

HIV-Primärprävention in Osteuropa: ein Vergleich der HIV-Primärpräventionsstrategien von Estland, Polen und Ungarn

Nemeth, Zsolia

Veröffentlichungsversion / Published Version

Arbeitspapier / working paper

Zur Verfügung gestellt in Kooperation mit / provided in cooperation with:

SSG Sozialwissenschaften, USB Köln

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Nemeth, Z. (2006). *HIV-Primärprävention in Osteuropa: ein Vergleich der HIV-Primärpräventionsstrategien von Estland, Polen und Ungarn*. (Discussion Papers / Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, Forschungsschwerpunkt Bildung, Arbeit und Lebenschancen, Forschungsgruppe Public Health, 2006-308). Berlin: Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung gGmbH. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-113522>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer Deposit-Lizenz (Keine Weiterverbreitung - keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Gewährt wird ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Terms of use:

This document is made available under Deposit Licence (No Redistribution - no modifications). We grant a non-exclusive, non-transferable, individual and limited right to using this document. This document is solely intended for your personal, non-commercial use. All of the copies of this documents must retain all copyright information and other information regarding legal protection. You are not allowed to alter this document in any way, to copy it for public or commercial purposes, to exhibit the document in public, to perform, distribute or otherwise use the document in public.

By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.

Zsofia Nemeth*

HIV-Primärprävention in Osteuropa

Ein Vergleich der HIV-Primärpräventionsstrategien von Estland, Polen und Ungarn

Mit einem Vorwort von Rolf Rosenbrock

*Kontakt: zsofi.nemeth@gmx.de

Juni 2006

Bestell-Nr. SP I 2006-308

ISSN 1860-8884

Veröffentlichungsreihe der Forschungsgruppe Public Health
Forschungsschwerpunkt Arbeit, Sozialstruktur und Sozialstaat
Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB)
10785 Berlin, Reichpietschufer 50
Tel.: 030/25491-577

Abstract

Hintergrund: Seit Mitte der 90er Jahre steigt die HIV-Prävalenz in Osteuropa dramatisch an. Die Region ist nicht einheitlich betroffen, aber überall ist ein hochgradiges Risikoverhalten zu beobachten, auf welches die Regierungen reagieren müssen.

Zielsetzung: In der Arbeit werden die nationalen Primärpräventionsstrategien und die Tätigkeiten der NGOs in drei exemplarisch ausgewählten osteuropäischen Ländern untersucht. Ähnlichkeiten und Unterschiede in der Primärprävention werden analysiert und Konsequenzen für die Region aus dem Drei-Ländervergleich gezogen.

Methoden: Experteninterviews (n=13) mit Vertretern von Regierung und NGOs wurden in den ausgewählten Ländern durchgeführt. Primärliteratur (z.B. Regierungsdokumente, Berichte von NGOs) wurde zusätzlich zur Sekundärliteratur analysiert.

Ergebnisse: Die HIV-Prävention in Estland befindet sich in einer besonderen Lage infolge der Ende der 90er Jahre explosionsartig ausgebrochenen Epidemie, wofür die wichtigsten Gründe die mangelnden Schadensminderungsprogramme und das ausgeprägte Risikoverhalten der russischen Minderheit waren. Dank des Global Funds und der Kooperation der unter politischem Druck stehenden Regierung entstand ein sorgfältig ausgearbeitetes nationales Programm. In Polen gibt es auch ein relativ gut strukturiertes Programm, das in Kooperation mit erfahrenen NGOs für i.-v. Drogenbenutzer und mit dem Nationalen Institut für HIV/Aids durchgeführt wird. Die Umsetzung des Programms leidet jedoch an der mangelnden Kooperation der Ministerien und am fehlenden Engagement der Regierung. Dies wird noch durch die Tabuisierung von Sexualthemen und die Diskriminierung von Homosexuellen in der Gesellschaft erschwert. In Ungarn gibt es zwar ein Regierungsprogramm, aber in der Tat mangelt es an finanziellen Mitteln für seine Durchführung und die Regierung gibt den NGOs kaum finanzielle Ressourcen. Informelle Netzwerke zur Selbsthilfe der Schwulen, der Prostituierten und der i.-v. Drogenbenutzer bilden die Grundlage der HIV-Prävention.

Schlussfolgerung: Osteuropäische Regierungen, die sich meist auf die offiziell niedrige Prävalenz berufen, sollten mehr Aufmerksamkeit für das Thema zeigen. Die Tabuisierung und die moralisierenden Debatten über das HIV-Risikoverhalten im Bezug auf Kondombenutzung, Schadensminderung etc. sollten bekämpft werden.

Abstract

Background: Since the mid-1990s the prevalence of HIV in Eastern Europe has been rising dramatically. Although the picture for the various countries in the region is not homogeneous, a high measure of risk behaviour demanding government action can be observed in all countries.

Aims and objectives: Similarities and differences in national primary prevention strategies and NGO activities in three selected Eastern European countries (Estonia, Poland, and Hungary) are presented and analyzed with regard to the adequacy of the response.

Methods: Expert interviews (n=13) were conducted with representatives of NGOs and governmental organizations in Estonia, Poland, and Hungary. In addition, the investigation draws on primary source documents (e. g. government documents, NGO reports) as well as on secondary literature.

Results: The violent eruption of the epidemic in Estonia towards the end of the 1990s – mainly due to a lack of infection containment programmes and extensive risk behaviour among the Russian minority – has created a special situation for HIV prevention in that country. Thanks to the Global Fund and the cooperation of the government (in response to political pressure) a carefully elaborated national programme has emerged.

The relatively well structured programme existing in Poland is jointly conducted by experienced NGOs for I.V. drug users and the National Institute for HIV/AIDS. However, the implementation of the programme suffers from a lack of cooperation between the ministries concerned and a lack of government commitment. The taboo on sexual issues and the discrimination of homosexuals add to these difficulties.

In Hungary a government programme exists, but financial means for implementation are lacking and NGOs receive little funding from the government. HIV prevention is based largely on informal networking for the promotion of self-help among gay men, prostitutes, and I.V. drug users.

Conclusion: Eastern European governments often cite their low levels of HIV prevalence; however, more attention to the topic is warranted. There is an urgent need to fight taboos and moralising tendencies regarding HIV risk behaviour and related issues such as condom use, infection containment, etc.

Vorwort

In den letzten Jahren weist die HIV-Epidemie in einigen Ländern Osteuropas die weltweit höchsten Steigerungsraten bei den Neuinfektionen auf. Weil spätestens seit dem Jahr 2005 auch in Deutschland die Anzahl der Neuinfektionen wieder ansteigt und zugleich die Furcht wächst, dass die durchlässig gewordenen Grenzen die Dynamik der Epidemie in den Nachbarländern auch nach Deutschland eindringen lassen, werden auch hierzulande die Probleme der Aids-Primärprävention in den ehemals sozialistischen Staaten langsam zur Kenntnis genommen.

Die lange Latenzzeit zwischen dem Beginn einer Epidemie und ihrer Thematisierung durch die politischen Apparate führt zu unwiederbringlichen Zeitverlusten vor allem bei der Primärprävention. Die Verzögerung ist weltweit typisch für den Umgang mit Epidemien und sie ist auch in den betroffenen Ländern selbst zu beobachten. Wenn nunmehr die internationale Unterstützung für die Primärprävention in den mittelosteuropäischen Ländern anläuft bzw. einen neuen Schub erhält, ist es unverzichtbar, den Stand der Epidemie, der Strategien zur Primärprävention sowie die fördernden und politischen Bedingungen, die zu diesem jeweiligen Stand geführt haben, zu kennen.

Dazu liefert das vorliegende Papier von Zsafia Nemeth, das aus einer Magisterarbeit im Fach Public Health an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften an der Universität Bielefeld hervorgegangen ist, reichlich Material. Die Autorin zeigt die unterschiedlichen Muster der Epidemie in Estland, Polen und Ungarn mit der durchweg sehr hohen Betroffenheit der i.v.-DrogebenutzerInnen, dem sehr jungen Durchschnittsalter der Infizierten, die enge Verwobenheit der Epidemie mit den sozialen Lebensbedingungen der betroffenen Gruppen, und sie zeigt auch, dass es die bekannten Faktoren sind, die eine frühzeitige Definition und Umsetzung wirksamer Strategien behindern.

Da findet sich die bekannte Tendenz politischer Apparate, Probleme, die zwar bekannt sind, die man aber noch nicht sehen kann und zu deren Bearbeitung unbequeme Schritte nötig wären, so lange zu verdrängen, bis es nicht mehr geht. Wenn dann gehandelt wird, haben es Vertreter der in Westeuropa überaus erfolgreichen Strategie nach „New Public Health“ sehr schwer, sich gegen die am Individuum und der rigorosen Kontrolle ansetzenden Strategie nach „Old Public Health“ durchzusetzen. Wie auch in anderen Ländern sind Widerstände konservativer Strömungen, vor allem aus der katholischen Kirche und konservativen Bewegungen, zu überwinden. Auch die jahrzehntelange Tabuisierung von Homosexualität und Drogengebrauch bildet eine Barriere, die zur Ingangsetzung zugleich wirksamer wie menschenfreundlicher Strategien überwunden werden muss. Große Probleme ergeben sich

auch bei der notwendigen Zusammenarbeit zwischen Regierungsbehörden und Nicht-Regierungsorganisationen, besonders dann, wenn diese ungeliebte ethnische oder sexuelle Minderheiten repräsentieren. Diese Konstellation behindert auch eine sachgemäße, an Gesundheit (und nicht an Moral oder Vorurteilen) orientierte Mobilisierung der Bevölkerung. Fast unüberwindliche Probleme stellen sich der präventionspolitisch gut begründeten Forderung entgegen, bei den Bemühungen um Verhaltensmodifikation (safer sex; safe use) die sozialen Bedingungen, die riskantes Verhalten begünstigen und risikomindernde Verhaltensmodifikationen erschweren, zu thematisieren oder gar zu verändern. Eine besondere Rolle spielen hierbei die starken Vorbehalte gegenüber Strategien der Schadensbegrenzung (harm reduction) in der Drogenpolitik, die sich gegen die an individueller Kontrolle und Therapie ansetzenden Strategien der Abstinenz (drug free) durchsetzen müssen.

Die Autorin zeichnet ein lebendiges und differenziertes Bild, und sie zeigt auch, dass internationale Hilfe, sei es vom Global Aids Fund oder sei es von der Soros-Stiftung oder sei es im Rahmen internationaler wissenschaftlicher Kooperation, gute Früchte tragen kann. In der Forschungsgruppe Public Health im WZB wird seit nunmehr über zwanzig Jahren sozialwissenschaftliche Aidsforschung betrieben. In den ersten Jahren konzentrierten sich die Arbeiten auf die Ausarbeitung und Implementation der Strategie nach „New Public Health“ („Lernstrategie“). Der Blick über die Grenzen, vor allem in die USA, in die Niederlande und in die Schweiz diente in diesen Jahren der Suche nach Vorbildern und übertragbaren Modellen. In den 90-er Jahren wurde unter anderem die Frage bearbeitet, inwieweit das in der alten Bundesrepublik entwickelte und implementierte Präventionsmodell auch für die Strukturen und die Bevölkerung in der ehemaligen DDR geeignet sei. Auch wurde in dieser Zeit der Blickwinkel auf die politischen Bedingungen der Thematisierung, Formulierung und Umsetzung geeigneter Aidsstrategien in Ländern mit unterschiedlichem sozioökonomischem Bedingungsgefüge ausgeweitet.

Die vorliegende Veröffentlichung ist eine Komponente dieser Forschungslinien, die sich als wissenschaftliche Dienstleistung für die rechtzeitige Anwendung integrierter und konsistenter Strategien zur Verhütung der oft immer noch tödlichen HIV-Infektion verstehen.

Rolf Rosenbrock

INHALTSVERZEICHNIS

1. EINLEITUNG	11
2. DIE BESONDERE BEDEUTUNG DER HIV-PRIMÄRPRÄVENTION.....	13
3. METHODEN UND MODELLE DER HIV-PRÄVENTION	14
3.1. METHODEN UND STRATEGIEN FÜR EINE VERHALTENSÄNDERUNG	14
3.2. SOZIALE UND ÖKONOMISCHE DETERMINANTEN	16
3.3. KRITERIEN DER WIRKSAMEN HIV-PRÄVENTION	17
4. HIV-PRÄVENTION IN OSTEUROPA	20
4.1. CHARAKTERISTIKEN DER OSTEUROPÄISCHEN HIV-EPIDEMIE.....	20
4.1.1. <i>Subregionale Unterschiede</i>	<i>20</i>
4.1.2. <i>Epidemiologischer Hintergrund.....</i>	<i>22</i>
4.1.3. <i>Aussagekraft der Screeningergebnisse.....</i>	<i>29</i>
4.2. GESELLSCHAFTLICHE RAHMENBEDINGUNGEN FÜR HIV-PRÄVENTION	31
4.2.1. <i>Makroökonomische und soziale Veränderungen.....</i>	<i>31</i>
4.2.2. <i>Gesundheitswesen und -systeme.....</i>	<i>33</i>
4.2.3. <i>Charakteristika der sowjetischen und postsowjetischen Präventionsstrategien</i>	<i>34</i>
4.2.4. <i>Veränderung in der sexuellen Norm.....</i>	<i>36</i>
4.2.5. <i>Schadensminderungsprogramme</i>	<i>38</i>
4.2.6. <i>Soziale Repräsentationen über HIV und Diskriminierung</i>	<i>39</i>
5. METHODIK UND BESCHREIBUNG DER STICHPROBE.....	41
5.1. QUALITATIVES VERFAHREN MIT EXPERTENINTERVIEWS	41
5.2. KOMPLEXE ANWENDUNG DER QUALITATIVEN METHODEN.....	41
5.3. AUSWERTUNG DER DATEN	42
5.4. DARSTELLUNG DER FORSCHUNGSERGEBNISSE	43
5.5. BESCHREIBUNG DER STICHPROBE	43
6. VERGLEICH DER PRÄVENTIONSSTRATEGIE VON UNGARN, ESTLAND UND POLEN	45
6.1. LÄNDERAUSWAHL	45
6.2. UNGARN	46
6.2.1. <i>Problemdarstellung.....</i>	<i>47</i>
6.2.2. <i>Konzept der Primärprävention.....</i>	<i>50</i>
6.2.3. <i>Durchführung der Maßnahmen.....</i>	<i>54</i>
6.2.4. <i>Evaluation</i>	<i>60</i>
6.2.5. <i>Schlussfolgerungen.....</i>	<i>61</i>

6.3.	ESTLAND.....	63
6.3.1.	<i>Problemdarstellung</i>	63
6.3.2.	<i>Konzept der Primärprävention</i>	66
6.3.3.	<i>Durchführung der Maßnahmen</i>	71
6.3.4.	<i>Evaluation</i>	75
6.3.5.	<i>Schlussfolgerungen</i>	75
6.4.	POLEN	78
6.4.1.	<i>Problemdarstellung</i>	78
6.4.2.	<i>Konzept der Primärprävention</i>	81
6.4.3.	<i>Durchführung der Maßnahmen</i>	85
6.4.4.	<i>Evaluation</i>	91
6.4.5.	<i>Schlussfolgerungen</i>	92
7.	DISKUSSION	93
7.1.	DISKUSSION DER AUSSAGEKRAFT DER INTERVIEWS	94
7.2.	DISKUSSION DER ERGEBNISSE.....	95
7.2.1.	<i>Ähnlichkeiten in der HIV-Primärpräventionsstrategie</i>	95
7.2.2.	<i>Unterschiede in der HIV-Primärpräventionsstrategien</i>	97
7.2.3.	<i>Mögliche Schlussfolgerungen für andere Länder in Osteuropa</i>	100
8.	ZUSAMMENFASSUNG UND FAZIT.....	101
9.	LITERATURVERZEICHNIS	105
10.	ANHANG	111

