

Leben mit der Krise: HIV/AIDS in Botswana aus Sicht der geographischen Risikoforschung

Fred Krüger

Zusammenfassung

Mit der Einführung eines staatlichen Therapieprogramms wurde in Botswana ein wegweisender Schritt zur Eindämmung der HIV/AIDS-Pandemie gegangen. Der nachhaltige Erfolg des Therapieprogramms ist allerdings eng an soziale Resilienz gekoppelt, also an die Fähigkeit einer Gesellschaft, trotz Widrigkeiten erfolgreich Krisen abpuffern oder überwinden zu können. Dieses Resilienzhandeln muss routinemäßig in den Lebensalltag der Betroffenen eingebettet werden. Wichtig ist dabei insbesondere die Sicherstellung der sog. Adhärenz (Medikamenteneinbeibehaltung). Der Beitrag beleuchtet die komplexen Herausforderungen, die sich im Zuge des Umgangs mit AIDS ergeben, und skizziert aus Sicht der Risikoforschung den konzeptionellen Rahmen, der für eine Analyse der Krise hilfreich sein kann.

Stichwörter

AIDS, HIV, Resilienz, Adhärenz, Krise, Verwundbarkeit, Risiko

Anschrift des Verfassers:

Prof. Dr. F. Krüger, Institut für Geographie der Universität Erlangen-Nürnberg, Kochstr. 4, 91054 Erlangen,
E-Mail: Fred.Krueger@geographie.uni-erlangen.de

Living with the Crisis: HIV/AIDS in Botswana from the Perspective of Geographical Risk Research

Abstract

The introduction of a nationwide therapy scheme in Botswana was an important step to tackle the HIV/AIDS pandemic. Positive outcomes of the therapy measures can, however, only be sustained by routinely incorporating social resilience into everyday life. The ability to buffer crises, and especially to adhere to long-term medication in the wake of an HIV infection, is crucial for the success of all AIDS-related intervention schemes. This article sheds light on the complex challenges when it comes to tackling the HIV/AIDS pandemic, and describes an analytical framework from geographical risk research that might help to better assess and understand the crisis.

Key words

AIDS, HIV, resilience, adherence, crisis, vulnerability, risk

1. Die HIV/AIDS-Pandemie in Botswana

Im Jahr 2009 waren in Botswana fast 25 % aller Erwachsenen mit dem HI-Virus infiziert. Besonders betroffen sind jüngere Frauen zwischen 25 und 34 Jahren (2009 ca. 41 %) und insbesondere Schwangere (ca. 42 %). In den letzten Jahren ist die Rate der Neuinfektionen vor allem bei jüngeren Menschen zurückgegangen und die HIV-Seroprävalenz hat sich bei etwa 17 % der Gesamtbevölkerung eingependelt (UNAIDS/NACA 2010, UNAIDS/WHO 2010). Allerdings hat sich die Mortalität im Zuge der Pandemie deutlich erhöht und die mittlere Lebenserwartung bei Geburt ist zunächst dramatisch gesunken: In Botswana fiel die Lebenserwartung von etwa 70 Jahren (1990) auf den Tiefstwert von 36 Jahren im Jahr 2004 (UNAIDS 2006). Botswana ist gemeinsam mit Swasiland weltweit das Land mit der höchsten HIV-Seroprävalenz. Nach der Einführung eines flächendeckenden Therapieprogramms ist die mittlere Lebenserwartung allerdings wieder deutlich gestiegen und liegt derzeit bei rund 54 Jahren (UNDP 2009) mit weiter leicht steigender Tendenz. Trotz dieser vielversprechenden Hinweise auf eine allmähliche Verbesserung der Gesamtsituation bleibt die durch HIV und AIDS ausgelöste Krise für die betroffenen Gesellschaften Afrikas (und insbesondere jene im Süden des Kontinents) eine der größten sozialen Herausforderungen der letzten Jahrzehnte (GEISELHART & KRÜGER 2007).

Die Krise konstituiert sich vor allem durch das anfängliche Unvermögen, mit der HIV/AIDS-Pandemie angemessen umzugehen. Dabei ist bereits der Aspekt der „Angemessenheit“ vielschichtig und umstritten: Im Kontext multipler, komplexer sozialer und kultureller Konfigurationen miteinander im Widerstreit stehender Diskurse um Gesundheit, Krankheit und generell um das Wirken der Pandemie sowie vor dem Hintergrund eingeschränkter Ressourcen und Handlungsspielräume in Entwicklungsgesellschaften, lagen, als die Pandemie offenkundig wurde, keine „Lösungen“ parat, die zu einer Verhinderung der raschen Ausbreitung des Virus hätten herangezogen werden können. Auf die Komplexität der Ursachen und Wirkungen der Pandemie in Botswana wird unten näher eingegangen – aber es ist wohl bereits ohne tiefer gehende Erläuterungen einleuchtend, dass eine soziale Katastrophe solchen Ausmaßes nicht auf einige wenige Ursachen zurückzuführen ist. Trotz des simpel erscheinenden Ursache-Folgen-Lösungs-Zusammenhangs steht die HIV/AIDS-Krise fast prototypisch für einen komplexen Prozess kritischer gesellschaftlicher Transformation, in den nachhaltig steuernd einzugreifen kaum möglich scheint. Simpel scheint der Wirkungszusammenhang deshalb, da Pandemie und millionenfacher Tod letztlich „nur“ auf eine einzige Ursache zurückzuführen sind – eine Virus-Infektion – und damit auch bereits „die“ Lösung vorgegeben ist – die Verhinderung eben dieser Infektion. Dass es dennoch über fast zwei Jahrzehnte hinweg im südlichen Afrika nicht gelungen ist, die Krise in den Griff zu bekommen, verweist auf die Schwierigkeiten bei der Suche nach wirksamen Interventionen (KRÜGER 2007). Eindrucksvoll sind nun allerdings die bereits erwähnten Anzeichen einer Eindämmung der Pandemie. In Botswana hat man offenbar mit dem staatlichen Aufklärungs- und Therapieprogramm „Masa“ (setswana für „Morgendämmerung“) Ansatzpunkte für eine Intervention identifizieren können, die trotz der angesprochenen Vielschichtigkeit medizinischer, sozio-kultureller und sozio-ökonomischer Krisenprozesse gezielt in Richtung Pandemiebekämpfung wirken. Der Beitrag skizziert im Folgenden die Hintergründe und Herausforderungen, die sich aus dem Programm ergeben, und verweist auf einen konzeptionellen Rahmen, der im Kontext einer geographischen Analyse der Krise hilfreich sein kann.

