenhang stehenden opportunistischen Krankheiten gestorben. Der Höhepunkt der Pandemie – und somit die unmittelbare Lebensbedrohung für Säuglinge und Klein(st)kinder – ist keineswegs überschritten. Während folglich weiterhin ganz junge Menschen an AIDS sterben werden, wächst andererseits die Zahl der Personen unter fünfzehn Jahren, die als –HIV-negative – AIDS-Waisen von den Folgen der Pandemie in ihren unmittelbaren Lebenswelten und -umfeldern betroffen sind. Auf das Ende dieses Jahrzehnts gerichtete Projektionen gehen davon aus, dass sich die Zahl der Waisen in der Folge von HIV/AIDS weltweit mehr als verdreifachen wird – auf über 43 Millionen (Christian Aid 2001: 1). Vor dem Ausbruch der AIDS-Pandemie galten zwei Prozent aller Kinder in den Entwicklungsländern als Waise – diese Zahl wird gegenwärtig auf sieben Prozent geschätzt, wobei für die schwer betroffenen Länder (z.B. Sambia) davon ausgegangen wird, dass bis zu elf Prozent aller Kinder verwaist sind (UNAIDS 2001a).¹⁸

17 Einige Untersuchungen (z.B. Cohen 1999) weisen darauf hin, dass sexuelle Aktivitäten im Leben von Kindern und Jugendlichen früher als gemeinhin angenommen einsetzen.

18 Als „Waise“ werden hier nach der gängigen Begrifflichkeit von UNAIDS jene Kinder verstanden, die im Alter von unter 15 Jahren entweder ihre Mutter oder beide Elternteile verloren haben. Diese Definition erfasst zum einen nicht die Kinder, deren Väter an den Folgen von AIDS gestorben sind, zum anderen nicht die, die in ihren Familien bzw. Großfamilien direkt von AIDS-Fällen betroffen sind, aber (noch) keine ‚Eltern‘ verloren haben. Whiteside & Sunter (2000: 80) merken dazu an, dass die stressvolle Erfahrung und Zeit der nicht erfüllten kindlichen Bedürfnisse bereits vor dem Tod des Vaters bzw. beider Eltern beginne, wenn diese erkrankten und in der Folge z.B. das Haushaltseinkommen der Familie sinke. Weiterhin komme es vor allem in von der AIDS-Pandemie besonders schwer betroffenen Ländern zu einer ‚mehrfachen Verwaisung‘ von Kindern, wenn z.B. auch die auf die verstorbenen Eltern folgenden Bezugspersonen – Verwandte zweiten Grades oder Angehörige der lokalen Gemeinschaft – aufgrund von AIDS stürben. Auch erführen jene Kinder, die ‚jediglich‘ den Vater verlor, Stress und Ängste.

Als kleinste wirtschaftende Einheiten sind die privaten Haushalte am stärksten von der Pandemie und ihren Folgen betroffen. Sie tragen vor dem Hintergrund schlecht funktionierender Gesundheitssysteme, geringer Beschäftigungsperspektiven und endemischer Armut die Hauptlast des durch HIV/AIDS verursachten Elends (UNAIDS 2000). In ihnen wird nicht nur ein Großteil der Pflegeleistungen erbracht, sie leiden auch am stärksten unter dem Tod eines Familienmitglieds. Wie bereits erwähnt, handelt es sich beim Verhältnis Armut und HIV/AIDS um ein bi-direktionales. Demnach verschärft das Auftreten von AIDS meist die Armut. Je größer die Armutslagen, in denen die Auswirkungen von HIV/AIDS zum Tragen kommen, desto gravierender ist wohl der negative Einfluss auf die Funktionsweise und Stabilität traditioneller sozialer Sicherungs- bzw. Unterstützungssysteme. Die weitere Straffung knapper Ressourcen wirkt sich dabei sowohl auf die direkt betroffenen Familienverbände als auch auf jene aus, die Waisen aufnehmen (die gleichwohl ebenfalls Familienangehörige durch die Pandemie verloren haben können). In einigen afrikanischen Ländern sorgen bereits 20 bis 25 Prozent aller Haushalte in der einen oder anderen Form für Kinder, die durch AIDS zu Waisen geworden sind (United Nations 2001). Dabei sind es vor allem Frauen bzw. frauengeführte Haushalte, die die Sorge um zusätzliche Kinder auf sich nehmen. Grundsätzlich hängt die Fähigkeit von Haushalten, mit den wellenartig wiederkehrenden und sich verschärfenden Effekten der Pandemie umzugehen, davon ab, über wie viele eigene Ressourcen (materieller und nicht-materieller Art) und Ressourcen der erweiterten Familie sie verfügen können, wie groß der Haushalt ist und wie er sich zusammensetzt (z.B. Anzahl der Kinder), sowie von der Fähigkeit und dem Willen der lokalen Gemeinschaft, betroffenen Haushalten Unterstützung zuteil werden zu lassen.