VERZEICHNIS DER TABELLEN UND GRAFIKEN

TABELLE 1. HIV-INZIDENZ IN OSTEUROPA ZWISCHEN 1996-2003	21
TABELLE 2: DIE WELLEN DER HIV/AIDS EPIDEMIE IN OSTEUROPA	26
TABELLE 3. EPIDEMIOLOGISCHE CHARAKTERISTIKEN DER HIV-VERBREITUNG NACH REGIONEN	29
TABELLE 4: DARSTELLUNG DER STICHPROBE	44
TABELLE 5. VERTEILUNG DES BUDGETS FÜR PRIMÄRPRÄVENTION IN UNGARN (INTERVIEW L).....	54
TABELLE 6. AUSZUG AUS DER HIV-PRÄVENTIONSSTRATEGIE DES POLNISCHEN GESUNDHEITSMINISTERIUMS FÜR 2004-2006	83
TABELLE 7. STÄRKEN UND SCHWÄCHEN DER EINZELNEN LÄNDER IN DER PRÄVENTIONSSTRATEGIE	99
GRAFIK 1. HIV-INZIDENZ IN EUROPA PRO MILLIONEN	22
GRAFIK 2: HIV-INZIDENZ INFOLGE DER I.-V. DROGENBENUTZUNG IN EUROPA	23
GRAFIK 3: HIV-INZIDENZ DURCH HETEROSEXUELLE ÜBERTRAGUNG IN EUROPA.....	24
GRAFIK 4: ÜBERTRAGUNGSWEGE AUF DEM BALKAN UND IN MITTELOSTEUROPA	27
GRAFIK 5. NEGATIVES IMAGE VON PROSTITUIERTEN ALS RISIKOGRUPPE IN RUSSLAND.	34
GRAFIK 6. MATERIAL ZUR SEXUELLEN AUFKLÄRUNG IN RUSSLAND AUS DEM JAHR 1990.	36
GRAFIK 7. UND 8. ZWEI PLAKATE ZUR HIV-PRÄVENTION FÜR JUGENDLICHE.....	55
GRAFIK 9. STOP AIDS. PLAKAT ZUR KAMPAGNE AUS ESTLAND.....	71
GRAFIK 10. UND 11. BEISPIELE AUS DREISPRACHIGEM ESTNISCHEM AUFKLÄRUNGSBÜCHLEIN ÜBER HIV/AIDS	74
GRAFIK 12. VERTEILUNG DER AUSGABEN FÜR PRÄVENTION IN POLEN.....	85
GRAFIK 13. UND 14. ZWEI POSTER AUS DER KAMPAGNE IM JAHRE 2001 IN POLEN.....	87
GRAFIK 15. WETTBEWERBAUFRUF ZU COMICZEICHNUNGEN ÜBER HIV	88

ABKÜRZUNGEN

BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
EU	Europäische Union
GO	Governmental Organisation (Regierungsorganisation)
HIV	Human Immunodeficiency Virus
ILO	International Labour Organisation
i.-v. Drogenbenutzer	Benutzer intravenöser Drogen
MKÜ	Mutter-Kind-Übertragung
MSM	Männer, die Sex mit Männern haben
NGO	Non-Governmental Organisation (Nichtregierungsorganisation)
OECD	Organisation for Economic Cooperation and Development
UNAIDS	Joint United Nations Programme on HIV/AIDS
UNDP	United Nations Development Program
UNESCO	United Nations Educational, Scientific and Cultural Organisation
UNFPA	United Nations Population Fund
UNICEF	United Nations Children´s Fund
WHO	World Health Organisation

1. EINLEITUNG

Seit Mitte der 90er Jahre ist es offenkundig, dass Osteuropa ein neuer Brennpunkt für HIV/AIDS ist (u.a. Dehne et al. 1999, Bornemann 2001, Goodwin et al. 2003, Hamers & Down 2003, UNAIDS 2004/a). Die dramatische Dimension der sich exponentiell verbreitenden Epidemie wird dadurch verdeutlicht, dass innerhalb von sechs Jahren, zwischen 1995 und 2001, die Zahl der Inzidenzfälle in Osteuropa von 30.000 auf 1.000.000 anstieg (Hamers & Downs 2001, UNAIDS 2002). Die Dunkelziffer der Inzidenzfälle wird allerdings noch höher geschätzt, da vermutlich viele mit HIV Infizierte sich infolge der problematischen Bedingungen des Screenings (geringe Anzahl der Screeningstellen, fragwürdige Anonymität und schwer erreichbare Risikogruppen wie die Benutzer intravenöser Drogen) nicht testen lassen (Hamers & Down 2003). Die Übertragungswege und Zielgruppen bilden ein komplexes Mosaik, weil es – je nach landestypischen, politischen und sozioökonomischen Besonderheiten – zu ganz eigenen Entwicklungen in der Dynamik, den Ausbreitungsmodalitäten und dem Wachstum der Epidemie kommt.

Public Health Experten und einige Politiker zeigen sich äußerst alarmiert über diese Zahlen. In wissenschaftlichen Studien bzw. in Medienauftritten verlangen sie, durch adäquate Maßnahmen die Epidemie zu bremsen. Da HIV immer noch eine tödliche und nicht heilbare Krankheit ist und die Prävention bestimmter Risikoverhaltensweisen zu seiner Vermeidung führen kann, verlangen Experten den Einsatz von primärpräventiven, auf Verhaltensänderung ausgerichteten Maßnahmen (Gyarmathy et al. 2004, Goodwin et al. 2004). In dieser Arbeit soll deshalb der Frage nachgegangen werden, welche Präventionsstrategien die einzelnen osteuropäischen Länder haben, um der Epidemie vorzubeugen. Und noch dringender ist das Problem, wie die Regierungen der von der HIV/AIDS-Epidemie noch nicht betroffenen Länder dazu gebracht werden können, sich mit ihrer Vulnerabilität, d.h. Verwundbarkeit gegenüber einer drohenden Epidemie auseinander zu setzen und Präventionsstrategien auszuarbeiten. Dies sind die zwei Kernfragen, die die Themenwahl dieser Masterarbeit veranlasst haben.

Bei der effektiven Vorbeugung von HIV/AIDS-Epidemien lassen sich zwei wesentliche Schwierigkeiten bzw. Hindernisse feststellen:

- A. Die Region ist in Anbetracht der Epidemie nicht einheitlich: Einige Länder haben die am schnellsten wachsende HIV-Epidemie der Welt, aber sie weisen das Problem gerne ab und lassen meistens nur minimale Präventionsmaßnahmen zu. Andere Länder blieben bislang verschont und haben aus diesem Grund kaum Präventionsmaßnahmen geplant, obwohl sie genauso die Merkmale eines HIV vulnerablen Landes – wie die anderen von

HIV stark betroffenen osteuropäischen Länder – aufweisen (geopolitische Lage, geringes Gesundheitsbewusstsein, wachsender Drogenkonsum, niedrige Rate der Kondombenutzung etc.) (UNAIDS 2004/a, HIV/AIDS in Estonia 2004).

- B. Osteuropa hat kaum Erfahrung und Tradition in der Primärprävention, und daher werden eher die Möglichkeiten der Sekundär- und Tertiärprävention bevorzugt (Danziger 1997). Dies ist besonders deshalb zu bemängeln, weil auf dem Gebiet der HIV-Primärprävention anhand ausländischer Beispiele (aus den USA und aus Westeuropa) wirksame Maßnahmen gegen HIV vorzuweisen sind (u.a. Freimuth 1992, Freudenberg 1995, Williams 1995, Zimmermann et al. 1995, Wellings 2002, The World Health Report 2003, S.49). Zudem befindet sich Osteuropa in der Anfangsphase der Epidemie, und daher hätte die Region die Chance, mit frühzeitigen Präventionsmaßnahmen die Epidemie unter Kontrolle zu bekommen. Globale Erfahrungen aus Thailand und aus Brasilien zeigen, dass der frühe und effektive Einsatz von Präventionsmaßnahmen die HIV-Verbreitung deutlich verringern kann (World Bank 2004).

Zielsetzung und Aufbau der Arbeit

Die Zielsetzung der Arbeit ist die Beschreibung und der Vergleich der Primärpräventionsstrategien von drei osteuropäischen Ländern: Ungarn, Estland und Polen. Diese drei Länder vertreten verschiedene Prototypen der HIV-Prävention in Osteuropa. Polen, als Land aus der ersten Welle der HIV-Verbreitung, hat mittlerweile langjährige Erfahrung auf dem Gebiet der HIV-Prävention. Estland dagegen ist erst in der jüngsten Vergangenheit von der Epidemie stark betroffen worden und hat vor kurzem Unterstützung vom Global Fund¹ bekommen, die in erster Linie der Primärprävention zukommen soll. In beiden Ländern bilden die i.-v. Drogenbenutzer die wichtigste Zielgruppe. Die estnische HIV-Prävention muss auch das Problem bewältigen, dass die meisten Infizierten russischstämmig sind. Ungarn hat eine niedrige Prävalenzrate. Die meisten Infizierten kommen aus der Schwulenszene oder sind Immigranten. Es ist jedoch zu befürchten, dass die i.-v. Drogenbenutzer durch ungenügende Präventionsarbeit leicht zu Opfern der Infektion werden.

Die Arbeit weist zwei grundlegende Fragestellungen auf:

- 1) Was kennzeichnet die Präventionsstrategien dieser drei Länder? Welche Ähnlichkeiten und Unterschiede gibt es?
- 2) Kann man aus dem Drei-Ländervergleich gewonnene Erfahrungen Konsequenzen für andere osteuropäische Länder ziehen? Wenn ja, welche sind es und wie könnten diese Länder davon profitieren?

Für die genaue Untersuchung der Komplexität und der gelegentlichen Widersprüchlichkeit der HIV/AIDS-Primärprävention dieser Länder reicht eine Literaturanalyse nicht aus, weil das Thema sehr neu, wenig verarbeitet und häufig sehr konfliktbeladen ist. Aus diesem Grund wurde bei der Wahl der Methodik auch auf Experteninterviews zurückgegriffen, deren Ergebnisse die Literaturrecherche ergänzen und relativieren sollen. Es wurden insgesamt 13 halbstandardisierte Experteninterviews mit Vertretern verschiedener Regierungs- und Nichtregierungsorganisationen aus allen drei Ländern durchgeführt.

Die Arbeit besteht grundsätzlich aus drei Teilen. Im ersten Teil wird der theoretische Hintergrund der HIV-Prävention überblickt. Die wichtigsten Präventionsansätze, die Kriterien einer wirksamen HIV-Primärprävention, die Transmissionswege und die Aspekte der sozialen Benachteiligung werden dargestellt. Der zweite Teil beinhaltet eine allgemeine Beschreibung der Charakteristiken der HIV/AIDS-Epidemie in Osteuropa: Welche Zielgruppen sind betroffen, welche Übertragungswege sind typisch, welche Unterschiede und Ähnlichkeiten zeichnen die Länder aus? Darüber hinaus befasst sich ein Kapitel mit den gesellschaftlichen Rahmenbedingungen, mit denen die HIV-Präventionspolitik in der Region konfrontiert ist. Der dritte Teil bildet den Kern der Arbeit. Nach kurzer Darstellung der angewandten Methodik, der Stichprobe und der Fragestellung werden die Fallstudien, d.h. die Primärpräventionsstrategien der drei Länder nach bestimmten Kriterien aufgrund der Literaturrecherche und der Experteninterviews beschrieben. Schließlich werden von den zwei Forschungsfragen ausgehend die Ergebnisse diskutiert. Die Arbeit wird mit einer Zusammenfassung und mit Überlegungen zu weiteren Schritten auf dem Gebiet der Primärprävention abgeschlossen.

2. DIE BESONDERE BEDEUTUNG DER HIV-PRIMÄRPRÄVENTION

HIV-Prävention beinhaltet alle drei klassischen Strategien der Prävention: Primär-, Sekundär und Tertiärprävention. Alle drei Gebiete bilden wichtige Säulen einer komplexen HIV-Prävention und lassen sich miteinander gut verbinden. Ohne kostenfreies und anonymes Screening kann man die Zielgruppen kaum erreichen oder aufklären. Das gut ausgebaute System der tertiären Prävention bzw. eines freien Zugangs zur Versorgung ist ebenso wichtig, weil dies nicht nur die Krankheitslast („burden of disease“) reduziert und die Lebenserwartung verlängert, sondern auch zur Thematisierung der Probleme und zur Minimierung der Stigmatisierung beiträgt (The World Health Report 2003 S.49). Die WHO setzt sich in ihren Leitlinien eindeutig für die enge, sogar örtliche Verknüpfung der drei

¹ The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria verwaltet und finanziert Ressourcen durch eine neue öffentlich-private Partnerschaft. Im Aufsichtsrat und im Beratergremium sitzen die Vertreter von Staaten, von Geldgebern und Zivilorganisationen sowie von der Weltbank (www.theglobalfund.org).

Strategien ein, denn das ist – laut der offiziellen Stellungnahme – die Voraussetzung einer erfolgreichen Präventionsarbeit.²

Primärprävention hat aber, im Gegensatz zu den anderen zwei Säulen der Prävention, insofern eine wichtigere Bedeutung bei HIV/AIDS, als man mit effektiven Primärpräventionsmaßnahmen dem Erstauftreten der Krankheit vorbeugen kann und sich dadurch die Krankheitslast, die Notwendigkeit sowie die Kosten der Sekundär- und Tertiärprävention ersparen kann (Leppin 2004/a). Die primärpräventiven Maßnahmen ermöglichen außerdem die Durchsetzung eines anderen zentralen Ziels der HIV-Prävention: Durch Präventionsbotschaften das Verständnis und die Toleranz in der Öffentlichkeit gegenüber vulnerablen, diskriminierten Gruppen und generell gegenüber dem „Anderssein“ zu erhöhen (Rosenbrock 2002).

3. METHODEN UND MODELLE DER HIV-PRÄVENTION

3.1. METHODEN UND STRATEGIEN FÜR EINE VERHALTENSÄNDERUNG

Vor dem Hintergrund, dass HIV-Infektionen grundlegend verhaltensbedingt sind, sollen primärpräventive Maßnahmen die Wahrnehmungsveränderung bestimmter Verhaltensweisen (z.B. Kondomgebrauch) bezwecken (DiClemente & Peterson 1994). Gesundheitsriskante Verhaltensweisen erweisen sich aber oftmals als sehr schwer beeinflussbar. Das gilt nicht nur für den Bereich der tief in der Persönlichkeit wurzelnden Erkrankungen (z.B. Sucht), sondern auch für „einfachere“ Verhaltensänderungen, wie z.B. Kondombenutzung (Rosenbrock 1987 S.26). Zwar ist im Falle von HIV-Prävention die Botschaft relativ klar und an und für sich einfach umsetzbar (z.B. „Benutze Kondom“ oder „Benutze sterile Nadeln“), dennoch bleibt die erwünschte Verhaltensänderung häufig aus (Weilandt et al. 2001 S.91).

In den letzten Jahrzehnten sind zahlreiche Modelle zur Erklärung des Gesundheitsverhaltens eines Menschen und zur Darstellung der Faktoren zu einer möglichen Verhaltensveränderung entworfen worden (s. dazu Fishbein 2000, Fisher & Fisher 2000, Phillips 1993, zit. nach Naidoo & Wills 2003, Pforr 1998, Hurrelmann 2003, Weilandt et al. 2001).