2. Das Therapieprogramm „Masa“

Im Jahr 2004 wurde in Botswana das staatliche Programm „Masa“ zur AIDS-Aufklärung und -Therapie flächendeckend eingeführt. Es bietet AIDS-Kranken und HIV-Infizierten, bei denen eine Medikation indiziert ist, eine lebenslange, kostenlose Therapie mit antiretroviralen Medikamenten (ARVs) an (GEISELHART & KRÜGER 2007 für eine genauere Beschreibung des Programms). Masa offeriert ferner in ganz Botswana HIV-Tests, denen man sich freiwillig unterziehen kann, bietet weitreichende Aufklärungsmaßnahmen und Beratungsmöglichkeiten an und sorgt u.a. auch für eine kostenlose Bereitstellung von Kondomen, die sich jedermann/frau in vielen öffentlichen Einrichtungen mitnehmen kann. Inzwischen werden über 90 % der berechtigten Patienten auch tatsächlich vom Therapieprogramm erreicht – ein Wert, der deutlich über den 80 Prozent liegt, den WHO und UNAIDS als Ziel des sogenannten „Universal Access“ definiert haben (WHO/UNAIDS/UNICEF 2010). Derzeit erhalten etwa 170.000 Patienten in Botswana eine dauerhafte und regelmäßige Therapie über das Programm. Für die meisten Patienten bedeutet die Therapie eine erhebliche Verbesserung ihrer Lebensqualität und eine deutliche Verlängerung der Lebenszeit.

Der bisherige Erfolg dieser Maßnahmen lässt sich an einigen Bevölkerungsdaten recht gut ablesen: Seit Einführung von Masa hat der Anteil der in das Programm eingeschriebenen Berechtigten kontinuierlich zugenommen (Abb. 1), ist die jährliche Zahl der AIDS-Toten gesunken (Abb. 2) und ist der Anteil der HIV-infizierten Kinder HIV-positiver Mütter deutlich kleiner geworden (Abb. 3). Die Gefahr, dass sich ein Kind bei seiner HIV-positiven Mutter infiziert, ist insbesondere während des Geburtsvorgangs besonders hoch (das Virus kann allerdings u.a. auch mit der Muttermilch übertragen werden). Ein speziell für werdende Mütter initiiertes Teil des Masa-Programms widmet sich diesem Infektionsrisiko und ist bei der sogenannten PMTCT (Prevention of Mother to Child Transmission) erfolgreich.

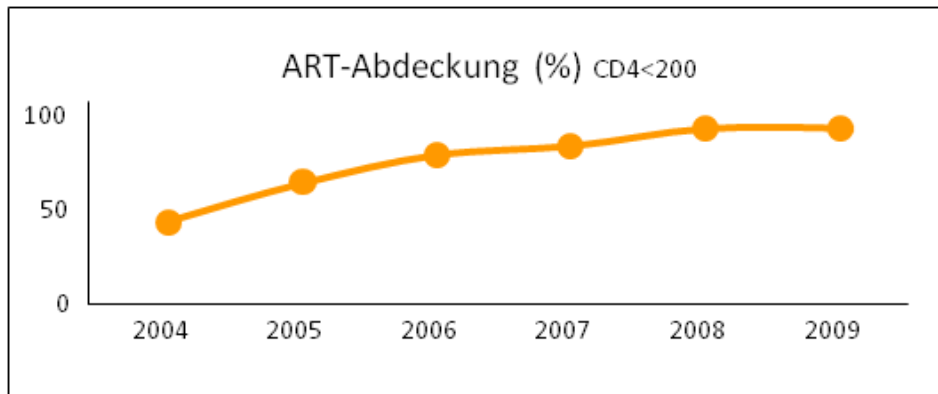


Abb. 1: Anteil berechtigter Personen in Botswana, die eine antiretrovirale Therapie (ART) erhalten.
Quellen: UNAIDS/NACA 2010, UNDP 2010, UNAIDS/WHO 2009.

Fig. 1: *Proportion of eligible patients receiving ART in Botswana.*

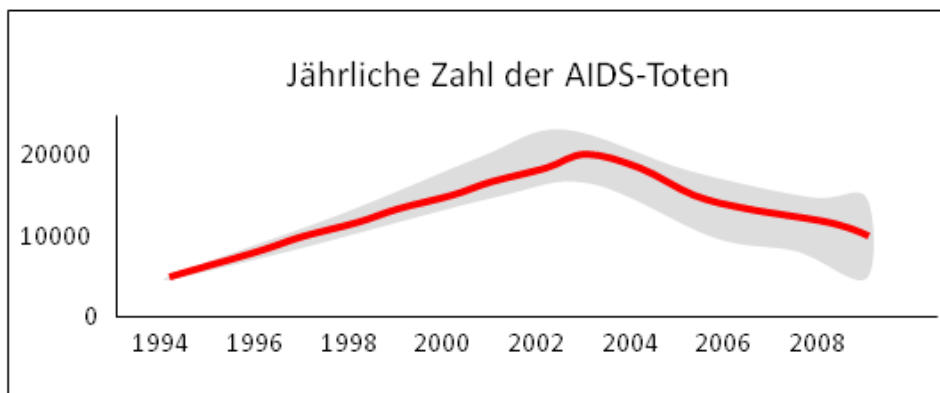


Abb. 2: Jährliche Zahl der an AIDS Gestorbenen in Botswana.
Quellen: UNAIDS/NACA 2010, UNDP 2010, UNAIDS/WHO 2009.