Die langfristigen Folgen der steigenden Zahl von AIDS-Waisen, die zurzeit vor allem in Afrika leben, aber in einigen Jahren vermutlich auch im süd- und südostasiatischen Raum (v.a. China und Indien) eine große Zahl erreicht haben werden, sind bis dato nicht systematisch analysiert und in vielen ihrer Ausprägungen noch unbekannt. Allgemein wird davon ausgegangen, dass die in den schwer betroffenen Ländern und Regionen im sozialen Gefüge vorstatten gehenden Veränderungen die Sozialisationsbedingungen und emotionalen, intellektuellen wie psycho-sozialen Entwicklungsprozesse der Kinder in massiver Weise beeinflussen. Die durch HIV/AIDS bedingte zunehmend langanhaltende Krisenhaftigkeit der Lebensumstände bringt für die Kinder Stress-, Scham- und Angsterfahrungen mit sich; es ist leicht vorstellbar, dass die von Kindern in diesem Zusammenhang erlebten Traumata eine ähnliche Bedeutung einnehmen, wie es für in Kriege involvierte Kindersoldaten der Fall ist (vgl. z.B. den Beitrag von Efraime Junior und Errante in diesem Band).

In den von der AIDS-Pandemie betroffenen Gesellschaften und Gemeinschaften ist es in geringerem Ausmaße als zuvor möglich, den Kindern neben den grundlegenden materiellen Bedürfnissen (wie Nahrung, Unterkunft und Kleidung) jene Fürsorge und Unterstützung zum Zwecke der ‚umfassenden und harmonischen Entwicklung der Persönlichkeit‘ angedeihen zu lassen, wie sie in der Kinderrechtskonvention der Vereinten Nationen festgeschrieben sind. Es wird immer wieder und zu Recht darauf hingewiesen, dass ‚Kindheiten‘ in unterschiedlichen soziokulturellen Kontexten verschiedene Formen und Ausprägungen annehmen. Unter ‚Kindheit‘ sind mithin kulturell überformte Lebenswelten zu verstehen, in der die Tatsache des Wachsens und Werdens der Kinder Berücksichtigung findet. Kindheiten verändern (verkürzen) sich massiv, wenn Kinder aufgrund des Verlusts ihrer Eltern bzw. nächsten Bezugspersonen durch AIDS soziale, ökonomische, psychologische und emotionale Unterstützung entbehren, gleichzeitig aber in einer zunehmenden Anzahl von Kinderhaushalten ‚erwachsene‘ Verantwortung und Rollen übernehmen, wenn sie z.B. für jüngere Geschwister, kranke oder ältere Mitglieder der erweiterten Familie und für zusätzliches Einkommen sorgen müssen (Lyons 1999, vgl. dazu auch den Beitrag von Sall in diesem Band). Aus einer Übersicht der Strategien, mit denen auf dem Land lebende Haushalte auf den Verlust von Familienangehörigen in der Folge von AIDS reagieren, ergeben sich konkretere Anhaltspunkte für die Betroffenheit von Kindern (vgl. UNAIDS 1999: 17):

Tabelle 1: Coping-Strategien von ländlichen Haushalten

Strategien zur Verbesserung der Ernährungssicherheit	Strategien zur Anhebung und Ergänzung von Einkommen	Strategien zur Milderung des Verlusts von Arbeitskraft
§ Beschaffung billigerer Artikel/Lebensmittel	§ Diversifizierung des Einkommens	§ Umverteilung der Arbeitskraft innerhalb des Haushalts und Kinder aus der Schule nehmen
§ reduzierter Konsum	§ bei der Suche nach Arbeit die Gemeinschaft verlassen	§ zusätzliche Stunden arbeiten
§ Kinder an Verwandte abgeben	§ Darlehen	§ Arbeitskraft und Zugtiere anmieten
§ Lebensmittel durch einheimisches / wildes Gemüse ersetzen	§ Verkauf von Besitztümern / Gütern	§ Fläche des bebauten Ackerlands verringern
§ Betteln	§ Verbrauch von Ersparnissen oder Investitionen	§ Verwandte um Unterstützung bitten
		§ Einkommensquellen diversifizieren