In der HIV-Prävention ist die Adressierung des individuellen Verhaltens von grundlegender Bedeutung, denn die Themen berühren besonders persönliche und intime Bereiche. Die

² Das sog. Brasilianische Modell ist das beste Beispiel dafür, dass die drei Präventionsarten aufeinander verstärkend wirken können. In Brasilien ist einer enorme Explosion der HIV-Epidemie durch die Ermöglichung des freien Zugangs zur Behandlung vorgebeugt worden, weil dadurch die Tabuisierung der Infektion und die Angst davor bekämpft wurden (The world health report 2003, S.47-8).

zwei wichtigsten Ansätze³ zur Erreichung der gewünschten Verhaltensänderung sind die massenmediale Kampagnen und die interpersonellen Interventionen (u.a. Dearing & Rogers 1992, Zimmermann et al. 1995, Fisher & Fisher 2000). Aufgrund ihrer Charakteristiken unterscheiden sich die zwei Ansätze zwar grundsätzlich, wirken durch verschiedene Akteure, Methoden und sprechen jeweils andere Zielgruppen an; sie ergänzen einander jedoch optimal (Kirby & DiClemente 1994 S.134).

Bevölkerungsweite, massenmedial gestützte Kampagnen sind unentbehrlich in HIV-Prävention, denn sie ermöglichen die schnelle und breite Streuung von einfachen Botschaften („Benutze Kondom“) (Leppin 2004/b). Darüber hinaus sind sie geeignet für die Imagegestaltung und Trendsetting von bestimmten gesundheitsfördernden Verhaltensweisen und für die Sensibilisierung der Bevölkerung für ein gewisses Thema. Dies ist besonders wesentlich bei der Bekämpfung von normgeleiteten Risikoverhaltensweisen wie Rauchen oder Unsafe Sex, denn man macht durch Einführung neuer Trends alternative Verhaltensweisen populär und ändert dabei die soziale Norm bzw. das öffentliche Klima.

Diese Methode ist jedoch nicht geeignet für die Adressierung von schwer erreichbaren, versteckt lebenden Gruppen. Dafür sind interpersonelle und gemeindeorientierte Interventionen angebracht, die auf direkter, personaler Kommunikation basieren und eine detaillierte Darstellung von Problemen in ihrer Komplexität und die Ausarbeitung eigener Präventionsstrategien ermöglichen. Solche Interventionen blicken auf lange Tradition in der HIV-Prävention zurück und bilden einen massiven Bestandteil von HIV-Präventionsstrategien. Beim erstmaligen Auftreten der Infektion am Anfang der 80er wurde zuerst eine bestimmte Gruppe, nämlich die der homosexuellen Männer in den USA infiziert. Lange Zeit galt diese Gruppe als am stärksten betroffen. Deshalb wurden sehr früh Interventionen speziell für diese Gruppe entworfen, die interpersonell bzw. gemeindeorientiert angelegt waren. Diese Tradition bzw. die Erfahrungen der Präventionsmaßnahmen der Schwulenszene wurde dann (allerdings deutlich später) in der Arbeit mit anderen Zielgruppen (z.B. i.-v. Drogenbenutzer, sozial Benachteiligte) fortgesetzt (Rodriguez-Trias 1995).

Diese „persönlichere“, intensive Form der Intervention hat die Besonderheit, dass die meist von Nichtregierungsorganisationen ausgeführt werden, die unabhängig von staatlichen Autoritäten (wie z.B. Gesundheitsamt) ihre Tätigkeiten ausführen und deshalb einen

³ In der Fachliteratur herrscht keine Einstimmigkeit über die definitorische Abgrenzung der Präventionsansätze, denn Interventionen werden häufig auch als Gesamtbegriff für allerlei Präventionsmaßnahmen, d.h. sowohl für bevölkerungsweite Kampagnen als auch für interpersonelle Intervention verstanden (Leppin 2004/b). In dieser Arbeit werden unter Kampagnen die massenmedial gestützten Maßnahmen verstanden, die ein breiteres Bevölkerungssegment ansprechen wollen. Dahingegen werden unter interpersonellen Interventionen die für Einzelpersonen oder für kleinere Gruppen gedachten Maßnahmen gemeint.

direkten, vertraulichen Zugang zu diesen Zielgruppen haben. Nur diese Organisationen sind in der Lage und haben die Möglichkeit, die häufig marginalisiert und versteckt lebenden Zielgruppen zu „lokalisieren“ und ihre Programme spezifisch an die Bedürfnisse, Sozialstruktur, Sprachgebrauch, Normen, Wertstellungen und Gewohnheiten der Zielgruppen anzupassen.

Sowohl massenmediale, bevölkerungsweite Kampagnen, als auch individuelle und gemeindeorientierte Interventionen bilden wichtige Säulen in der HIV-Prävention und sollen im Optimalfall gleich verwendet werden. Dies ist zu beobachten z.B. in der Strategie der HIV-Prävention von Deutschland, wo beide Ansätze parallel angewandt und in der Praxis von verschiedenen Akteuren durchgeführt: Die bevölkerungsweite Kampagne wird von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) und die interpersonellen Interventionen von der Deutschen AIDS Hilfe (DAH) durchgeführt (Müller 1996).

3.2. SOZIALE UND ÖKONOMISCHE DETERMINANTEN

Kampagnen und Interventionen können alleine zu einer langfristig wirksamen HIV-Prävention nicht beitragen. Die Berücksichtigung der sozial-ökonomischen Aspekte und der sozialen Ungleichheit gewährleistet den Rahmen einer erfolgreichen HIV-Prävention. Die Verteilung von Prävalenz- und Inzidenzraten von HIV in der Gesellschaft ist ungleich und epidemiologische Daten zeigen eine herausragende Vulnerabilität für HIV relevante Risikoverhaltensweisen bei Menschen mit niedrigerem Einkommen, geringem beruflichen Status und schlechter Ausbildung (Zimmermann et al. 1995 S.1). In den USA tragen z.B. die Afroamerikaner 30% der Krankheitslast von HIV, obgleich sie nur 12% der Bevölkerung stellen (Zimmermann et al. 1995 S.1). Ähnliche Situationen sind in Asien, Australien und in Osteuropa zu beobachten (The World Health Report 2003 S. 48).

Heffernan (2002) weist drauf hin, dass die Gründe für die höhere HIV-Prävalenz unter sozial Benachteiligten in erster Linie nicht im Verhalten des Individuum, sondern in der Auswirkung der sozialen Strukturen liegen. HIV-Präventionsstrategien legen den Akzent meistens auf die Verhaltensänderung und auf die Ansprache der Hochrisikogruppen. Heffernan ist jedoch der Ansicht, dass der Schwerpunkt der Arbeit mit Risikogruppen auf die Betonung der sozial strukturellen Faktoren verlegt werden soll (Heffernan 2002 S.171).

Diese Ansicht wird von wissenschaftlichen Befunden gestützt, welche die meisten Konzepte der Gesundheitsförderung und Prävention als nicht wirksam genug bezeichnen, denn sie sind erfahrungsgemäß auf die Verhaltensänderung der gut ausgebildeten und sozioöko-

nomisch günstig positionierten Menschen aus der Mittelschicht⁴ und aus der einheimischen Kultur ausgerichtet (Hurrelmann 2003 S.119). Die Schwierigkeit der Veränderung des individuellen Verhaltens der sozial Benachteiligten liegt nach dem Knowledge-Gap-Ansatz in der ungleichen Verteilung der Informationen. Er besagt, dass je mehr Informations- und Wissensvermittlung über ein bestimmtes Thema oder ein Problem erfolgt, desto größer werden die Wissensunterschiede zwischen Populationsgruppen, vor allem zwischen Populationsgruppen unterschiedlicher sozioökonomischer Herkunft (Leppin 2004/b). Die Informationen gehen bei sozial Benachteiligten „verloren“, weil die vermittelten Informationen weniger subjektive Relevanz für sie in ihrer ohnehin beengten Lebenslage haben und weil den Menschen die Ressourcen bzw. Kompetenzen für die erfolgreiche Umsetzung der Präventionsbotschaft fehlen.

Aus diesem Grund reicht es nicht, in der HIV-Prävention das Augenmerk nur auf die Verhaltensänderung der sozial Benachteiligten zu richten. Nur mit Veränderungen bestimmter sozialer Strukturen auf der Ebene der Gesundheits- und Präventionspolitik ist es möglich, die gesundheitliche Ungleichheit bezüglich der HIV-Infizierung zu bekämpfen (Heffernan 2002, Rosenbrock 2002).

3.3. KRITERIEN DER WIRKSAMEN HIV-PRÄVENTION

Vor dem Hintergrund, dass in der Arbeit drei Fallstudien zur HIV-Primärpräventionsstrategien vorgestellt werden, wurde ein Kriterienkatalog ausgewählt, der den übersichtlichen Vergleich erleichtert. Rosenbrock (2002 S.73-81.) stellte einen umfassenden, gründlichen und auf den zuvor kurz dargestellten Modellen und Theorien basierenden Kriterienkatalog zusammen. Die Kriterien beachten die möglichen Determinanten einer Verhaltensänderung und auch die gesamtgesellschaftlichen und politischen Zusammenhänge.

Die drei wichtigsten Kriterien einer wirksamen HIV-Präventionsstrategie sind nach Rosenbrock (2002):

- A) Frühzeitigkeit
- B) Konsistenz
- C) Integration

⁴ Dafür ist ein Beispiel die Evaluierung einer gemeindeorientierten Intervention von Schiltz & Adam (1995 S.15): Entwicklung von „Safer Sex“ - Praktiken wurden in schwulen Gemeinden vorzüglich unter Menschen mit gutem sozioökonomischen Status beobachtet, während sozial Benachteiligte ihr Risikoverhalten weiterhin an den Tag legten oder ineffektive Strategien verwandten.

A) Frühzeitige Intervention

Je früher eine Intervention einsetzt, desto höher sind die Chancen für die wirksame Durchführung. Dies ist ein historischer Befund der Public Health Forschung, der auf jahrelanger Erfahrung mit der Bekämpfung verschiedener Infektionskrankheiten basiert und sich insbesondere auf dem Gebiet der HIV-Prävention bestätigte (vgl. World Bank 2004).

Frühzeitigkeit ist ein besonders wichtiges Thema in Osteuropa, weil viele Länder zwar einen hohen Grad an Vulnerabilität gegenüber der HIV Infektion aufweisen, aber von der Epidemie noch nicht betroffen sind. Frühzeitige Interventionen könnten die Verbreitung der Epidemie und dadurch die Ersparnis von entstehenden Kosten und benötigten Ressourcen für die Krankenversorgung bedeuten.

Das Konzept der frühzeitigen Intervention setzt sich dennoch langsam in der HIV-Präventionspolitik durch, sieht sich allerdings mit verschiedenen Hindernissen konfrontiert.

- Die staatliche Gesundheitspolitik setzt ihre Ziele und Ressourcen nicht nach der gesundheitswissenschaftlichen Prognose der Problemrelevanz ein, sondern beachtet vielerlei politische und wirtschaftliche Interessen, die häufig nicht mit dem Standpunkt der Gesundheitswissenschaft im Einklang stehen.
- Für primäre Prävention verbleiben stets nur geringe Aufmerksamkeit und Ressourcen, da die Strukturen für die Durchsetzung dieser Maßnahmen und häufig auch die Erfahrung fehlen. Das Gesundheitswesen wird eher vom medizinischen Ansatz geprägt als vom „neuen Public-Health-Ansatz“. Das bedeutet, dass man sich mehr auf die Krankenversorgung als auf die Vorbeugung konzentriert. Diese Ressourcenverteilung verfestigt sich wiederum dann, wenn die Epidemie ausbricht und viele Menschen ihr zum Opfer fallen und medizinische Versorgung benötigen.
- Religiöse, moralische und gesellschaftspolitische Hemmungen verzögern auch die öffentliche Risikokommunikation sowie eine offene Sprache für Sexualität und Drogengebrauch. Die jeweiligen Regierungen wollen keine unpopulären Schritte unternehmen, die mit dem Bruch von alten Tabus und mit dem Verlust einer großen Masse der Wählerstimmen einhergehen würden. Das führt zur Vernachlässigung oder sogar zur Ignoranz des HIV-Risikos und die nötigen Maßnahmen werden auf den nächsten Wahlzyklus verlagert.

Das erprobteste Mittel gegen die angeführten Hindernisse ist darin zu sehen, durch die Mobilisierung von betroffenen Menschen Druck auf die politischen Akteure auszuüben und HIV/AIDS nicht als Problem der Minderheiten, sondern als Problem der ganzen Gesellschaft zu behandeln (Weilandt et al. 2001 S.32).

B) Konsistente Intervention

Grundlegende Voraussetzung der konsistenten Intervention ist, dass die Verantwortung und das „Commitment“ für HIV- Prävention von allen Akteuren (Parteien, Gesundheitspolitik, Krankenversicherung, NGOs etc.) getragen wird. Über der Verantwortung hinaus sollen sich alle Akteure, auch wenn sie meistens unterschiedliche Wert- und Moralvorstellungen zum Thema und zu den Risikogruppen besitzen, auf einheitliche und konsistente Standpunkte einigen, damit der Akzent sich von moralisierenden Fragestellungen (wie z.B. ob man durch Drogenberatung den Drogenkonsum fördert) auf reale Handlungen verschiebt.

Außerdem bedeutet Konsistenz, dass Interventionen möglichst vielfältig sein und durch unterschiedliche Formen der Präventionsansätze (Intervention, massenmediale Kampagnen) alle wichtige Aspekte des Problems treffen sollen, damit möglichst ein flächendeckendes, breites Spektrum der gefährdeten Gruppen erreicht wird (vgl. Kapitel 3.1.).

C) Integrierte Intervention

Die integrierte Intervention bedeutet, dass HIV-Prävention unter der Prämisse „Interdisziplinarität“ stehen soll, wo alle Akteure nach ihrer Kompetenz und Kapazität Verantwortung tragen. Diese Prämisse setzt voraus, dass die Kompetenz der Medizin nicht überschätzt wird, weil gerade in der Primärprävention ihre Möglichkeiten beschränkt sind. Medizin hat eine unschätzbare Wichtigkeit in der Sekundär- und Tertiärprävention, aber in der Primärprävention sollte Gesundheitswissenschaften eng mit Bildungswesen (z.B. für gesundheitliche Aufklärung) und Justiz (z.B. Entpönalisierung der Drogenbenutzung) zusammenarbeiten.

Integration in der HIV-Politik heißt auch, dass sie in einen Gesamtkontext der staatlichen und gesellschaftlichen Bemühungen eingebettet werden soll, dessen Ziel die Verbesserung der gesundheitlichen Lage der Bevölkerung ist. HIV-Prävention kann nicht von der Bekämpfung von anderen Krankheiten und Süchten (wie z.B. sexuell übertragbare Krankheiten und Drogenkonsum) getrennt behandelt werden, vor allem deshalb, weil sich der wechselseitige Zusammenhang zwischen HIV und anderen Infektionen (neben den sexuell übertragbaren Krankheiten auch Hepatitis, Tuberkulose) immer stärker zeigt. Eine integrierte HIV-Politik muss deshalb in der öffentlichen Wahrnehmung und in der Planung der Präventionsstrategien den Bezug zu diesen Krankheiten herstellen.

4. HIV-PRÄVENTION IN OSTEUROPA

4.1. CHARAKTERISTIKEN DER OSTEUROPÄISCHEN HIV-EPIDEMIE

Für die osteuropäischen Länder schränkte der „Eiserne Vorhang“ die Reisefreiheiten und den Austausch mit den anderen, vor allem kapitalistischen Ländern bis zur wirtschaftlich-politischen Wende um 1990 ein. Daher waren die Bürger der osteuropäischen Staaten von bestimmten neuen Entwicklungen und Einflüssen abgeschottet, die besonders für die HIV-Verbreitung wichtigen Lebensbereiche wie „Life style“ und Sexualverhalten betrafen. Der mangelnde Austausch zwischen Ost und West führte dazu, dass der Osten seine eigenen Wege ging. Die Abriegelung der Region vom Kontakt zum Westen war somit der wichtigste Grund dafür, warum der Osten von der HIV-Epidemie in den 80er Jahren grundsätzlich verschont blieb, aber in den 90er Jahren von einer explosionsartigen HIV-Epidemie betroffen wurde.