Fig. 2: *Annual AIDS-related deaths in Botswana.*

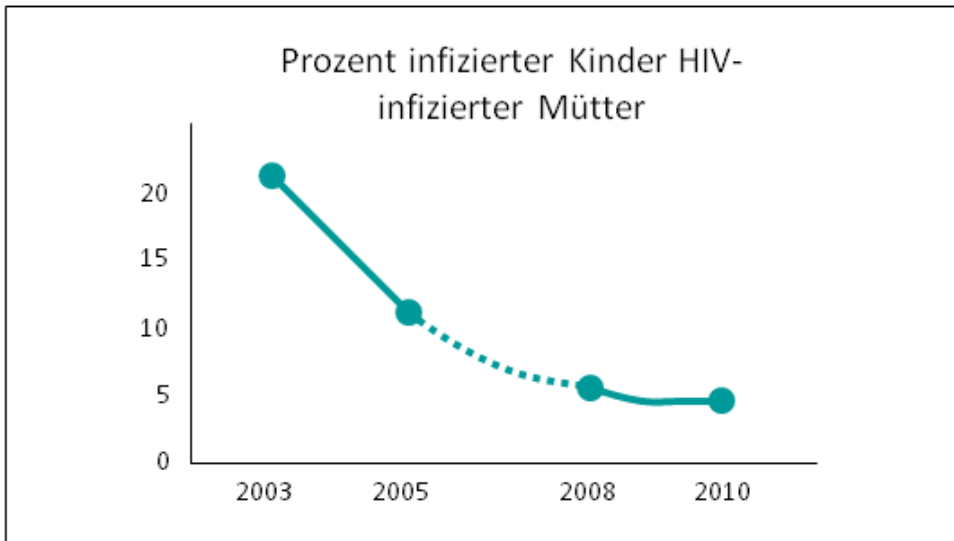


Abb. 3: Prozent HIV-infizierter Kinder HIV-infizierter Mütter in Botswana.

Quellen: UNAIDS/NACA 2010, UNDP 2010, UNAIDS/WHO 2009.

Fig. 3: *Percentage of HIV-infected children born by HIV-infected mothers in Botswana.*

3. Resilienz und Adhärenz als Voraussetzungen für langfristigen Erfolg

Es gilt biomedizinisch als erwiesen, dass eine HIV-Infektion ohne Therapie stets tödlich verläuft. Die HIV/AIDS-Therapie bringt allerdings keine Heilung, da eine Eradikation des HI-Virus derzeit und auch in absehbarer Zukunft biomedizinisch nicht möglich ist. Eine einmal erfolgte HIV-Infektion kann also in diesem Sinne „nicht rückgängig“ gemacht werden. Die antiretrovirale Therapie sorgt aber dafür, dass die Viruslast im Körper des Patienten so gering wird, dass in den meisten Fällen über viele Jahre hinweg ein „gesundes“, aktives Leben ohne wesentliche Beeinträchtigungen geführt werden kann. Allerdings ist hierzu eine lebenslange und sehr regelmäßige (bei derzeit existierenden Medikationsregimen im Regelfall mehrmals tägliche) Einnahme der ARV-Medikamente notwendig. Bereits kurze Unterbrechungen der Einnahme können zur Ausbildung von resistenten Quasispezies des HI-Virus führen, Mutationen also, die ARV-medikamentenresistent sind. Haben sich resistente Quasispezies entwickelt, kann eventuell auf alternative Medikamente ausgewichen werden, bei weiterer Ausbildung von Resistenzen auch gegen diese besteht jedoch die massive Gefahr eines endgültigen Therapieversagens (METZNER 2006). Neben den fatalen Folgen für die betroffenen Patienten hätte eine Ausbreitung resistenter Quasispezies natürlich auch schwerwiegende Effekte für das botswanische Therapieprogramm, dessen langfristiger Erfolg erheblich gefährdet würde, solange nicht nebenwirkungsarme neue Medikationsregime entwickelt sind.

Die regelmäßige Medikamenteneinnahme, die als Adhärenz bezeichnet wird, ist also die entscheidende Grundlage für eine erfolgreiche Bewältigung der AIDS-Krise (u.a. BELL et al. 2007). Adhärenz muss jedoch wirksam gesellschaftlich eingebettet und so akzeptiert sein, dass sie als erprobte Selbstverständlichkeit in den Lebensalltag integriert werden kann und toleriert und gefördert wird. Damit ist Adhärenz auch eng an die Fähigkeit einer Gesellschaft gekoppelt, trotz Widrigkeiten erfolgreich Krisen abpuffern oder überwinden zu können: An soziale Resilienz (OBRIST et al. 2010).