Erweiterte Familiensysteme sind nicht beliebig dehnbar und demzufolge zunehmend dazu gezwungen, Kinder auch außerhalb des eigenen kinship-Systems unterzubringen. Dabei werden überwiegend mehr Mädchen als Jungen zu traditionellen, teilweise auch fragwürdigen Formen von ‚Adoption‘ freigegeben, wo sie zum Teil für Arbeiten im Haushalt eingesetzt oder prostituiert werden oder ein Brautpreis zu erzielen ist (vgl. auch den Beitrag von Nagel in diesem Band). Andere Kinder ‚weichen‘ auf die Straße aus, um dort ihr Überleben zu sichern, d.h. sie verlassen ihre heimatliche Umgebung und ziehen in die Städte. In den meisten Fällen büßen Kinder (vor allem Mädchen) damit, wie oben erwähnt, ihre Bildungschancen ein. Weitere Rückschläge in ihren Überlebensstrategien erfahren Kinder dann, wenn sie vor dem Hintergrund nicht existierender kindlicher Eigentums- oder Erbrechte den familiären Besitz teilweise oder in toto nach dem Tod der Mutter oder beider Eltern einbüßen (Hunter & Williamson 2000).

Eine Reihe von Staaten in Afrika südlich der Sahara ermuntert in ihren nationalen HIV/AIDS-Strategien erweiterte Familien und lokale Gemeinschaften dazu, die Fürsorge für Waisen zu übernehmen, damit sie weiterhin in ihrem gewohnten sozialen Kontext leben können (UNAIDS 1999a). Wenn das soziale Sicherungsnetz durch verwandtschaftliche Beziehungen in weiten Teilen Afrikas auch noch wesentlich dichter geknüpft ist als z.B. in ‚entwickelten‘ Industrienationen, so reißt das soziale Gefüge vor dem Hintergrund der wirtschaftlichen Verhältnisse, wachsender sozialer Ungleichheit, kriegerischer Konflikte und nicht zuletzt der AIDS-Pandemie auch dort zunehmend auf. Wieder ist es die substanzielle Verminderung von Armut in Prozessen menschlicher Entwicklung, die am besten geeignet scheint, der wachsenden Herausforderung zu begegnen, die sich durch von HIV/AIDS direkt und indirekt betroffene Kinder stellt.

Literaturverzeichnis

- Abt Associates: The impending catastrophe: a resource book on the emerging HIV/AIDS epidemic in South Africa. Parklands: love Life, 2000.
- Badcock-Walters, P./Whiteside, A.: HIV/AIDS and development in the education sector. Durban: HEARD/University of Natal, 2001.