4.1.1. Subregionale Unterschiede

Die wirtschaftlich-politische Wende verlief in den osteuropäischen Ländern – trotz einiger Gemeinsamkeiten – verschieden und aus der relativ ähnlichen Ausgangslage entstanden unterschiedliche Entwicklungsgeschwindigkeiten- und -tendenzen. Die mosaikartige Verbreitung der HIV-Epidemie spiegelt diese Differenzen in den wirtschaftlichen und sozialen Veränderungen wider, denn die osteuropäischen Länder wurden nach der Wende zu anderen Zeitpunkten, durch andere Übertragungswege und in verschiedenem Grad von der Infektion betroffen. Die subregionalen Unterschiede sind daher beträchtlich: Estland, Russland und die Ukraine haben die am schnellsten wachsende HIV-Epidemie der Welt, während andere Regionen in Osteuropa wie Slowakei und Ungarn eine sehr niedrige HIV-Prävalenz aufweisen. Dieses komplexe Mosaik der länderspezifischen Unterschiede verdeutlicht die Tabelle 1, welche einige Daten von EuroHIV⁵ für die Region von vier verschiedenen Zeitpunkten wiedergibt.

⁵ EuroHIV (European Centre for the Epidemiological Monitoring of AIDS) ist eine von der WHO Europe und von UNAIDS betriebene Datenbank, die die Daten alle sechs Monate veröffentlicht. (www.eurohiv.org)

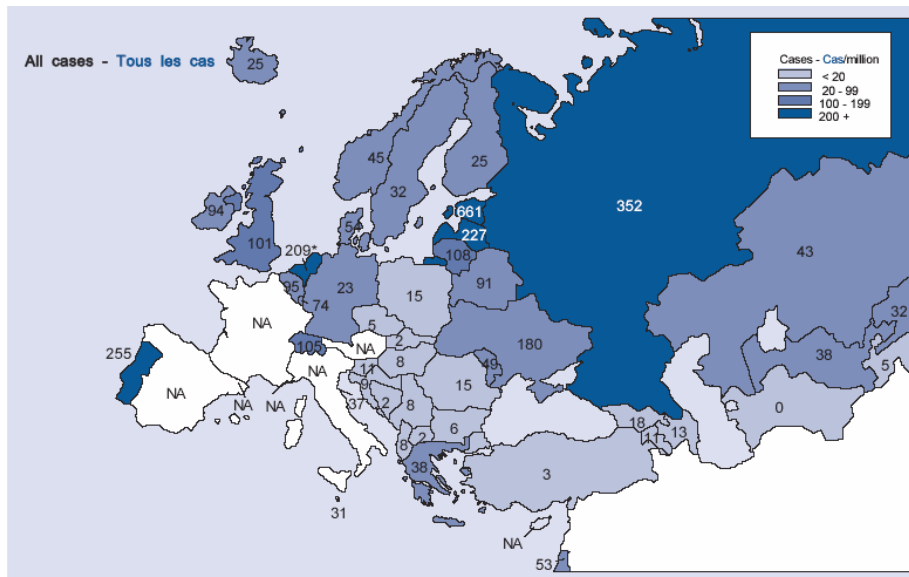
	Neue HIV-Diagnosen / Millionen Einwohner			
	1996	1999	2001	2002
Albanien	2,2	1,3	6,4	8,2
Bosnien-Herzegowina	0,0	2,3	1,5	1,9
Bulgarien	4,1	3,4	5,1	5,5
Estland	5,5	8,5	1067,3	660,7
Kroatien	0,2	10,3	6,7	9,0
Lettland	6,8	99,4	346,9	226,6
Litauen	3,2	17,8	19,5	107,8
Mazedonien	2,0	2,5	2,4	2,0
Moldawien	11,0	36,0	53,4	48,9
Polen	14,3	13,6	14,4	15,0
Rumänien	30,9	16,2	19,8	15,0
Russland	10,3	136,4	594,4	351,5
Serbien und Montenegro	9,7	8,0	9,2	8,4
Slowakei	0,7	0,4	1,5	2,0
Slowenien	4,5	7,5	8,1	11,1
Tschechien	4,8	4,9	8,3	8,1
Ukraine	105,4	116,5	139,9	180,0
Ungarn	6,1	6,2	8,3	8,1
Weißrussland	99,0	40,2	57,0	90,5

Quelle: nach EuroHIV 2003, Stand: 30. Juni 2003

TABELLE 1. HIV-INZIDENZ IN OSTEUROPA ZWISCHEN 1996-2003

Auffällig ist bei der genauen Betrachtung der Zahlen, dass die Inzidenz nach 2001 fast in allen Ländern zurückging. Diese Verringerung kann einerseits auf inadäquaten Screeningmethoden oder falschen Daten beruhen. Andererseits kann auch die Einführung erfolgreicher Primärpräventionsmaßnahmen dazu geführt haben. Die Kausalität ist aber anhand der Fachliteratur schwierig zu beurteilen. Im Falle von Estland (vgl. Kapitel 6.3.) ist es klar, dass die Einführung der Schadensminderungsprogramme den Rückgang der Inzidenz verursachte (Kaliiov & Wasson-Simon 2004). Dies dürfte in Lettland ähnlich verlaufen sein. Bei anderen Ländern (z.B. Russland) lässt sich die Verringerung nicht präzise erklären.

Die gleichen Zahlen auf der Landkarte dargestellt geben einen visuell deutlicheren Überblick über die Verteilung der HIV-Inzidenzfälle in der Region. Die Landkarte beinhaltet allerdings nur die Daten aus dem Jahr 2003 und zeigt im Gegensatz zur Tabelle 1. die dynamische epidemiologische Entwicklung nicht (vgl. Grafik 1).



Quelle: EuroHIV (2003, S. 43)

NA = keine veröffentlichten Daten

Grafik 1. HIV-Inzidenz in Europa pro Millionen, nach den im Jahr 2002 veröffentlichten Statistiken

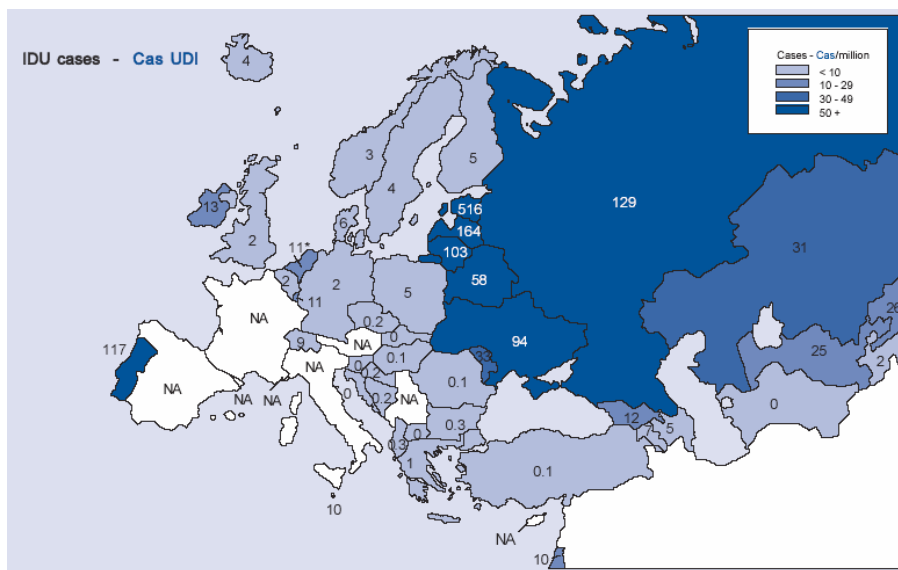
Anhand der in der Tabelle und auf der Karte ersichtlichen Unterschiede lassen sich die Länder in vier Gruppen einordnen. Beide Darstellungen zeigen, dass Estland, Lettland sowie Russland absolute Zentren der Epidemie ausmachen (erste Gruppe). In diesen Ländern liegt die Zahl der jährlichen Inzidenzfälle über 200/Millionen Einwohner. Hier ist vor allem Estland hervorzuheben, das die höchste HIV-Inzidenz in dem Euro-Zentralasien-Raum hat (661/Million). Eine zweite Gruppe bilden Litauen, Weißrussland, die Ukraine und Moldawien mit ebenfalls beträchtlichen Zahlen (20 bis 200/Million), die allerdings mit den westeuropäischen Daten vergleichbar sind. Trotz der ähnlichen Inzidenzgröße unterscheiden sich die osteuropäischen Länder von den westlichen in der Zielgruppe und im vorherrschenden Übertragungsweg der Infektion. Deshalb kann man die Zahlen ohne weitere genaue Analyse nicht vergleichen. Eine dritte Gruppe bilden die Länder Rumänien und Polen, wo die Inzidenz über 15/Million ist. Zu einer anderen, vierten Gruppe gehören die restlichen mittelost- und südosteuropäischen Länder, die sich in Europa mit der niedrigsten HIV-Rate auszeichnen (unter 10/Million).

4.1.2. Epidemiologischer Hintergrund

Charakteristiken der von HIV stark betroffenen Länder

Bei genauer Untersuchung der Daten kristallisiert sich eine klare Unterscheidung zwischen den von HIV stark und kaum betroffenen Ländern in der Übertragungsart bzw. Zielgruppe heraus. Wie die Grafik 2. zeigt, ist in den als stark infiziert geltenden Ländern die dominierende Übertragungsart die i.-v. Drogenbenutzung, während sie in den anderen

Ländern Europas nicht so stark verbreitet ist (vgl. Grafik 1). In der Regel machen die i.-v. Drogenbenutzer ca. 60-80% aller Infizierten in den von HIV stark betroffenen Ländern aus.



Quelle: EuroHIV (2003, S. 44)

NA: keine veröffentlichten Daten

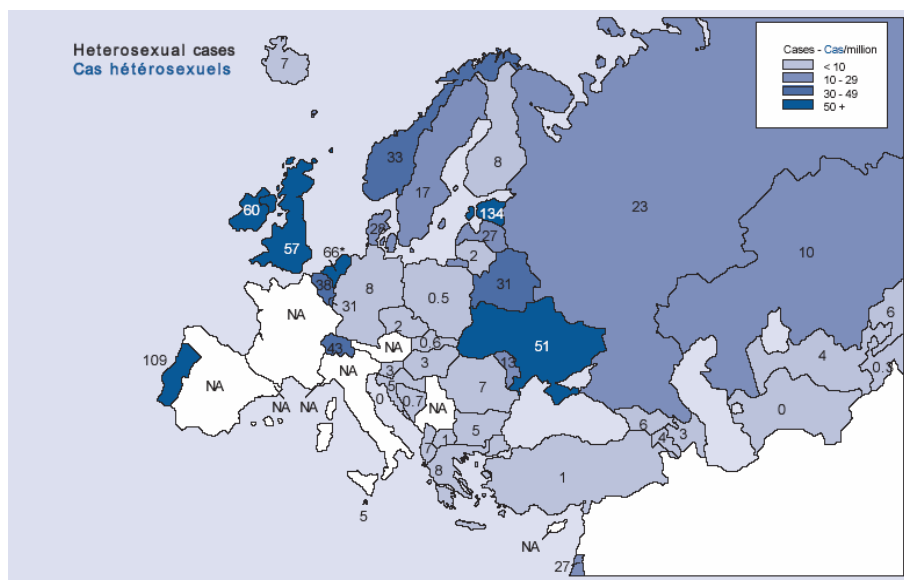
Grafik 2: HIV-Inzidenz infolge der i.-v. Drogenbenutzung in Europa

In Osteuropa verursachte die i.-v. Drogenbenutzung zum ersten Mal in der Geschichte der HIV-Bekämpfung alleine eine dramatische Epidemie und stellte damit die Welt vor neue Herausforderungen. Die Drogenschmuggelwege, die durch Russland, die Ukraine und Weißrussland sowie durch das Baltikum führen, ermöglichen einen günstigen und leichten Zugang zu Opiaten. Die mangelnde Aufklärungsarbeit und die seit der Wende breit geöffnete Schere zwischen den gesellschaftlichen Schichten führen dazu, dass Jugendliche in ihrer aussichtslosen Lage Drogen konsumieren und noch dazu intravenös zu sich nehmen. Die wichtigste Ursache für die weite Verbreitung der Epidemie ist der gemeinsamer Nadelgebrauch bei i.-v. Drogenbenutzern. Nach Untersuchungen in Moskau hatten im Monat vor der Datenerhebung 75% der Drogensüchtigen die gemeinsame Ausrüstung (Nadel und Spritze) mit jemand anderem geteilt (UNAIDS 2004/a S.5). Auch aus anderen Städten mit einer hohen HIV-Prävalenz wurde der gemeinsame Nadelgebrauch von 40-70% der Drogensüchtigen gemeldet (Novotny, Haazen & Adeyi 2003).

Ein alarmierendes Merkmal der osteuropäischen Epidemie ist das extrem niedrige Durchschnittsalter der Infizierten. In Weißrussland z.B. sind 60% alle Infizierten zwischen 15-24 Jahre alt, in Russland 80% sind zwischen 15-29. Um die Dimensionen darzustellen, lohnt ein Vergleich zu Westeuropa, wo nur 30% aller Infizierten unter 29 Jahren sind. Neben dem jungen Durchschnittsalter ist bemerkenswert, dass die Infizierten überwiegend Männer (75%) sind (UNAIDS 2004/a S.4).

Darüber hinaus wurden in der letzten Zeit immer mehr HIV-Fälle aus osteuropäischen Gefängnissen gemeldet. Für den Drogenkonsum benötigtes Geld beschaffen sich die drogenabhängigen Jugendlichen durch Klein- und Schwere Kriminalität, weshalb sie oft inhaftiert werden. Unter ihnen befinden sich auch HIV-Infizierte. Wegen der erschwerten Verfügbarkeit neuer Nadeln ist die gemeinsame Nadelbenutzung in den Gefängnissen sogar verbreiteter als draußen. Außerdem begünstigen noch der Unsafe Sex mangels verfügbaren Kondomen und die unsterilen Tätowierungsmethoden die schnelle HIV-Übertragung. Ein weiteres Risiko stellt die Entlassung der HIV-infizierten Insassen dar, die die Infektion im Gefängnis erwarben (Filipowicz 2004).

Auch außerhalb der Gefängnisse stellt die sexuelle Übertragung von HIV unter i.-v. Drogenbenutzern eine deutliche Gefahr. Da die meisten jungen i.-v. Drogenbenutzer sexuell aktiv sind, übertragen sie durch die bereits erwähnte Vermittler-Population („bridge population“⁶) die Krankheit an andere, meist an heterosexuellen Bevölkerungsteile. Kondomgebrauch unter i.-v. Drogenbenutzer wird sehr niedrig, auf ca. 20% geschätzt (UNAIDS 2004/a S.6). Die Prostitution spielt eine wesentliche Rolle bei der Verbindung der i.-v. Drogenbenutzer und heterosexuellen Population. Eine Untersuchung ergab, dass 44% der Prostituierten in Moskau i.-v. Drogenbenutzer waren und 20% von ihnen nie ein Kondom beim Geschlechtsverkehr benutzt haben (Hamers & Downs 2003 S.1041).