Sozial-ökologisch orientierte Konzeptionen von Resilienz gehen von sozial determinierten und gelenkten Veränderungen der natürlichen Umwelt aus. Im Hinblick auf die Wechselbeziehungen zwischen Natur und Gesellschaft sind vor allem Störungen, in diesem Sinne also Auslenkungen „etablierter“ Prozesse im Mensch-Umwelt-Verhältnis, bedeutsam (BECKER & JAHN 2006, MÜLLER-MAHN 2007). Betrachtet man die AIDS-Pandemie und ihre katastrophalen Folgen (Krankheit, Mortalität) als eine solche Störung, dann stellt sich die Frage, wie die betroffenen Gesellschaften und Sozialgemeinschaften diese krisenhaften, katastrophalen „Auslenkungen“ bewältigen oder korrigieren können – in diesem Sinne also resilient werden können. Letztlich ist eine so verstandene Resilienz aus Sicht der geographischen Risikoforschung stark reaktiv – verkürzt formuliert: Erst die (katastrophale) Störung, dann die Anpassung oder Überwindung. Einige sozialwissenschaftliche und psychologische Konzeptionen betonen hingegen stärker die (kreative) Fähigkeit zur proaktiven Mobilisierung oder Neuentwicklung von Ressourcen sowie die gesellschaftlichen und räumlichen Rahmenbedingungen, die diese Fähigkeit fördern oder behindern (OBRIST et al. 2010). Resilienz wird so, gemeinsam mit Adhärenz, zu einem Prozess der Kreativität, der Handlungskompetenz und der Handlungsspielräume, die als besonders wichtig für die Entstehung und Überwindung von Krisen interpretiert werden können.

Es ist daher dringend erforderlich, die Adhärenz nicht nur medizinisch sicherzustellen, sondern auch aus sozialwissenschaftlicher Perspektive zu beobachten bzw. Erfolge und Fehlschläge zu erfassen. Die Bedingungen und Voraussetzungen für Adhärenz liegen schließlich nicht nur im medizinischen Bereich, sondern betreffen nahezu alle alltagsrelevanten bzw. räumlich disponierten Handlungszusammenhänge. Adhärenz kann nämlich nicht in allen Fällen und Lebenslagen der Patienten als selbstverständlich erachtet werden. Das Therapieprogramm versucht daher, die Medikamentenbeibehaltung mit verschiedenen Maßnahmen zu sichern. Unter anderem stehen Vertrauenspersonen den Patienten bei eventuell auftretenden Komplikationen zur Seite. Um die Therapiebeibehaltung zu überwachen und zu fördern, findet in den Hospitälern ferner eine regelmäßige Kontrolle der ausgegebenen und eingenommenen Medikamente statt. Außerdem versucht man, Personen, die den Folgeuntersuchungen fern bleiben, ausfindig zu machen und lässt ihnen eine intensivere Beratung zukommen. So ist es bisher weitgehend gelungen, Therapieunterbrechungen und -abbrüche zu minimieren. Die Beibehaltung ist in Botswana bisher zufriedenstellend, aber gerade die vielen sozialen Rahmenbedingungen sind teilweise noch ungeklärt und daher kann noch nicht von einer wirklich nachhaltigen Sicherstellung der Adhärenz ausgegangen werden (HARDON et al. 2006, IRIN 2005, WEISER et al. 2003).

Die Beibehaltung der Therapie bedarf nämlich bestimmter, weit über die rein medizinischen Aspekte hinaus reichender Rahmenbedingungen: So ist von den Patienten viel Disziplin aufzubringen, denn die Medikamente müssen mehrmals täglich und, wie erwähnt, lebenslang eingenommen werden. Außerdem ist ein Vertrauen in das biomedizinische

Erklärungsmodell von HIV/AIDS hilfreich. Neben biomedizinischen Erklärungskonzepten existieren in der botswanischen Gesellschaft andere Wahrnehmungs- und Interpretationsmuster, die einer nachhaltigen Sicherung der Therapie- und Medikationsbeibehaltung abträglich sein könnten. Auch muss die Sozialgemeinschaft eine Umgebung schaffen, die den Patienten bei der dauerhaften Fortsetzung der Therapie unterstützt. Und schließlich bedarf es einer gesamtgesellschaftlichen Akzeptanz, die die Dauermedikation eines erheblichen Teils der Bevölkerung als festen Bestandteil des Lebensalltags toleriert und fördert.

In einigen Fällen wagen es Patienten z.B. nicht, tagsüber am Arbeitsplatz ihre Medikamente einzunehmen, da sie Angst davor haben, von ihren Arbeitgebern als „krank“ und damit weniger leistungsfähig identifiziert und daher womöglich entlassen zu werden. Auch lässt die Genesung von akuten physischen Symptomen bei manchen Patienten ein trügerisches Gefühl von „Heilung“ aufkommen, so dass die Medikation beendet wird. Gelegentlich werden Medikamente im Familienkreis an Angehörige verteilt, die sich ebenfalls Linderung bestimmter Beschwerden erhoffen. Wissen über die Wirkungsweise der Medikamente fehlt oder wird trotz Aufklärung offensichtlich ignoriert. Ferner kann der lange Weg, den einige Patienten mehrmals monatlich zwischen Wohnstätte und Medikamentenausgabe zurücklegen müssen, ein Hindernis für das regelmäßige und rechtzeitige Auffüllen der eigenen Tablettenvorräte darstellen. Nicht immer stehen geeignete Transportmittel zur Verfügung, oder der Zeit- und Kostenaufwand, um zur Ausgabestelle der Medikamente (meist Krankenstationen oder Hospitäler in größeren Siedlungen) zu gelangen, erscheint den Betroffenen einfach zu groß. Dies sind nur einige Ursachen für die Vernachlässigung der kontinuierlichen Medikamenteneinnahme.