- Bennell, P. u.a.: The impact of HIV/AIDS on primary and secondary education in Botswana: Developing a comprehensive strategic response. Gaborone/London: Ministry of Education (Botswana)/DFID (UK), 2001.
- BUKO Pharma-Kampagne: Pharma-Brief (2001)1.
- Christian Aid: No excuses. Facing up to sub-Saharan Africa's orphans crisis. London: Christian Aid, 2001.
- Cohen, D.: The HIV epidemic and the education sector in sub-Saharan Africa. Issues Paper No 32. New York: UNDP HIV and Development Programme, 1999.
- Cohen, D.: Poverty and HIV/AIDS in sub-Saharan Africa. SEPED Conference Papers. New York: UNDP, 2000.
- Collins, J./Rau, B: AIDS in the context of development. New York: UN Research Institute for Social Development, 2000.
- Coombe, C.: Keeping the education system healthy: Managing the impact of HIV/AIDS on education in South Africa. In: Current Issues in Comparative Education 3(2000)1. <http://www.tc.columbia.edu/cice/>.
- Dakar Framework for Action: Education for All: Meeting our collective commitments. Text adopted by the World Education Forum, Dakar/Senegal, 26.-28.4.2000.
- Hunter, S./Williamson, J.: Children on the brink. Executive summary. Updated estimates and recommendations for intervention. Washington D.C.: US Agency for International Development, 2000.
- IIEP Newsletter XVIII(2000)1, S. 1, 8-9.
- Kalikiti, W./Mukuka, L.: The impact of HIV/AIDS on education in Zambia. Lusaka: Zambian Ministry of Health, 1995.
- Kelly, M.J.: Standing education on its head: Aspects of schooling in a world with HIV/AIDS. In: Current Issues in Comparative Education 3(2000)1. <http://www.tc.columbia.edu/cice/>.
- Kelly, M.J.: The encounter between HIV/AIDS and education. Harare: UNESCO Sub-Regional Office for Southern Africa, 2000(a).
- Leach, F.: Conspiracy of silence? Stamping out abuse in African schools. Brighton: University of Sussex/Centre for International Education, 2001.
- Loewenson, R./Whiteside, A.: HIV/AIDS. Implications for poverty reduction. Background paper prepared for the UNDP for the UN General Assembly Special Session on HIV/AIDS, 25.-27.06.2001. New York: UNDP, 2001.
- Lyons, M.: The impact of HIV/AIDS on children, families and communities: Risks and realities of childhood during the HIV epidemic. Issues Paper No. 30. New York: UNDP HIV and Development Programme, 1999.
- medico international: der AIDS-faktor. Gesundheit und Krankheit im Südlichen Afrika. Frankfurt a. M.: medico, 2000.
- Morell, R./Unterhalter, E./Moletsane, L./Epstein, D.: HIV/AIDS – policies, schools, and gender identities. In: Indicator SA 18(2001)2, S. 51-57.
- Preparatory Committee for the Special Session of the General Assembly on Children: A world fit for children. Draft outcome document: unedited advance copy as of 16 June (A/AC.256/CRP.6/Rev.4). New York: United Nations, 2001.
- Shaeffer, S.: The impact of HIV/AIDS on education. Paris: UNESCO, 1994.
- Stanecki, K.A.: The AIDS pandemic in the 21st century. The demographic impact in developing countries. Paper presented at the XIIIth international AIDS conference, Durban/South Africa, 9.-14.7.2000.
- Terhorst, F.: HIV/AIDS-Pandemie – Ihre Auswirkungen auf Entwicklungsländer und die Rolle der Entwicklungszusammenarbeit. INEF-Report Nr. 50. Duisburg: Gerhard-Mercator-Universität, 2001.
- UNAIDS: Impact of HIV and sexual health education on the sexual behaviour of young people: a review update. Genf: UNAIDS, 1997.
- UNAIDS: A review of household and community responses to the HIV/AIDS epidemic in the rural areas of sub-Saharan Africa. Genf: UNAIDS, 1999.
- UNAIDS: Children orphaned by AIDS. Front-line responses from Eastern and Southern Africa. Genf: UNAIDS, 1999(a).
- UNAIDS: Sex and youth: contextual factors affecting risk for HIV/AIDS. A comparative analysis of multi-site studies in developing countries. Genf: UNAIDS, 1999(b).
- UNAIDS: AIDS epidemic update: December. Genf: UNAIDS/WHO, 2000.
- UNAIDS: Mother-to-child-transmission of HIV. Technical update. Genf: UNAIDS, 2000(a).
- UNAIDS: AIDS epidemic update: December. Genf: UNAIDS/WHO, 2001.
- UNAIDS: Investing in our future. Psychological support for children affected by HIV/AIDS. A case study in Zimbabwe and the United Republic of Tanzania. Pretoria: UNAIDS, 2001(a).
- UNDP: Botswana Human Development Report. Gaborone: UNDP, 2000.
- UNICEF: The state of the World's children 2001. New York: UNICEF, 2000.
- United Nations: Review of the problem of human immunodeficiency virus/acquired immunodeficiency syndrome in all its aspects. Special Session of the General Assembly on HIV/AIDS. Report of the Secretary-General (A/55/779). New York: UN, 2001.
- Vandemoortele, J./Delamonica, E.: The "education vaccine" against HIV. In: Current Issues in Comparative Education 3(2000)1. <http://www.tc.columbia.edu/cice/>.
- Weltgesundheitsorganisation: Effects of breastfeeding on mortality among HIV-infected women. WHO statement on MTCT. Genf: WHO, 7.Juni 2001.
- Whiteside, A./Sunter, C.: AIDS. The challenge for South Africa. Cape Town: Human & Rousseau and Tafelberg Publishers, 2000.
- World Education Forum: Final report. Paris: UNESCO, 2000.

erschienen in:

Karin Holm/ Uwe Schulz (Hrsg.) 2002. Kindheit in Armut weltweit. Opladen: Leske und Budrich, S. 321-343.