Quelle: EuroHIV (2003, S. 44)

NA: keine veröffentlichten Daten

Grafik 3: HIV-Inzidenz durch heterosexuelle Übertragung in Europa

⁶ Der Ausdruck „bridge population“ wird in der englischsprachigen Fachliteratur (z.B. Hamers & Downs 2003) benutzt. Zu dieser Bevölkerungsgruppe gehören Personen, die die Infektion mit einer besonders großen Wahrscheinlichkeit aus der Risikopopulation in breite Bevölkerungsschichten übertragen. Prostituierte, Lastwagenfahrer, Geschlechtspartner von i.-v. Drogenbenutzern etc. sind klassische Beispiele für „bridge populations“.

Auch außerhalb des Gefängnisses wird die heterosexuelle Übertragung immer bedeutender. Das spiegeln die Statistiken wider: Polen, Weißrussland und die Ukraine haben mittlerweile auch einen immer wachsenden Anteil der Heterosexuellen unter den Infizierten (vgl. Grafik 3.). Zwischen 1996 und 2001 ist die Inzidenz der auf heterosexuellem Weg erworbenen Infektion in der Ukraine von 13% auf 27%, in Weißrussland von 7% auf 27% gewachsen (Hamers & Downs 2003, WHO 2004). Während der Anteil der Männer unter den HIV-infizierten i.-v. Drogenbenutzern überrepräsentativ hoch ist, machen die Hälfte (52%) der auf heterosexuellem Übertragungsweg infizierten Menschen Frauen aus (UNAIDS 2004/a). Diese Tatsache muss vor allem wegen der Mutter-Kind-Übertragung in der Präventionsarbeit beachtet werden.

Unter den von HIV stark betroffenen Länder zeigen sich gravierende Unterschiede im Hinblick auf den Zeitpunkt des Ausbruchs der Epidemie. Damit zeichnet sich in der Region eine klare Dynamik der HIV-Verbreitung in Form von „Infektionswellen“ ab (vgl. Tabelle 2.). Bis Mitte der 90er Jahre, in der ersten Welle standen Polen und Rumänien infolge besonders hoher Inzidenzraten im Vordergrund. Rumänien bildet eine Ausnahme bezüglich des Übertragungswegs, weil das Land über eine große Population infizierter ehemaliger Waisenkinder verfügt, die hauptsächlich Mitte der 80er Jahren über HIV-infizierte Bluttransfusionen erkrankt sind⁷. Es ist aber zu vermuten, dass diese (bald erwachsene) Population weitere Menschen auf sexuellem oder intravenösem Weg infizieren wird. In Polen wurde am Anfang der 90er Jahre ein dramatischer HIV-Ausbruch unter i.-v. Drogenbenutzern registriert. Das billige „polnische“ oder „braune“ Heroin war weit verbreitet und relativ leicht zugänglich, während in anderen Ländern Osteuropas das Heroin wenig bekannt war (MONAR...2004). Der gemeinsame Nadel- und Spritzengebrauch beim Spritzen dieses weit verbreiteten Heroins führte zum HIV-Ausbruch. Sowohl Rumänien als auch Polen wurden vergleichsmäßig früh mit der Infektion konfrontiert und sie haben mittlerweile die Epidemie unter Kontrolle bekommen, denn seit 1995 stagniert die Neuerkrankungsrate (Simon 1996).

In der zweiten Welle, zwischen 1995-97 hat sich die Inzidenz in Russland, Moldawien und in der Ukraine verfünffacht und in diesem Zeitraum haben damit diese Länder 90% aller

⁷ In den 80ern wurden in Rumänien wegen der strengen Regelung der Abtreibung viele ungewollte Kinder geboren. Infolge dessen haben ca. 120 000 Kinder unter 16 Lebensjahren in Waisenhäusern gelebt. Viele Kinder aus den Waisenhäusern sind HIV zum Opfer gefallen, weil sie regelmäßig gegen verschiedene Beschwerden mit „Mikrotransfusionen“ behandelt wurden. Bis 1990 wurde ungetestetes Blut für die Mikrotransfusionen gebraucht und viele Kinder haben sich infiziert. (Simon 1996, S. 138)

In der Sowjetunion war der besonders tragische „Elista“-Fall bekannt geworden. In einer entlegenen Stadt wurde ein unerkannt HIV-infizierter Mann im Krankenhaus ärztlich behandelt. Durch den Wiedergebrauch einer unsterilen Nadel hat sich die Infektion zuerst unter den Patienten des Krankenhauses und später auch in anderen Krankenhäusern verbreitet. Innerhalb von 6 Monaten wurden 197 Kinder infiziert (Simon 1996 S. 138).

Inzidenzfälle Osteuropas ausgemacht (Dehne et al. 1999). Diese drei Länder gelten immer noch als Brennpunkte der Epidemie. Auch derzeit haben Russland und die Ukraine die größte HIV-infizierte Population in Europa (UANDS 2002). Die dritte Welle, ungefähr im Jahr 2000, bildeten Estland und Lettland, wo es zu einer explosionsartigen Verbreitung kam, die durch die geographische Nähe zu den eben genannten „Brennpunkten Europas“ und durch den jeweils hohen Anteil der russischen Minderheiten bedingt war (EuroHIV 2003, Hamers & Downs 2003).

NEUE HIV DIAGNOSEN PRO MILLIONEN				
	1996	1999	2001	2002
Erste Welle				
Polen	14,3	13,6	14,4	15,0
Rumänien	30,9	16,2	19,8	15,0
Zweite Welle				
Russland	10,3	136,4	594,4	351,5
Ukraine	105,4	116,5	139,9	180,0
Moldawien	11,0	36,0	53,4	48,9
Dritte Welle				
Estland	5,5	8,5	1067,3	660,7
Lettland	6,8	99,4	346,9	226,6

Nach EuroHIV 2003

TABELLE 2: DIE WELLEN DER HIV/AIDS EPIDEMIE IN OSTEUROPA

Charakteristiken der Länder mit niedriger HIV-Prävalenz

Zu der Gruppe der kaum betroffenen Länder gehören die Länder auf dem Balken (Albanien, Bosnien-Herzegowina, Bulgarien, Kroatien, Mazedonien und Serbien) und die meisten mittelosteuropäischen Länder (Tschechien, Slowakei, Slowenien und Ungarn). Die HIV-Prävalenz liegt in diesen Ländern unter 10/Million.

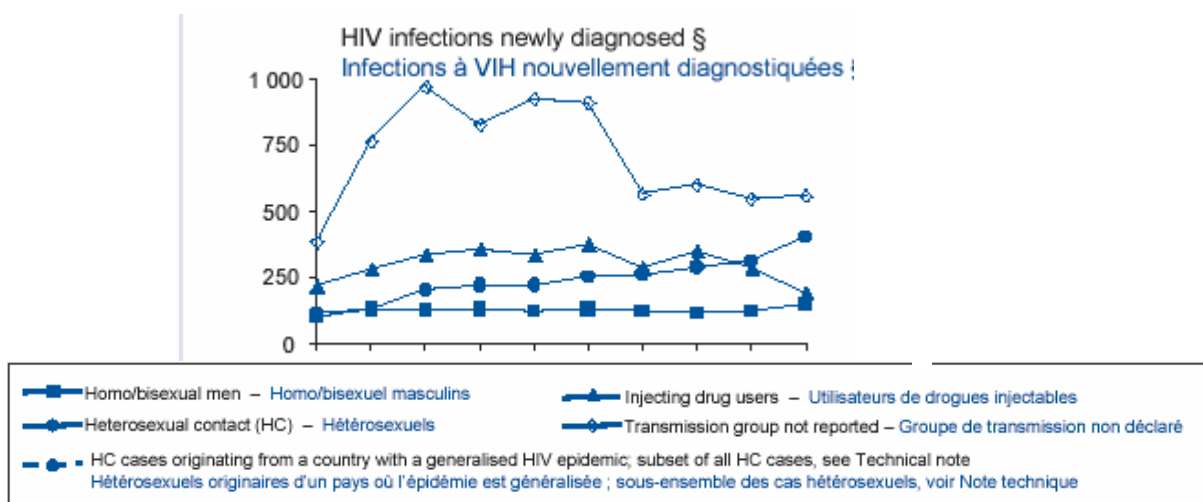
Obwohl unter diesen Ländern auch ein klare Unterscheidung in den Übertragungswegen zu beobachten ist, ist ihnen gemeinsam, dass der Anteil der i.-v. Drogenbenutzer unter den HIV-Infizierten ausgesprochen niedrig, meistens nur zwischen 1-10% ist (Dehne 1999). Das ist ein grundlegender Unterschied zu den von HIV stark betroffenen Ländern Osteuropas, wo der Anteil der i.-v. Drogenbenutzer unter den HIV-Infizierten (wie erwähnt) zwischen 60-90% beträgt.

In den mittelosteuropäischen Ländern erfolgt die häufigste Übertragung eindeutig durch homo- und bisexuellen Geschlechtsverkehr (40-60% aller Infizierungen). In Mittelosteuropa haben Befragungen in der Schwulenszene ergeben, dass 40-50% der Befragten in den letzten drei Monaten ungeschützten Geschlechtsverkehr hatten. Außerdem haben 20% gegen Geld mit jemandem geschlafen, also zumindest eine latente Prostitution ausgeübt. Ein alarmierendes Ergebnis der Untersuchung war, dass ein Drittel der Befragten verheiratet

oder bisexuell war und dadurch die Infektion auch auf heterosexuellem Weg weitergeben konnte (Csepe et al. 2002). In den Ländern des Balkans verursacht der heterosexuelle Geschlechtsverkehr die meisten Infizierungen (Dehne 1999).

Informationen über die genauen HIV-Verbreitungswege auf dem Balkan sind gering und lückenhaft, was der niedrigen Prävalenz und dem darauf folgenden mangelnden Interesse für das Thema geschuldet ist. Es gilt jedoch als gesichert, dass „die mobile Population“, d.h. Gastarbeiter, Lastwagenfahrer etc. sowie Prostitution und deren Freier – dem dominanten heterosexuellen Übertragungsweg entsprechend – eine wichtige Rolle in der HIV-Verbreitung spielen. Eine der wenigen Untersuchungen in Bulgarien ergab, dass vor allem aus Russland und aus der Ukraine stammende, aber in Bulgarien lebende Prostituierte überrepräsentativ hoch HIV-infiziert waren (Hamers & Downs 2003 S.1041).

Ein besonderes Charakteristikum der HIV-Epidemie in dieser von HIV wenig betroffenen Ländergruppe ist die fehlende Kenntnis davon, wie bei einem beachtlich großen Teil der Infizierten die Übertragung stattgefunden hat (vgl. Grafik 4). Hinter den „mysteriös“ Infizierten verbergen sich vermutlich weitere Homo- und Bisexuelle, die positiv getestet wurden, aber ihre sexuelle Einstellung wegen der in der Gesellschaft deutlich spürbaren Homophobie und Diskriminierung und wegen der Angst vor weiterer Marginalisation und Stigmatisierung („nicht nur homosexuell, sondern auch HIV-infiziert“) nicht angeben wollen (Hamer & Downs 2003).



Quelle: EuroHIV (2003, S. 42)

Grafik 4: Übertragungswege auf dem Balkan und in Mitteleuropa

Das Mysterium der Länder mit niedriger HIV-Prävalenz besteht nicht nur in den ungesicherten Zahlen der Übertragung, sondern auch in der Frage, wieso diese Länder von HIV „verschont“ geblieben sind. Die Frage ist nahe liegend, da die erklärungsbedürftig

gravierenden Unterschiede in der Prävalenz bisher kaum in den Studien untersucht wurden. Die Frage ist wohl letztlich, ob die Lage wegen des „offiziellen“ Umgangs mit HIV so günstig ist oder ob es sich um einen Zufall handelt.

Vor der Diskussion dieser Frage ist jedoch der unter Experten immer wieder aufkommende Verdacht zu erörtern, dass die Statistiken nicht stimmen (vgl. Kapitel 4.1.3.). Dieser Verdacht ist insofern begründet, als Anekdoten über die mangelnde Anonymität und Kostenfreiheit der HIV-Tests fast überall in der Region kursieren (Csernus 2004). Ein weiterer bemerkenswerter Hinweis auf falsche Statistiken ist die hohe Prävalenz von Syphilis, der einzigen meldepflichtigen sexuell übertragbaren Krankheit neben HIV. Laut Gyarmathy et al. (2002/b) hat sich die Syphilis-Prävalenz unter Jugendlichen in Ungarn zwischen 1989 und 1996 verdoppelt und in Tschechien vervierfacht. Diese hohe Syphilis-Rate ist ein klassisches Zeichen für Risikoverhalten und steht daher im starken Kontrast zu der niedrigen HIV-Prävalenz der erwähnten Länder. Ebenso ist es mit Hepatitis, die wegen der ähnlichen Transmissionswege (Sexualverkehr, Blut etc.) auch ein guter Indikator für HIV ist. Nach Novotny, Haazen & Adeyi (2003) sind 50% aller i.-v. Drogenbenutzer in Bulgarien und nach Gyarmathy et al. (2004) 30% in Ungarn Hepatitis C krank. Die Prävalenz dieser Krankheiten unterstreicht die besonders hohe Vulnerabilität in der Region, auch wenn sie sich in der HIV-Prävalenz nicht widerspiegelt. Auch andere wichtige Indikatoren wie die geopolitische Lage, die niedrige Kondombenutzung (vgl. Kapitel 4.2.) sowie die explosionsartige Verbreitung von Prostitution und Drogenkonsum würden z.B. für Ungarn und Tschechien – beide haben eine niedrige Prävalenz – eine höhere HIV-Prävalenz vermuten lassen.

Die mangelhaften Screeningmaßnahmen können jedoch die großen Unterschiede in der HIV-Prävalenz in den osteuropäischen Ländern allein kaum erklären. Man könnte behaupten, dass die Primärpräventionsmaßnahmen in den Ländern mit niedriger HIV-Prävalenz besonders erfolgreich waren. In Regierungskreisen der Länder mit niedriger HIV-Prävalenz wird ja auch gerne betont, dass die erfreuliche HIV-Prävalenz u.a. darauf zurückzuführen sei, dass das i.-v. Drogenbenutzermilieu sich durch ausreichende Aufklärung „unter Kontrolle“ befände. Nun wird in der Fachliteratur häufig darauf hingewiesen, dass Primärpräventionsmaßnahmen in der ganzen Region generell sehr wenig verbreitet sind. Man kann sogar feststellen, dass nach bisheriger Erfahrung (vgl. Kapitel 6. Fallstudien) Maßnahmen erst aufgrund von Notsituationen in von HIV stark betroffenen Ländern durchgeführt werden, nicht aber in Ländern mit niedriger HIV-Prävalenz. Außerdem konnte in den Interviews gezeigt werden, dass in keinem der untersuchten Länder die Regierung Präventionsmaßnahmen für gefährdete Gruppen organisiert und das HIV-Problem gerne unter den Teppich gekehrt wird.

Zusammenfassung der Übertragungsarten nach Regionen

Die Beschreibung der HIV-Epidemie verdeutlicht die patchworkartige Komplexität und die Fragmentierung der Übertragungsmuster in Osteuropa. . veranschaulicht zusammenfassend die wesentlichen epidemiologischen Charakteristika nach Subregionen.

REGION	PRÄVALENZ	WICHTIGSTER ÜBERTRAGUNGSWEG	ANMERKUNG
Gebiete der ehemaligen Sowjetunion	Sehr hohe Prävalenz und vor allem Inzidenz	i.-v. Drogenbenutzung, zunehmende heterosexuelle Übertragung	Verschiedene zeitliche Wellen beim Ausbruch der Epidemie
Mittelosteuropa	Sehr niedrige Prävalenz	Homo- und bisexuelle Übertragung	Ausnahmen - Polen: i.-v. Drogenkonsum - Rumänien: Mikroinfusionen an Waisenkinder in Mitte der 80er Jahre
Balkan	Sehr niedrige Prävalenz	Heterosexuelle Übertragung	Vermutlich auch homosexuelle Übertragung

TABELLE 3. EPIDEMIOLOGISCHE CHARAKTERISTIKEN DER HIV-VERBREITUNG NACH REGIONEN

4.1.3. Aussagekraft der Screeningergebnisse

Obwohl die sekundäre Prävention wie das Screening nicht Gegenstand dieser Arbeit ist, ist es an dieser Stelle doch wichtig, sich die Datenerhebungsmethoden genauer anzuschauen. Diese können nämlich einen wichtigen Einfluss auf die Beschreibung der epidemiologischen Tendenzen und damit auf die Zielsetzung der primärpräventiven Maßnahmen haben. Wie bereits in der Einführung erwähnt, sind die osteuropäischen Screeningumstände häufig auf Kritik gestoßen (u.a. Danziger 1996, Bornemann 2001, Hamer & Downs 2003).