Es wird deutlich, dass die Beobachtung und Analyse adhärenzrelevanter Prozesse somit auch eng mit zahlreichen normativen, gesellschaftsbezogenen Vorgängen verknüpft ist. Hierzu zählen Aspekte von Stigmatisierung und Diskriminierung ebenso wie sozio-ökonomische und sozio-kulturelle Faktoren. HIV und AIDS waren vor Einführung der Therapie untrennbar mit traumatischen Erlebnissen von Krankheit und Tod verbunden. Viele verloren ihre Bekannten, Freunde und Familienangehörige. In den ersten Jahren nach Einführung der ARV-Therapie waren die Patienten fast ausnahmslos von persönlichen Krankheitserfahrungen geprägt. Durch die Therapie hat HIV nun diesen Schrecken weitgehend verloren. Es werden sich künftig immer mehr Menschen in Therapie begeben, die keine traumatischen Erfahrungen mit AIDS haben. Damit entfällt jedoch unter Umständen auch ein zentraler Motivationsfaktor, diese Therapie überhaupt zu beginnen oder dauerhaft fortzusetzen. Dies wird von medizinischen Experten des botswanischen Therapieprogramms explizit als Unsicherheitsfaktor für die Adhärenz genannt. Es ist zu befürchten, dass die ARV-Therapie und damit auch das biomedizinische Erklärungsmodell um HIV und AIDS in der Akzeptanz wieder stärker mit anderen Therapieformen und Wissensbeständen konkurrieren muss.

Aus Sicht einer sozial- und raumwissenschaftlichen Risikoforschung, die sich solchen komplexen sozio-kulturellen und sozio-ökonomischen Prozessen im Gefahr-Risiko-Geflecht widmet, muss der Individualebene der unmittelbar Betroffenen (AIDS-Infizierte, Angehörige, Freunde usw.) im Kontext von Adhärenz und sozialer Resilienz also ebenso Beachtung geschenkt werden wie der Familien- bzw. Haushaltsebene und lokalen, regionalen und nationalen bzw. gesamtgesellschaftlichen Maßstabsebenen (GEISELHART et al. 2008). Für ein Grundverständnis der Pandemie und ihrer Überwindung ist es zudem hilfreich, sich der Komplexität der Ursachen für die hohen HIV-Seroprävalenzen bewusst zu werden.

4. Kulturelle, religiös-spirituelle und psychologisch-soziale Dimensionen von AIDS

Ein erster Schlüssel zum Verständnis der komplexen Ursachen und Folgewirkungen der AIDS-Krise in Botswana kann darin liegen, Wissensbestände und Handlungslogiken von Akteuren und Betroffenen aufzuzeigen (KRÜGER 2007, GEISELHART & KRÜGER 2007, KRÜGER & SAMIMI 2010). Bald nachdem sich ein rasches Voranschreiten der AIDS-Pandemie im südlichen Afrika abzeichnete, wurden „offensichtliche“ Lösungen propagiert und Anfang der 1990er Jahre vielerorts AIDS-Aufklärungskampagnen gestartet. Ein wichtiges Element dieser Kampagnen war das Aufstellen großer Hinweistafeln an den Straßenrändern, welche die Aufmerksamkeit der Bevölkerung auf die sich anbahnende Krise lenken und ein AIDS-Bewusstsein schärfen sollten sowie Verhaltensregeln vorschlugen. Zu den zentralen Botschaften zählte die auch heute noch vielerorts präsente „ABC-Fomel“: „Abstain“ (Übe Enthaltbarkeit!), „Be Faithful“ (Bleibe Deinem Partner treu!) und „Condomize“ (Benutze ein Kondom!). Im Prinzip ging es also stets darum, individuelle Prävention zu propagieren. Erfolge stellten sich jedoch kaum ein – die HIV-Seroprävalenz stieg rapide und unaufhörlich; selbst die vor allem in Botswana weiter intensivierten Kampagnen schienen daran nichts ändern zu können. Ein Problem der meisten Kampagnen im südlichen Afrika war es, dass sie auf englisch und nicht in den Lokalsprachen geführt wurden. Sie wurden deshalb entweder nicht verstanden oder HIV und AIDS wurden als Probleme der Europäer bzw. „Weißen“ wahrgenommen. Nachdem man in jüngerer Zeit auf subtilere und den Bedingungen vor Ort angemessenere Aufklärungskampagnen setzte, sind inzwischen viele Hinweistafeln und -plakate ganz verschwunden, da man eine Übersättigung der Adressaten mit diesen Botschaften befürchtet. Das propagierte Präventionskonzept blieb nämlich weitgehend unverständlich und ineffektiv. AIDS wurde auf eine Weise thematisiert, die lokalen Deutungslogiken offenbar verborgen blieb.

Diese lokalen gesellschaftlichen Diskurse waren lange durch eine Verslossenheit gegenüber der HIV/AIDS-Thematik geprägt (RAKELMANN 2005). Krankheiten werden in den lokalen Wissenssystemen des subsaharischen Afrika (auch in weiten Teilen der botswanischen Gesellschaft) oft spirituell als Wirken von Schadenskräften oder Geisterwesen interpretiert (SIGNER 2004). Eine Erkrankung kann Folge eines sozialen Fehlverhaltens, Tabubruchs usw. sein, was von Ahnen, Geisterkräften o.ä. sanktioniert wird. Diese im weiten Kontext der Hexerei angesiedelten Deutungsmuster verbieten zugleich einen offenen und öffentlichen Umgang mit Krankheiten, da sonst das Wirken der Geister und das Fehlverhalten des Erkrankten für alle Mitglieder der Sozialgemeinschaft sichtbar würde. Stigmatisierung und Diskriminierung (AIDS-)Kranker sind weit verbreitete Phänomene (zum Aspekt „Stigma“ ausführlich GEISELHART 2009). In diesem von Schweigen geprägten Deutungsmilieu können sich tabuisierte Krankheiten besonders rasch ausbreiten. Kompetent behandelt werden können solche Erkrankungen deshalb auch nur von traditionellen Heilern, die eine profunde Kenntnis der diversen Schadenskräfte besitzen. Der „westlichen“ Schulmedizin bleibt das Geisterwirken unzugänglich. Andererseits ist eine biomedizinisch wirksame HIV-Therapie nur mittels schulmedizinischer Ansätze und einer differenzierten ARV-Medikation möglich.



Abb. 4: Plakat des botswanischen Gesundheitsministeriums zur Förderung der familieninternen Kommunikation über AIDS. Foto: F. KRÜGER.

Fig. 4: *Poster of the Botswana Ministry of Health to foster intra-family communication on AIDS.*
Photo: F. KRÜGER

Das Masa-Therapieprogramm bricht solche – im Übrigen nicht nur spirituell determinierten – Krankheitstabus auf. Da sich Patienten, die sich einer Therapie im Rahmen des Programms unterziehen, häufig schon nach wenigen Wochen wieder voll in den Lebensalltag integrieren können, wird Genesung (nicht Heilung!) „sichtbar“. Mit erfolgreicher Überwindung der Krankheit, genauer: dem erfolgreichen Leben mit der Infektion, werden Tabus aufgebrochen, kann über Krankheit(en) offener gesprochen, sogar gescherzt werden – das fördert verbale Kommunikation über AIDS und einen gesamtgesellschaftlich offeneren Umgang mit der Pandemie.

Immerhin ist Akteuren staatlicher Gesundheitseinrichtungen in Botswana die Wichtigkeit offener Kommunikation schon seit Jahren bewusst. Man ermuntert die Bevölkerung gezielt, offen über HIV und AIDS zu sprechen (Abb. 4). Allerdings verpuffen solche „Ermutigungskampagnen“, wenn sie in den Familien im intergenerationellen Gespräch nicht umgesetzt und gelebt werden (GEISELHART et al. 2008).

Zahlreiche weitere Faktoren, etwa individuelles Risikohandeln oder kognitive Dissonanz bei der Interpretation und Umsetzung von Risikowissen, lassen sich zusammenfassend einem Ursachen- und Wirkungsfeld von HIV und AIDS zuschreiben, das man als kulturelle, religiös-spirituelle und psycho-soziale Sphäre bezeichnen könnte (KRÜGER 2007). Es ist eng verwoben mit einigen weiteren Dimensionen der AIDS-Pandemie, ohne deren Verständnis die Krise nicht hinreichend erfasst und erklärt werden kann.

5. Die sozio-ökonomische Dimension von AIDS

GRONEMEYER (2002) betont ökonomische und soziale Modernisierungsprozesse, die die AIDS-Ausbreitung förderten. In Botswana hat das rasante Wirtschaftswachstum in den letzten Jahrzehnten vor allem in den Städten zu einer grundlegenden Transformation der Lebenswelten geführt. Die Einnahmen aus dem Diamantenexport haben in Botswana zu einem auf dem afrikanischen Kontinent einmaligen wirtschaftlichen Aufschwung geführt (KRÜGER 1997). Dies zeigt sich vor allem in den Städten, wo die Urbanisierung von Lebensstilen, eine Degenerierung sozialer Netzwerke im Zuge der Auflösung der „extended families“ und die voranschreitende Enttraditionalisierung (institutionelle Umbrüche, Wertetransformation usw.) ein ideales Milieu für die Etablierung von AIDS schaffen. GRONEMEYER (2002) bezeichnet AIDS als Modernisierungskatastrophe.

Neben Prozessen des Wertewandels und der Modernisierung spielen sozio-ökonomische Faktoren eine Rolle, die als Strategien der Existenzsicherung bedeutsam sind: Die Ernährungs- und Einkommenssicherung zahlreicher Menschen im südlichen Afrika beruht auf Mobilität und Multilokalität. Familien und Haushalte verteilen ihre Arbeitskraft auf verschiedene, teilweise weit auseinander liegende Orte. Im Verwundbarkeitskontext ist diese Form der Arbeitsallokation überlebenswichtig, denn für viele ist die Streuung von Einkommensquellen die einzige Möglichkeit der Existenzsicherung unter risikobehafteten und/oder marginalen Lebensbedingungen. Diese Risikostreuung erzwingt zugleich eine hohe Mobilität. In Botswana sind in diesem Zusammenhang – ganz ähnlich anderen Gesellschaften im subsaharischen Afrika – häufig genderspezifische Rollenzuteilungen üblich: Männer kümmern sich auf den meist weit von den Kernsiedlungen entfernten „Cattle Posts“ um die Viehherden, während Frauen vor allem ackerbaulichen Tätigkeiten nachgehen. Besonders wichtig sind dabei aber auch die Land-Stadt-Verflechtungen, die im Rahmen der Arbeitsmigration entstehen. Es leuchtet ein, dass sich in den mobilen Gesellschaften des südlichen Afrika unter den Bedingungen der Multilokalität Infektionskrankheiten – und somit auch das HI-Virus – leicht ausbreiten können.

Die angesprochene Auflösung herkömmlicher sozialer Netzwerke und die Verwundbarkeitsproblematik betreffen Frauen in besonderem Maße. Vor allem in den Armutsvierteln der Städte leben gerade junge Frauen oft unter hoffnungslosen Bedingungen, in denen sie sexueller Gewalt ausgesetzt sind und wo ihnen manchmal nur die Prostitution ein Überleben ermöglicht. Dies führt bei den Frauen zu einem deutlich höheren HIV-Infektionsrisiko und fördert außerdem die Ausbreitung des Virus (STILLWAGGON 2006). Wie bereits erwähnt, liegen die HIV-Seroprävalenzen gerade bei jüngeren Frauen deutlich über denen bei Männern der selben Altersgruppe. Gender-Aspekte spielen für die HIV-Übertragung auch dort eine Rolle, wo die Selbstbestimmungsmöglichkeiten der Frau eingeschränkt sind, sei es wegen der aus Armut und Verwundbarkeit resultierenden Zwänge oder aufgrund kultureller Praktiken – dies betrifft insbesondere die Partnerwahl oder die Durchsetzung eigener Präferenzen im Sexualbereich (Kondombenutzung!).