Einerseits ist man skeptisch, ob in einigen osteuropäischen Ländern die Prävalenz tatsächlich so niedrig sei oder ob die Daten nicht doch eher verfälscht seien. Solche „Verzerrungspraktiken“ wie die glatte Verfälschung von Daten wurden im Gesundheitswesen der Sowjetzeit immer wieder bekannt. Aber auch andere Verfahren wie die Zwangsscreeningmaßnahmen⁸, die vor und auch kurz nach der Wende noch durchgeführt wurden, hatten ebenso verzerrte Daten zur Folge. Gerade die in der Gesellschaft untergetauchten, sich „versteckenden“ Risikogruppen kann man nicht durch Vorschriften zur Untersuchung zwingen (Gyarmathy 2004, Csernus 2004).

⁸ In der Sowjetunion, später in Russland wurden zum Beispiel eine Vielzahl von Bevölkerungsgruppen systematisch und in größerem Umfang in Rahmen von Zwangsscreening auf HIV getestet. Um ihre Dimensionen zu zeigen, wurden zwischen 1990 und 1993 in Russland 24 Mio.(!) Tests vorgenommen, wovon (nur) 338 positive Testresultate waren (Bornemann 2001 S.28).

Mittlerweile wurden Zwangsscreenings in den osteuropäischen Staaten grundsätzlich abgeschafft. Dabei hat der Druck der internationalen Gemeinschaft eine wesentliche Rolle gespielt. Auch die WHO hat z.B. in einem offiziellen Statement Zwangsscreenings klar abgelehnt: „Mandatory testing and other testing without informed consent has no place in an AIDS prevention and control programme.“ (WHO 1992, zit. nach Danziger 1996 S.1199).

Jedoch wird auch nach der Abschaffung des Zwangsscreenings als problematisch angesehen, dass die „sowjetische Mentalität“ durch die Zwangsscreenings und durch schlichte Ignorierung der Daten ihre Spuren auch in der gegenwärtigen Situation hinterlassen hat und zu einer Verzerrung der Daten führt. In der Fachliteratur nennt man „passives Screening“ die Strategie, wonach keine besonderen Maßnahmen ergriffen bzw. keine niedrighwelligen Angebote für die Förderung der Teilnahme von vor allem vulnerablen Populationen an Screenings unterbreitet werden (Csernus 2004). Es gilt das Motto: „Diejenigen werden in Krankenhäusern gescreent, die einfach selber kommen.“ (Novotny, Haazen & Adeyi 2003 S.15). Risikogruppen haben jedoch in der Regel Angst vor offiziellen Screeningstellen. Das Charakteristikum der passiven Screeningsstrategie ist, dass sie keine „inoffiziellen“ Screeningstellen schafft, wo diese Risikogruppen hingehen könnten, und damit kommen diese besonders gefährdeten Personen in der Statistik sicher nicht vor. Ein weiteres Problem ist, dass in vielen Ländern die Voraussetzungen für kostenlose und anonyme Screenings nicht gegeben sind (Danziger 1996, So wollen wir nicht sterben... 2004).

Das sind die Gründe dafür, warum in Fachartikeln immer wieder angesprochen wird, dass die Prävalenz in der Region wahrscheinlich generell unterdiagnostiziert und unterberichtet ist (Dehne 1999 S.746, Bornemann 2001 S.45, Hamers & Downs 2003 S.1036, UNAIDS 2004/a S.5). Bornemann (2001 S.45) beschreibt, dass in der Ukraine z.B. nur ca. 10% der i.-v. Drogenbenutzer offiziell erfasst und davon nur 50-80% auf HIV getestet sind, was bedeutet, dass die bisherigen HIV-Daten bei i.-v. Drogenbenutzern nur auf einer Stichprobe von ca. 5% beruhen (die wohl auch nicht repräsentativ ist). Auch in anderen osteuropäischen Ländern ist es zu beobachten, dass ein großer Teil der Hochrisikogruppen keinen Kontakt zu offiziellen Einrichtungen hat, die Screenings durchführen.

Die offiziellen Behörden zeigen häufig kein Interesse an der Erhebung der tatsächlichen Daten und meinen immer noch, Probleme verschwänden, wenn man sie ignoriert. Diese Kenntnisse weisen auf die fragwürdige Glaubwürdigkeit der veröffentlichten Daten hin und verdeutlichen eine dramatische und noch nicht erfasste Dimension der HIV-Verbreitung in Osteuropa.

4.2. GESELLSCHAFTLICHE RAHMENBEDINGUNGEN FÜR HIV-PRÄVENTION

Mit dem Mauerfall ist in Osteuropa – wie die epidemiologischen Daten belegen – zuletzt eine epidemiologisch wirksame Barriere gegen HIV gefallen. Die politischen, sozialen und wirtschaftlichen Veränderungen lösten spiralartig neue Entwicklungen aus und schafften andere gesellschaftliche Rahmenbedingungen, die einen besonders wichtigen Einfluss auf die HIV-Verbreitung haben (Herrn, Kohler & Rosenbrock 2002). In diesem Kapitel werden die wichtigsten Veränderungen und Charakteristiken als die Ausgangslage für die HIV-Prävention vorgestellt.

4.2.1. Makroökonomische und soziale Veränderungen

Die grundlegenden Veränderungen im Wirtschaftssystem nach 1990 brachten eine breite Öffnung der ökonomischen Schere zwischen den gesellschaftlichen Schichten mit sich (Chervyakov & Kon 1998). Die Zahl der in Armut lebenden Menschen nahm explosionsartig zu und stand im dramatischen Kontrast zum Reichtum einer schmalen privilegierten Schicht. Die vor der Wende „offiziell“ nicht existierende Arbeitslosigkeit wandelte sich in eine permanente existenzielle Unsicherheit und paarte sich mit erhöhtem Wettbewerb und Leistungsdruck. Beides haben viele sog. „Verlierer der Wende“ nicht verkraften können. Das Open Society Institut⁹ spricht von 18 Mio. Jugendlichen zwischen 15-24 in der Region, die weder Schulabschluss noch Arbeit haben (Wolfe & Malinowska-Sempruch 2004). Diese Zahlen sprechen für sich, denn Armut und Aussichtslosigkeit führen zum erhöhten Drogenkonsum, zur Verbreitung von Prostitution und tragen dadurch zur Ausbreitung der HIV-Epidemie bei.

Zu den absoluten Verlierern der wirtschaftlichen Veränderungen gehören die Minderheiten, die durch ihre Marginalisierung und kulturellen Barrieren eine größere soziale und existenzielle Unsicherheit erleben und deshalb einer höheren HIV-Vulnerabilität ausgesetzt sind. Hier ist vor allem die Roma Bevölkerung in ganz Osteuropa zu erwähnen, deren Anteil unter den Prostituierten und i.-v. Drogenbenutzern bedeutsam ist (Grund, Öfner & Verbraeck unveröffentlicht). Immigranten aus anderen Ländern sind ebenfalls einem überdurchschnittlichen Risiko ausgesetzt: Das Beispiel der von HIV besonders stark betroffenen russischsprachigen Minderheit in den Baltischen Staaten ist ein warnendes Signal für die erhöhte Vulnerabilität der Minderheiten (Novotny, Haazen & Adeyi 2003 S.27).

Die offenen Grenzen bedeuten durch die Sicherung der grundlegenden Menschenrechte der freien Bewegung auch eine erhöhte Vulnerabilität. Die geographische Lage von Osteuropa

⁹ Eine der größten NGOs in der Welt, die kurz nach der Wende eröffnet wurde. Sie wird von der Soros-Stiftung finanziert und ist in ganzem Osteuropa sowie in Zentralasien tätig. (www.soros.org)

schaft den Charakter einer Transitregion, der die schnelle HIV-Verbreitung durch Drogen- und Menschenschmuggel fördert. Es ist eindeutig zu beobachten, dass die schwersten HIV-Epidemien sich entlang der Drogenschmugglerwege aus Laos, Burma, Afghanistan etc. bilden. Die Wege führen durch die Länder Zentralasiens, die Ukraine, Russland, die Baltischen Staaten, wo sich in der Tat die größten HIV-Epidemien befinden (Wolfe & Malinowska-Sempruch 2004). Die leichte und günstige Erreichbarkeit der Drogen an den Drogenschmugglerwegen trägt logischerweise zum erhöhten Drogenkonsum bei. Nach den Schätzungen der UNAIDS (2004/a) benutzen in Estland 1% und in Russland 2% der erwachsenen Bevölkerung intravenös Drogen. Die meist restriktive und unerfahrene Drogenpolitik der osteuropäischen Länder, welche die Einführung von Schadensminderungsprogrammen verhindert, bedeutet keine günstige Voraussetzung für die Minimierung des i.-v. Drogenkonsums oder für die Vermeidung gemeinsamer Nadelbenutzung.

Die zunehmende Prostitution in Osteuropa hält sich auch nicht innerhalb der Landesgrenzen. Prostituierte arbeiten gelegentlich freiwillig kürzer oder länger im Ausland. Über diese freiwillige Arbeit hinaus ist der Menschenschmuggel, der vor allem durch die Ausbeutung von Frauen als Sexarbeiterinnen floriert, ein wichtiger Faktor der HIV-Verbreitung. Alleine im Jahr 1997 sind mindestens 175 000 osteuropäische Frauen und Mädchen Opfer dieses Verbrechens geworden (Novotny, Haazen & Adeyi 2003). Diese Frauen haben in ihrer Ausbeutungssituation keine Aussichten auf ihren Gesundheitsschutz, was sexuelle Krankheiten und HIV betrifft. Leskovsek (2004) verweist darauf, dass 15% aller geschmuggelten ukrainischen Sexarbeiterinnen an HIV erkrankt sind und 74% aller albanischen Frauen irgendeine sexuell übertragbare Krankheit haben.

Eine weitere Folge der offenen Grenzen verdeutlicht sich in der wachsenden Tourismus-Branche. Die Schwarzmeer-Küste ist wegen ihrer Schönheit und der günstigen Reisemöglichkeiten ein beliebter Urlaubsort geworden. Bei einigen HIV-Infizierten in Osteuropa ließ sich eine Verbindung zwischen der Infektion und dem Urlaub herstellen. (Dehne 1999)

In der mobilen Arbeiterpopulation, wie Lastwagenfahrer, Gastarbeiter etc. verbirgt sich ebenfalls eine erhöhte Gefahr der weitreichenden Übertragung von HIV. Eine Studie der Weltbank (Kulis et al. 2004) untersuchte die Rolle der Lastwagenfahrer bei der HIV-Verbreitung in den Baltischen Staaten. Die Schlussfolgerung der Studie war, dass trotz des Fehlens genauer Daten über die HIV-Prävalenz der Lastwagenfahrerpopulation, ihr ungeschütztes und ausgesprochen aktives Sexualleben mit Prostituierten (ca. 80% der Fahrer) einen hohen Grad an Vulnerabilität mit sich bringt. In Anbetracht der Tatsache, dass

die Hälfte ihrer Transportwege Richtung Westeuropa führt, die andere Hälfte nach Osteuropa, ist diese Population für primärpräventive Maßnahmen von großer Bedeutung.

Sämtliche dieser beschriebenen speziellen Populationen und Phänomene sind erst durch die Wende verstärkt worden bzw. sind überhaupt erst dadurch aufgetreten. Es fehlen immer noch die Präventionsprogramme, mit denen spezifisch bei diesen Zielgruppen gegen HIV präventiv vorgegangen werden könnte. Die komplexe Problematik von Armut und größerer Mobilität sowie die Vernetzung der Populationen (Prostitution, Lastwagenfahrer etc.) erfordern eine schnelle Antwort und gezielte Präventionsmaßnahmen.

4.2.2. Gesundheitswesen und -systeme

Die extrem offene Schere zwischen den gesellschaftlichen Schichten in Osteuropa schafft einen ungleichen Zugang zur gesundheitlichen Versorgung, sei es zu Beratungsstellen oder sei es zu medizinischer Versorgung (Chervyakov & Kon 1998). Nach der Wende versäumten die meisten osteuropäischen Länder die Reformierung ihres stark unterfinanzierten¹⁰ und ineffizienten Gesundheitswesens. Aus diesem Grund haben private gesundheitliche Einrichtungen, parallel zu den staatlichen, ohne klare gesetzliche Regelungen immer mehr Fuß gefasst. Diese sind allerdings nur für höhere gesellschaftliche Schichten bezahlbar. Diese Tendenz verstärkt einerseits die ohnehin ausgeprägte soziale Ungleichheit und untermauert andererseits den gravierenden Unterschied des Gesundheitszustands zwischen Ost- und Westeuropäern. Dieser zeigt sich an mehreren Gesundheitsindikatoren, im Vergleich zu Westeuropa, wie z.B. die niedrigere Lebenserwartung und höhere Mortalität aufgrund vieler Krankheiten (vor allem von koronaren Herzkrankheiten und von Unfällen) (OECD Health Data 2004). Bobak et al. (2000) gehen davon aus, dass ein schlechter bzw. ein subjektiv als schlecht erlebter Gesundheitszustand mit einer geringeren Aufmerksamkeit für die eigene Gesundheit und mit einem Risikoverhalten einhergeht, was ein beachtliches Hindernis für die HIV-Prävention bedeutet.

Die versäumte Reformierung der Gesundheitssysteme hat noch weitere bedeutende Folgen für die HIV-Prävention. Die stark hierarchisierten und aus der Sowjetzeit geerbten Strukturen im Gesundheitswesen gewährleisten nicht genügend Flexibilität für die Lösung sozial komplexer Probleme wie HIV/AIDS. Novotny, Haazen & Adeyi (2003) heben die fehlende Sensibilität und die mangelnden sozialen Kompetenzen der Mitarbeiter gesundheitlicher

¹⁰ Aufgrund der Daten der OECD aus dem Jahr 2004 ist der Anteil des Bruttoinlandsprodukts, der für das Gesundheitswesen ausgegeben wird, in Osteuropa in der Regel weniger als in Großbritannien, obwohl dieses Land in Westeuropa als das „unterfinanzierte“ Gesundheitssystem gilt. In Großbritannien werden 7,6% des Brutto-Inlandsproduktes für das Gesundheitswesen ausgegeben, während diese Prozentzahl im Falle von Tschechien 7,3, von Ungarn 6,8% und von Slowakien 5,7% beträgt. Leider waren Daten von anderen osteuropäischen Ländern in der OECD-Datenbank nicht verfügbar. (OECD Health Data 2004)

Einrichtungen, die u.a. das Screening durchführen, hervor. Dies äußert sich etwa in unzureichender Beratung und in wenig sozialem Rückhalt bzw. Verständnis für die augenblicklichen Risiken der Übertragung. Ein Beispiel für die mangelhafte Versorgung bringen die Autoren aus Bulgarien: Obwohl ein klarer Bedarf an nicht staatlichen bzw. nicht autoritären Beratungs- und Behandlungszentren für Drogensüchtige besteht, welche z.B. Substituierung durchführen können, erlaubt die Gesetzgebung die Verschreibung von Methadon nur durch spezielle toxikologische Einrichtungen.