6. Politische, historische und medizinische Dimensionen von AIDS

Die bereits angesprochenen inadäquaten öffentlichen Kampagnen zur AIDS-Aufklärung sind zum Teil auf eine gravierende Unterschätzung oder Fehlinterpretation des HIV-Problems durch politische Akteure zurückzuführen. In Botswana hat man sich allerdings bereits frühzeitig mit Vehemenz dem Kampf gegen AIDS verschrieben. Die historische Entwicklung der Pandemie hat aber einen erheblichen Einfluss auf die hohe Seroprävalenz auch in Botswana gehabt. Die Erkennungsgeschichte des HI-Virus beginnt Ende der 1970er Jahre mit einer auffälligen Häufung bislang seltener Krankheitsbilder in den USA. Sie wurden auf eine Immunschwäche zurückgeführt, deren Auslöser – das HI-Virus – jedoch erst 1983 erkannt wurde. Eine Analyse von Krankengeschichten längst verstorbener Patienten ließ rückwirkend darauf schließen, dass es bereits Ende der 1950er Jahre erste AIDS-Fälle in den USA gegeben hatte. Als gesichert gilt heute, dass das Virus vom Affen auf den Menschen übertragen wurde. Eine wichtige Rolle spielen dabei Schimpansen, die als Träger von HI-Protoviren möglicherweise die erste Infektionsquelle für den Menschen darstellten. Das Virus könnte z.B. durch Bisse oder Kontakt mit blutenden Wunden auf Menschen übertragen worden sein. Die Überwindung dieser so genannten „Species Barrier“ hat vermutlich schon um 1955, eventuell sogar bereits in den 1930er Jahren, in Zentral- und Ostafrika stattgefunden. Zwischen dem Überspringen der Artengrenze und der Entdeckung des Virus vergingen also Jahrzehnte – in Afrika konnte sich das Virus daher mindestens 30 Jahre lang vollkommen unerkannt ausbreiten.

Aus sozio-ökonomischer, aber auch politischer und vor allem medizinischer Sicht ist außerdem auf die schlechten Hygiene- und Ernährungsumstände zu verweisen, unter denen weite Teile der Bevölkerung leben müssen. Sie begünstigen und beschleunigen nach einer HIV-Infektion den Ausbruch von AIDS. Gleiches gilt, wenn die körpereigene Immunabwehr – etwa durch eine Malariainfektion – ohnehin bereits geschwächt ist. Und schließlich: AIDS ist therapier-, aber nicht heilbar. Eine nachhaltige medizinische Lösung des HIV-Problems ist nicht in Sicht.

7. HIV und AIDS im „Überlebenssetting“

Die Vielzahl der Einflussfaktoren – oben sind nur einige wichtige und diese auch nur verkürzt aufgeführt – verdeutlicht die außerordentliche hohe Komplexität des Ursache-Wirkungs-Gefüges der HIV/AIDS-Pandemie. Die Reduzierung auf einige zentrale Dimensionen von AIDS erlaubt zwar eine gewisse analytische Übersicht, zeigt aber auch, dass es keine einfachen Lösungen geben kann. Wie erläutert wurde, wirkt AIDS vor allem im Kontext eines sozialen und ökonomischen Überlebenssettings. Dieses lebensalltägliche Setting fördert einerseits die Ausbreitung des Virus und führt andererseits zu besonders prekären Folgen einer Infektion, nicht nur für die Erkrankten selbst, sondern auch für viele zunächst nur mittelbar Betroffene. Für Familien, die jede verfügbare Arbeitskraft zur Überlebenssicherung benötigen, bedeutet ein krankheitsbedingter Ausfall unter Umständen eine massive existenzielle Krise. Auch ist die Zahl der Waisenkinder im südlichen Afrika deutlich angestiegen. Hier ist inzwischen eine Generation herangewachsen, deren Sozialisation durch das Fehlen Älterer und den Weg- bzw. Ausfall elterlicher Autorität(en) geprägt ist.

Die Versorgung der Waisenkinder wird zur gesamtgesellschaftlichen Aufgabe, da sie von Familien alleine nicht mehr bewältigt werden kann. Die Weitergabe von Wissen (einschließlich sozialer Werte, Normen und Verhaltensregeln) gerät durch das Fehlen der Eltern ins Wanken und muss entweder in die Verantwortung älterer Geschwister, privater oder staatlicher Fürsorgeeinrichtungen oder der Kinder selbst gelegt werden. In Botswana haben staatliche Einrichtungen die Obhut über Tausende von Waisenkindern übernommen oder zumindest mit einem verstärkten Bau von Waisenhäusern versucht, Unterstützung zu leisten. In vielen anderen subsaharischen Staaten fehlen hierzu aber die Ressourcen.

Aber auch jenseits der alltagsweltlichen Ebene der Betroffenen hat die AIDS-Krise erhebliche Konsequenzen: So beklagen beispielsweise Unternehmen hohe wirtschaftliche Belastungen, da die drastisch gestiegene Anzahl der Krankheits- und Todesfälle zu permanenten Ausfällen unter der Belegschaft und zu Produktivitätseinbußen führt. Wie oben gezeigt, konnte das Therapieprogramm in Botswana hier bereits zu einem gewissen Aufbrechen tabubehafteter Interpretationen und Kommunikationsmuster beitragen. Allerdings sind erstens die gesellschaftlichen Bedingungen, die Resilienz und Adhärenz fördern oder beschneiden, noch nicht hinlänglich geklärt, zweitens liegt noch im Unklaren, wie diese gesellschaftlichen Bedingungen so ausgeformt werden können, dass sie einen proaktiven und adäquaten Umgang mit AIDS nachhaltig begünstigen und Resilienz als alltagspraktische soziale Kultur etablieren.