4.2.3. Charakteristika der sowjetischen und postsowjetischen Präventionsstrategien

Grundlegend bestimmt noch heute das Erbe der sowjetischen Präventionsstrategien die Primärprävention in Osteuropa, die auf der Anwendung der sekundären, kontrollierenden Präventionsstrategien basierte¹¹. Die Verankerung dieser Politik lässt sich in der „zur Routine gewordenen“ hohen Testbereitschaft z.B. in den Gebieten der ehemaligen DDR beobachten, wo die Kondombenutzungsrate niedrig, aber die Zahl der durchgeführten HIV-Tests hoch ist. Mann & Tarantola (1996) heben auch hervor, dass die Anzahl der durchgeführten HIV-Screenings pro 1000 Personen in Osteuropa die höchste auf der Welt ist¹².

Leider war und ist die Bereitschaft der Regierung zur Durchführung von modernen primärpräventiven Maßnahmen wenig ausgeprägt. Nur in geringerem Umfang gibt es Beispiele aus der Sowjetzeit für primärpräventive Kampagnen, die hauptsächlich mit Angstappellen auf die Menschen zu wirken versuchten. Die zentrale Botschaft war dabei



Grafik 5. Quelle: Williams (1995, S.104), **Negatives Image von Prostituierten als Risikogruppe in Russland. Das Motto sagt: „Und Du, hast Du schon an den AIDS-Test gedacht?“**

¹¹ Die Tradition der Massenscreenings wurde bereits im Kapitel 4.1.3. erläutert.

¹² Während in Westeuropa 115,9 Tests pro 1000 Menschen in der Bevölkerung zwischen dem 15 und 49 Lebensjahr durchgeführt wurden, stellten die 214,5 Tests in Osteuropa im Jahr 1993 einen Rekord auf (Mann & Tarantola 1996 S.323).

„Vertrauen ist der beste Schutz“ (Herrn, Kohler & Rosenbrock 2002 S.95). Durch dieses Motto haben sich die Entscheidungsträger die Mühe der sexuellen Aufklärung erspart (vgl. Grafik 5).

Kampagnen sind leider auch in der postsowjetischen Zeit eher nur sporadisch vorhanden. Am Anfang der 90er Jahre haben Slowenien und Bulgarien bevölkerungsweite Kampagnen gestartet, später folgten einige andere osteuropäische Staaten (Weilandt et al. 2001 S.29).¹³ Ihre Dimension war in der Regel jedoch klein und ihre Frequenz niedrig. Ein weiteres Problem stellt dar, dass gerade die besonders vulnerablen Länder wenig Engagement für Einsatz von Kampagnen aufwiesen (z.B. Ukraine, Russland etc.¹⁴) und Länder mit niedriger HIV-Prävalenz in der letzten Zeit ihre Kampagnen mangels „Gefährdungslage“ einstellten (Slowenien, Bulgarien etc.). So muss man feststellen, dass es gegenwärtig in Osteuropa nur wenig HIV-Kampagnen (mit Ausnahme von Polen) gibt.

In der Präventionsarbeit fehlen aber auch ausreichende interpersonelle Interventionen. Laut der Schätzungen von UNAIDS (2004/b) werden nur 10% der Prostituierten, 8% der i.-v. Drogenbenutzer und 4% der homo- und bisexuellen Männer durch ein Präventionsprogramm erreicht. Diese Zahlen sind natürlich nur grobe Schätzungen und beziehen sich auf ganz Osteuropa, ohne die länderspezifischen Unterschiede in Betracht zu ziehen, aber trotzdem lenken sie die Aufmerksamkeit auf die dramatische Dimension der Lage. Die Untätigkeit wird meist mit mangelnden finanziellen Mitteln begründet, aber tatsächlich ist häufig die Unvereinbarkeit der moralischen, politischen und kirchlichen Interessen verantwortlich dafür (Weilandt et al. 2001 S.30); mit den Worten von Rosenbrock (2002) fehlen Konsistenz und Integration (vgl. Kapitel 3.3.).

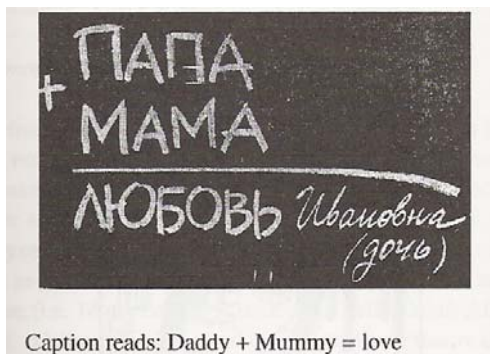
Neben den zu geringen Präventionsaktivitäten ist ein weiteres Hindernis, dass die Gesellschaft bisher wenig Erfahrung mit der HIV/AIDS-Epidemie gesammelt hat (Herrn, Kohler & Rosenbrock 2002). Der fehlende persönliche Bezug mindert das subjektive Vulnerabilitätsgefühl und infolgedessen die den Safer-Sex-Praktiken beigemessene Bedeutung. Eine Untersuchung von Goodwin et al. (2003) in fünf osteuropäischen Ländern, worunter sogar Länder mit extrem hoher HIV-Prävalenz wie Russland und Estland waren, ergab, dass 89% der Befragten keinen HIV-Infizierten kannten.

¹³ In den Länderberichten werden das Sponsoring von Rockkonzerten, die gelegentliche Kondomverteilung, die Teilnahme an Erotika-Messen, das Austeilen von Informationsmaterialien am Valentinstag, anonyme telefonische Beratungsstellen für Homosexuelle und sporadisch einige allgemeine massenmediale und bevölkerungsweite Kampagnen als Kampagnen aufgezählt. Eine unvollständige Zusammenfassung der HIV-Kampagnen in Osteuropa zwischen 1995 und 1999 fertigte Weilandt et al. (2001, S. 103-5) an.

¹⁴ Die mangelnde Bereitschaft der ukrainischen Regierung zur Gestaltung einer adäquaten Primärpräventionsstrategie zeigt charakteristisch, dass in Odessa an der vorderen Wand des AIDS-Zentrum mit großen roten Buchstaben zwei Wörter stehen: „Ehe und Familie“ (So wollen wir nicht sterben... 2004).

4.2.4. Veränderung in der sexuellen Norm

Eine der wichtigsten und radikalsten Veränderungen ist die sexuelle Freizügigkeit der osteuropäischen Gesellschaften im Hinblick auf die HIV-Epidemie. Obwohl der voreheliche Geschlechtsverkehr in vielen osteuropäischen Ländern auch vor der Wende als verbreitet galt, war Sexualität in der Öffentlichkeit nicht thematisiert. Williams (1995 S.87) bezeichnet mit dem Ausdruck „offizieller Puritanismus“ die sexuelle Ideologie der kommunistischen Ära, die sich dadurch kennzeichnete, dass Sexualität grundsätzlich tabuisiert bzw. ignoriert wurde und auf die Schlafzimmer beschränkt blieb. Das zeigt sich in der vereinfachten und kindlichen Darstellung der notwendigsten sexuellen Themen (vgl. Grafik 6.), in den fehlenden Statistiken und wissenschaftlichen Untersuchungen über die sexuellen Aktivitäten der Bevölkerung sowie in der Vermeidung der sexuellen Aufklärung in den Schulen.



Grafik 6. Quelle: Williams (1995, S.107), Material zur sexuellen Aufklärung in Russland aus dem Jahr 1990. Die Aufschrift heißt: „Papa + Mama = Liebe“

Nach der Wende veränderte sich diese Moral grundlegend. Zur Liberalisierung und Thematisierung von Sexualität trugen die Medien gewaltig durch Talkshows, Reality-TVs, Musikvideos und Sexsender, aber auch durch Zeitschriften bei (Chervyakov & Kon 1998). Über verschiedene sexuelle Präferenzen und Gewohnheiten wurde die Bevölkerung sensibilisiert, wobei Homosexualität, auch wenn sie mehr Aufmerksamkeit bekommen hat, weiterhin wenig Akzeptanz in den meisten Ländern findet (Csepe 2002).

Zur Veränderung der sexuellen Norm gehört, dass Jugendliche immer früher den ersten Geschlechtsverkehr haben. Dies steht in Einklang mit westeuropäischen Tendenzen. Allerdings fehlt bei den osteuropäischen Jugendlichen die Tradition an Safer-Sex-Praktiken, weil sie darüber weder in der Familie noch in der Schule aufgeklärt werden (Gyarmathy 2002/a). UNAIDS (2004/b) warnt auch vor dem dramatischen Ausmaß an Unwissenheit über HIV-Verbreitungsarten. Sie verweist auf die Ergebnisse einer der jüngsten Studien, dass 80% der Frauen in Moldawien und in der Ukraine keine Ahnung hätten, wie sie sich vor HIV schützen könnten. Ähnliche warnende Ergebnisse wurden in den baltischen Staaten veröffentlicht: In Lettland dachten ein Drittel der befragten Schüler, dass man sich in der

Schwimmhalle mit HIV infizieren kann; 20% der Schüler in einer Umfrage in Estland haben noch nie etwas von HIV gehört (Weilandt et al. 2001 S.133-4).

Die soziale Akzeptanz der Kondombenutzung scheint niedrig zu sein. Kondome werden – wenn überhaupt – zum Zweck der Schwangerschaftsverhütung benutzt, aber dies lässt sich durch die Anwendung der Pille ersetzen, denn sie ist praktischer. Die Gefahr der Geschlechtskrankheiten durch Sex wird ignoriert (Novotny, Haazen & Adeyi 2003 S.15). In Osteuropa ermittelten verschiedene Datenerhebungen eine Kondombenutzerrate von ca. 40% (Gyarmathy 2002/b, UNAIDS 2004/a), aber Experten rechnen sogar mit einer niedrigeren Prozentzahl (ca. 10%) (Peter Makara, persönliche Mitteilung, 4.11.2004). Zur geringen Kondombenutzung kommt noch die wachsende Zahl der sexuellen Partner bei Jugendlichen und Erwachsenen hinzu (Gyarmathy 2002/b). Das sexuelle Risikoverhalten (niedrige Kondombenutzungsrate und häufig wechselnde Partner) hat in allen Ländern Osteuropas zugenommen und führt zur erhöhten Prävalenz der sexuell übertragbaren Krankheiten (z.B. Syphilis) (Gyarmathy 2002/b). Goodwin et al. (2002) weisen darauf hin, dass das sexuelle Risikoverhalten eine Bewältigungsstrategie als Reaktion auf die stress-beladene Umgebung ist. Deshalb hängt die Prävalenz bestimmter Risikoverhaltensmuster von ökonomischen und sozialen Faktoren ab.

Subregionale Unterschiede in Osteuropa zeigen sich auch in der Veränderung der sexuellen Norm, die bei der Interpretation der verschiedenen HIV-Prävalenzen in der Region wichtig ist. Die bereits erwähnte Autorengruppe Goodwin et al. (2002) fand aufgrund einer Befragung von 503 Menschen in fünf Ländern (Estland, Georgien, Polen, Russland und Ungarn) eine überdurchschnittliche Unsafe Sex-Aktivität unter Russen. Überraschender Weise hat der soziale Status dieses Ergebnis nicht beeinflusst, denn 20% der Ärzte, die als gut ausgebildet und mit Krankheiten erfahren gelten, berichteten über einen ungeschützten Geschlechtsverkehr mit gelegentlicher Partnerin pro Woche. Einen starken Kontrast stellten dahingegen die polnischen Interviewpartner mit einer besonders niedriger Anzahl von Sexpartnern dar, was sicherlich mit der familienorientierten und religiösen Kultur des Landes zusammenhängt. Diese Unterschiede in der sexuellen Norm beeinflussen maßgeblich die Vulnerabilität bzw. die HIV-Prävalenz eines Landes.

Die Geschlechterverhältnisse und vereinbarten Geschlechterrollen („gender and sexual negotiation“) gehören im weiteren Sinne auch zur Veränderung der sexuellen Norm. In der kommunistischen Ära wurde das Image der gleichberechtigten und arbeitenden Frau gepflegt. Nach dem Mauerfall hat sich dieser kommunistisch geprägte Feminismus als zerbrechlich und problematisch erwiesen. Es wurde ersichtlich, dass im Gegensatz zur vom

kommunistischen Staatsapparat propagierten Gleichberechtigung gerade im privaten Bereich durchaus die traditionelle Rollenverteilung zwischen Männer und Frauen bewahrt wurde. Die traditionellen Geschlechterstereotypen bedeuten einen wesentlichen Faktor für die eingeschränkte Kompetenz und Kraft der Frau bei den Vereinbarungen in sexuellen Fragen (wie Kondombenutzung des männlichen Partners) (Goodwin 2003 S.1381).

4.2.5. Schadensminderungsprogramme

Durch die Verbreitung der Drogenbenutzung in Osteuropa nach der ökonomischen und politischen Wende wurde die Unterstützung der Schadensminderungsprogramme für i.-v. Drogenbenutzer (harm reduction programs) vital aus der Sicht der HIV-Prävention (The World Health Report 2003 S.52). Schadensminderungsprogramme stammen ursprünglich aus den Niederlanden und sind mittlerweile in allen westeuropäischen Ländern und in den USA eingeführt worden. Obwohl die Programme keine fachlichen Bedenken erregen, werden häufig moralisierende Einwände erhoben. Aus diesem Grund versuchen immer noch viele Regierungen auf der Welt, darunter auch in Osteuropa, wo Drogenbenutzung vor 1989 kaum verbreitet war, die Einführung solcher Programme zu verschieben oder sie einzuschränken (Weilandt et al. 2001 S.30).

Im Kontrast zur häufigen Missinterpretation dieses Ansatzes setzt er sich nicht für die Legalisierung von Drogen ein, sondern verfolgt das Ziel, die durch Drogenbenutzung zugefügten individuellen und gesellschaftlichen Schäden zu reduzieren (Hofmann 2002 S.39). Die Vertreter des Ansatzes kämpfen gegen die Utopie der drogenfreie Welt („zero tolerance“) und wollen bloß die gesundheitlichen Beeinträchtigungen der Drogenbenutzung reduzieren. Die wissenschaftliche Legitimität dieses Ansatzes wird durch Befunde untermauert. Es wurde gezeigt, dass die gesundheitlichen Beeinträchtigungen der Drogenbenutzer hauptsächlich nicht durch den Drogenkonsum selbst entstehen, sondern durch das damit einhergehende Risikoverhalten (z.B. Obdachlosigkeit und die unhygienischen Umstände des Drogenkonsums etc.) (Demetrovics 2003 S.1). Die Vorbeugung gegen solche Schäden gewährleisten die Schadensminderungsprogramme wie Nadel- und Spritzenaustausch, Fixerstuben, Substituierung, Aufklärung, Beratung von Peers und Streetwork. Untersuchungen belegen, dass die Programme nicht zum erhöhten Drogenkonsum beitragen. Im Gegenteil konnte nachgewiesen werden, dass sie zur Reduzierung der i.-v. Drogenbenutzung führten und das Risikoverhalten sowie die HIV-Infizierung unter den Programmteilnehmern signifikant niedriger war (Demetrovics 2003, Filipowicz 2004).

4.2.6. Soziale Repräsentationen über HIV und Diskriminierung

Goodwin et al. (2003) haben in der eben zitierten qualitativen Untersuchung einen originellen und komplexen Versuch unternommen, um die Auswirkung der sozial-politischen Veränderungen auf die Wahrnehmung von AIDS in der Bevölkerung einiger osteuropäischen Länder¹⁵ zu erfassen. Um die sozialen und kulturellen Faktoren zu begreifen, hat sich die Autorengruppe der Theorie der sozialen Repräsentationen von Moscovici bedient. Soziale Repräsentation ist ein strukturiertes und kognitives „Abbild“ bzw. eine Sammlung von verschiedenen Theorien und vom Alltagswissen im Hinblick auf sozial relevante Phänomene, die eine soziale Gruppe mit den eigenen Mitgliedern teilt. Die soziale Funktion der Repräsentationen ist wesentlich für die Gestaltung und Beurteilung von Aktivitäten, Förderung der Kommunikation unter den Gruppenmitgliedern und für die Aufrechterhaltung der sozialen Identität des Individuums (Hewstone et al. 1995).