Im Rahmen einer geographischen Risikoforschung sind es vor allem die sozio-ökonomischen und sozio-kulturellen Prozesse, die genauer analysiert werden müssen. Wir wissen bereits viel über die biomedizinischen Vorgänge einer HIV-Infektion. Auch am analytischen Mehrwert von Risiko-, Resilienz- und Adhärenzkonzeptionen gibt es kaum Zweifel. Bezüglich der Barrieren und Potentiale einer „Kultur der Resilienz und Adhärenz“, die ganz selbstverständlich und routinehaft in Lebensalltage vor Ort eingebettet werden muss, gibt es allerdings noch viele Erkenntnislücken.

Eingang des Manuskripts 19. September 2011

Angeführte Schriften

- Becker, E. & Jahn, T. (Hrsg.) (2006): Soziale Ökologie – Grundzüge einer Wissenschaft von den gesellschaftlichen Naturverhältnissen. Campus Verlag, 521 S., Frankfurt a. M., New York.
- Bell, J., Airaksinen, M., Lyles, A., Chen, T. & Aslani, P. (2007): Concordance is not synonymous with compliance or adherence [Letters to the Editors]. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 64(5): 710-713.
- Geiselhart, K. (2009): The Geography of Stigma and Discrimination. HIV and AIDS-Related Identities in Botswana. *Studien zur Geographischen Entwicklungsforschung*, Verlag für Entwicklungspolitik 36, 280 S., Saarbrücken.
- Geiselhart, K. & Krüger, F. (2007): Die HIV/AIDS-Krise – Botswanas strategische Antwort als Vorbild? *Geographische Rundschau*, 2: 54-61.

- Geiselhart, K., Krüger, F. & Gwebu, T. (2008): Children, Adolescents and the HIV and AIDS Pandemic: Changing Inter-generational Relationships and Intra-family Communication Patterns in Botswana. *Children, Youth and Environments (CYE)*, 18 (1): 99-125.
- Gronemeyer, R. (2002): So stirbt man an Aids in Afrika. Brandes und Apsel Verlag, 176 S., Frankfurt a. M.
- Hardon, A., Davey, S., Gerrits, T., Hodgkin, C., Irunde, H., Kgatlwane, J. et al. (2006): From Access to Adherence: The Challenges of Antiretroviral Treatment. Studies from Botswana, Tanzania and Uganda, 2006. University of Amsterdam, World Health Organization, Royal Tropical Institute, 320 S., Geneva.
- IRIN (2004): Botswana: Interview with Dr Ndwapi Ndwapi, director of Princess Marina Hospital's ARV programme.
Online: <http://www.plusnews.org/Report.aspx?ReportId=36726> [16.7.2010].
- Krüger, F. (1997): Urbanisierung und Verwundbarkeit in Botswana. *Sozioökonomische Prozesse in Asien und Afrika*, Band 1, Pfaffenweiler.
- Krüger, F. (2007): Die HIV-/AIDS-Krise im südlichen Afrika: Lokale und globale Herausforderungen. In: Mächtle, B., Gebhardt, H., Schmid, H., Siegmund, A. (Hrsg.): *Risiken und Sicherheit in einer globalisierten Welt*. HGG-Journal 21: 59-69.
- Krüger, F., Samimi, C. (2010): Entwicklung und Umwelt im südlichen Afrika – Chancen und Herausforderungen des gesellschaftlichen und ökologischen Wandels. *Geographische Rundschau*, 62(6): 4-10.
- Metzner, K. (2006): The significance of minority drug-resistant quasispecies. In: Geretti, A.M. (ed.): *Antiretroviral Resistance on Clinical Practice*. London. Chapter 11, online: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2243/> [12.8.2011].
- Müller-Mahn, D. (2007): Perspektiven geographischer Risikoforschung. *Geographische Rundschau*, 59(10): 4-11.
- Obrist, B., Pfeiffer, C. and Henley, R. (2010): 'Multi-layered social resilience: a new approach in mitigation research'. *Progress in Development Studies*, 10(4): 283-293.
- Rakelmann, G. (2005): Prozesse des Einzugs von Aids in die botswanische Alltagswelt. *Curare* 28 (2+3): 153-168.
- Signer, D. (2005): Die Ökonomie der Hexerei oder warum es in Afrika keine Wolkenkratzer gibt. *Afrika live Literatur und Medien* 5: 26.
- Stillwaggon, E. (2006): *AIDS and the Ecology of Poverty*. Oxford University Press, New York, 260 S.

UNAIDS/NACA (2010): Progress Report of the National response to the 2001 Declaration of Commitment on HIV and AIDS – Botswana Country Report 2010. Gaborone.

UNAIDS/WHO (2010): A global view of HIV infection. Online:
www.unaids.org/documents/20101123_2010_HIV_Prevalence_Map_em.pdf
[12.8.2011].

UNAIDS (2006): 2006 Report on the Global AIDS Epidemic. Genf.

UNDP (2009): Human Development Report 2009 – Botswana. Online:
http://hdrstats.undp.org/en/countries/country_fact_sheets/cty_fs_BWA.html
[16.7.2010].

Weiser, S., Wolfe, W.; Bangsberg, D., Thior, I., Gilbert, P. & Makhema, J. (2003): Barriers to Antiretroviral Adherence for Patients Living with HIV Infection and AIDS in Botswana. In: JAIDS: Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes, 34(3): 281-288.

WHO/UNAIDS/UNICEF (2010): Towards Universal Access – Scaling up priority HIV/AIDS interventions in the health sector: Progress report 2010. Genf.

ZOBODAT - www.zobodat.at

Zoologisch-Botanische Datenbank/Zoological-Botanical Database

Digitale Literatur/Digital Literature

Zeitschrift/Journal: [Berichte der naturforschenden Gesellschaft zu Freiburg im Breisgau](#)

Jahr/Year: 2011

Band/Volume: [101](#)

Autor(en)/Author(s): Krüger Fred

Artikel/Article: [Leben mit der Krise: HIV/AIDS in Botswana aus Sicht der geographischen Risikoforschung 83-96](#)