Die Untersuchungsmethode von Goodwin et al. (2003) bestand aus einer freien Assoziationsfrage zu HIV/AIDS und aus einem Interview mit Fragen über die Herkunft und Verbreitung von HIV, über die Risikogruppen sowie über die Rolle der Regierung. Die freien Assoziationen zeigten – wenig überraschend – eine Reihe sehr pessimistischer Assoziationen. Ein gewisser Konsens war in der sozialen Repräsentation der gesamten Stichprobe über HIV zu beobachten, denn die am häufigsten gebrauchten Wörter waren Krankheit und Tod. Dies wurde mit dem Wort „Hilflosigkeit“ in Russland und in Estland gepaart. Mit HIV wurde „Homosexualität“ häufig von Ungarn und Esten, „Prostitution“ von Polen assoziiert.

Bei den Interviews stellte sich heraus, dass fast alle Interviewten in HIV ein ernstes und globales Problem sehen, das hauptsächlich soziale Randgruppen betrifft und von dem sie sich aber relativ wenig bedroht fühlen. Die Einschätzung von HIV als externes und sogar übertriebenes Problem in Osteuropa ist ein wichtiger Befund. Die Vermischung der Gefühle „Unversehrtheit und Optimismus“ mit „Hilflosigkeit“ (s. Assoziationen) ist ein klassisches Charakteristikum der über HIV nicht aufgeklärten Bevölkerung. Für die vollkommen realitätsferne und unaufgeklärte Wahrnehmung des Problems gibt Russland ein treffendes Beispiel. Obwohl das Land eine besonders hohe HIV-Prävalenz hat, gaben gerade hier die meisten Befragten an, dass die Krankheit mit ihnen nichts zu tun habe. Goodwin et al. (2003) bezeichnet dieses Phänomen als Risikogesellschaftsmerkmal.

¹⁵ Die ausgewählten fünf Länder, Estland, Georgien, Polen, Russland und Ungarn unterscheiden sich stark in der HIV-Prävalenz, in den vorhandenen politischen Strukturen, im wirtschaftlichen Wachstum und im Einfluss der Kirche. Die Autoren haben 511 Interviews, gleich verteilt auf die fünf Länder, mit zwei Berufsgruppen, Kaufleute und Mitarbeiter im Gesundheitswesen (Ärzte und Pflegekraft) geführt. Die Wahl traf auf diese zwei Populationen, weil ihre Mitglieder in verschiedenen sozialen und wirtschaftlichen Verhältnissen leben.

Als Herkunft von HIV wurde meist, im Einklang mit internationalen Studien, Afrika genannt. Ein Fünftel der Interviewten aus Russland bezeichneten allerdings den „Westen“ als Herkunftsort für HIV und in den Ländern der ehemaligen Sowjetunion (Estland, Georgien und Russland) haben mehr als 10% der Interviewten Verschwörungstheorien (HIV als biologische Waffe etc.) erwähnt. Dieser Befund zeigt, dass HIV/AIDS in der sozialen Repräsentation häufig als Symptom des generellen Verlusts an moralischen Standards gesehen wird (Rosenbrock 2000). Die Verschwörungstheorien bringen die irrationalen Ängste und falsche Vorstellungen infolge fehlenden Wissens über HIV zum Ausdruck.

Unter Risikogruppen wurden meist die Homosexuellen erwähnt, in Estland durch i.-v. Drogenbenutzer ergänzt. In Polen und teilweise auch in Georgien kamen konservative und religiös geprägte, etwas konfuse soziale Repräsentationen zum Vorschein, in denen die promiskuen und Kondom benutzenden Jugendlichen negativ und gleichzeitig als Hauptgefährdete für HIV angesehen wurden.

Die Rolle der jeweiligen Regierung wurde sehr widersprüchlich eingeschätzt und erwies sich als nicht kategorisierbar.

Diese Ergebnisse bringen wesentliche Implikationen für die primären Präventionsstrategien in Osteuropa mit sich. Zuerst verweist die Studie auf den elementaren Bedarf an Kampagnen, die die Sensibilisierung der Bevölkerung gegenüber HIV, sexuell übertragbaren Krankheiten und Drogen sowie eine Wissensvermittlung über HIV, Risikogruppen und Verhütungswege bezwecken. Es kann nicht genug betont werden, dass ein massives Defizit an gezielten Interventionen für Risikogruppen in Osteuropa besteht. Zweitens ist die Bekämpfung der weit verbreiteten HIV-bezogenen Diskriminierung durch Kampagnen von großer Bedeutung, denn sie können wesentliche Hindernisse einer Primärprävention werden. Vor dem hohen Maß an Stigmatisierung und Diskriminierung in Osteuropa haben Experten an vielen Stellen schon gewarnt (Weilandt et al. 2001, The World Health Report 2003 S.47). Auch Goodwin et al. (2003) weisen auf die Gefahr der vorherrschenden moralisierenden und Schuld zuweisenden Einstellungen über HIV in den sozialen Repräsentationen hin. Für die stark vertretene Diskriminierung in der Region sind sicherlich mehrere Faktoren verantwortlich. Einerseits brechen viele, in der kommunistischen Ära tabuisierte Gefühle – bestärkt durch existentielle Unsicherheiten – an die Oberfläche, denn z.B. über Antisemitismus, Homosexualität oder Prostitution wurde vor der Wende nirgendwo in der Region öffentlich und ehrlich debattiert (Weilandt et al. 2001 S.45). Andererseits wird die bis zur Wende abgeschottet lebende Bevölkerung mit neuen Phänomenen (z.B. Migration) konfrontiert, die Angst und dadurch Diskriminierung auslösen.

Schließlich sollen die länderspezifischen Charakteristiken (wie Religiosität etc.) – auch wenn hier bei der Zusammenfassung der Ergebnisse von Goodwin et al. (2003) darauf nicht detailliert eingegangen wurde – in der Prävention deutlich zum Ausdruck kommen, denn maßgebliche Unterschiede hierzu wurden in den sozialen Repräsentationen gezeigt.

5. METHODIK UND BESCHREIBUNG DER STICHPROBE

5.1. QUALITATIVES VERFAHREN MIT EXPERTENINTERVIEWS

Die Forschungsfragen¹⁶ setzten sich die Analyse der Primärpräventionsstrategien der drei Länder im sozialen, kulturellen und politischen Zusammenhang zum Ziel. Dies implizierte die Anwendung qualitativer Forschungsmethoden. Zur Beantwortung der Forschungsfragen sollten die vielschichtigen subjektiven Perspektiven und der komplexe Wissensbestand der Beteiligten in der HIV-Primärprävention erfasst werden. Aus diesem Grund wurden leitfadengestützte Experteninterviews in Rahmen der Arbeit durchgeführt. Der Leitfaden (s. Anhang) wurde nach thematischen Bereichen konzipiert, dessen wichtigste Stichpunkte anhand vorformulierter Fragen festgelegt wurden, um eine gewisse Vergleichsbasis gewährleisten zu können:

- Epidemiologischer Hintergrund von HIV im Land, Dunkelziffer und besonders betroffene Populationen
- Beurteilung der nationalen Strategie
 - Zuständigkeiten, Verteilung der Verantwortung und Konflikte zwischen den Akteuren
 - Integration von HIV in die Gesamtpräventionsarbeit bezüglich anderer Krankheiten
 - Budgetierung
- Interventionen und Kampagnen in der Primärprävention (mit konkreten Beispielen)
 - Präventionsziele, Schwerpunkte und Zielgruppen
 - Kommunikationselemente (z.B. Medienkanäle, Sprachgebrauch)
 - Größte Probleme und Mängel
- Evaluation der Maßnahmen

5.2. KOMPLEXE ANWENDUNG DER QUALITATIVEN METHODEN

Zum Thema HIV-Primärprävention in Osteuropa stehen nur relativ wenige wissenschaftliche Beiträge zur Verfügung. Deshalb wurde neben der Verarbeitung wissenschaftlicher Artikel (Sekundärliteratur) großer Wert auf die Primärliteratur gelegt. Das Material der Primärliteratur bestehen aus Dokumenten, wie Strategie-, Programmbeschreibungen und Regierungsbeschlüssen im jeweiligen Land sowie aus Verträgen mit Organisationen (z.B. zwischen dem

¹⁶ Wie in der Einleitung (S. 7) dargestellt, wirft die Arbeit zwei Forschungsfragen auf:

- Was kennzeichnet die Präventionsstrategien dieser drei Länder? Welche Ähnlichkeiten und Unterschiede gibt es?
- Kann man aus dem Drei-Ländervergleich gewonnene Erfahrungen Konsequenzen für osteuropäische Länder ziehen? Wenn ja, welche sind es und wie könnten die Länder davon profitieren?

Staat Estland und The Global Fund). Die verwendete Primärliteratur war entweder im Internet verfügbar oder wurde von Interviewpartnern sowie anderen Regierungs- und Nichtregierungsstellen zugeschickt.

Die komplexe Anwendung der drei Methoden (Primär- und Sekundärliteraturanalyse sowie Experteninterviews) ist relativ verbreitet in der qualitativen Forschung, vor allem bei wenig erforschten, widersprüchlichen und analytisch-vergleichenden Themen. Die drei Methoden ergänzen einander optimal, denn die verschiedenen Quellen bieten unterschiedliche Informationen an und sie neutralisieren ihre potentiellen Nachteile (Kronemann & van der Zee 1997).

Die Literaturanalyse war besonders vor dem Hintergrund wichtig, dass der Zugang zum Forschungsfeld – wie es bei Experteninterviews recht typisch ist – nicht einfach war. Zum einen erwies es sich häufig als schwierig, Kontakt zu den Experten (Emailadresse, Telefonnummer) herzustellen. Zum anderen verfügten die Interviewten meist nur über knappe Zeitressourcen. Erschwerend trat hinzu, dass ich mich immer nur für eine beschränkte Zeit im Land aufhielt. Deshalb gestaltete sich die Terminvereinbarung für diesen kurzen Zeitraum gelegentlich schwierig. Darüber hinaus bedeutete die sprachliche Barriere ein deutliches Hindernis, denn entweder hatte ich das Glück, auf Englisch/Deutsch sprechende Interviewpartner zu stoßen, oder ich war auf die Hilfsbereitschaft meiner Bekannten oder Englisch sprechender Mitarbeitern angewiesen. In Ungarn wurden die Interviews mehrheitlich auf Ungarisch geführt. Letztlich verlief die Verständigung aus sprachlicher Sicht problemlos, weil die Interviewten bzw. die Dolmetscher über gute Sprachkenntnisse verfügten.

Die Interviewpartner, die ich vor der Studienfahrt kontaktierte, haben mir vor Ort noch weitere Zielpersonen empfohlen und ihre Kontaktdaten angegeben. So wurden noch zusätzliche Interviews im jeweiligen Land organisiert, die noch weitere Aspekte der HIV-Prävention beleuchteten.

5.3. AUSWERTUNG DER DATEN

Die aus der Primärliteratur gewonnenen Informationen hatten bei der Auswertung der Daten eine entscheidende Aussagekraft, da es sich in erster Linie um offizielle, authentische Dokumente wie z.B. Verträge und Strategien der Regierung handelte. Die Primärliteratur diente dementsprechend als erster Ausgangspunkt. Sie wurde durch in der Sekundärliteratur veröffentlichte Befunde ergänzt. Auf die Informationen der Primär- und Sekundärliteratur haben die Interviewpartner regelrecht reflektiert.

Die Interviews dauerten 30 bis 70 Minuten und wurden mittels eines Aufnahmegerätes aufgezeichnet. Die Interviewpartner wurden mit den Aussagen von anderen Befragten und der Literatur konfrontiert. Nach der Transkribierung der Interviews wurde im Falle von widersprüchlichen Aussagen auf die Informationen in der Primär- und Sekundärliteratur zurückgegriffen.

5.4. DARSTELLUNG DER FORSCHUNGSERGEBNISSE

Bei der Darstellung der Ergebnisse wird an jeder Stelle markiert, welche Aussagen aus den Interviews und welche aus der Literatur (Primär und Sekundär) stammen. Bei den Informationen, die aus Interviews entnommen werden, steht der Buchstabe des Interviews (vgl. Kennzeichnung der Interviews Kapitel 5.5.) in Klammern als Nachweis. Die Interviews werden meist sinngemäß zitiert. Wenn aber die Formulierung des Interviewten besonders treffend oder markant ist, wird sie im wörtlichen Zitat dargestellt. Ob es sich um Primärtexte oder Sekundärliteratur handelt, wird aus dem Inhalt des Literaturhinweises ersichtlich.

5.5. BESCHREIBUNG DER STICHPROBE

Die Kriterien, aufgrund deren die geeigneten Interviewpartner ausgesucht wurden („gezieltes Sampling“), waren wie folgt:

- Mindestens 3-4 Experten in allen drei Ländern zu befragen, die auf dem Gebiet der HIV-Prävention arbeiten.
- Experten zu interviewen, die
 - sich möglichst auf verschiedene Themen (HIV, Drogen, Prostitution etc.) spezialisiert haben;
 - bei unterschiedlichen Organisationstypen (Regierungs- Interregierungs- und Nicht-regierungsorganisation) tätig sind, da ihr Blickwinkel und ihre Ansichten vermutlich verschieden sind.

Insgesamt wurden 13 Interviews durchgeführt. Tabelle 4. zeigt die Interviews geordnet nach den untersuchten Ländern, Aufgabenfeld und Art der Organisation (Regierungsorganisation, NGO, Interregierungsorganisation), bei welcher der Interviewte tätig ist. Die Interviews werden mit Buchstaben bezeichnet.

Nr.	Land	Organisation	Art der Organisation
A	Estland	Abgeordnete, Mitglied der Kommission für HIV/AIDS, ehemalige Vorsitzende des AIDS Präventionszentrums	GO ¹⁷
B	Estland	AIDS Präventionszentrum	NGO
C	Estland	Mitglied des Nationalen Instituts für Gesundheitsförderung und Vorsitzende des Anti-AIDS Vereins (NGO)	GO/NGO
D	Polen	UNDP, HIV/AIDS and Social Development Programme	Interregierungsorganisation
E	Polen	Nationales AIDS Zentrum	GO
F	Polen	MONAR, Präventionszentrum gegen Drogen	NGO
G	Polen	Nationales Büro für Drogenprävention (Gesundheitsministerium)	GO
H	Ungarn	Anonymes Screening- und Beratungszentrum gegen AIDS	NGO
I	Ungarn	Verein für Prostituierte	NGO
J	Ungarn	Verein für liberale Rechte	NGO
K	Ungarn	Open Society Institute (OSI), International Harm Reduction Programme for Eastern Europe	NGO
L	Ungarn	Präsidialsekretär der Nationalen AIDS Kommission und Virulogin in einem Budapester Krankenhaus	GO
M	Ungarn	Mitarbeiter der AIDS Kommission und des Nationalen Gesundheitsförderungsinstituts	GO

TABELLE 4: DARSTELLUNG DER STICHPROBE

In den meisten Fällen wurde der jeweilige Leiter der Organisation interviewt. Falls er nicht der Experte des Themas war, wurde ein zuständiger Experte als Interviewpartner empfohlen. Unter den 13 Interviewpartnern waren 12 Frauen und ein Mann (Interview M). Die ungleiche Geschlechterverteilung spielt bei Experteninterviews vermutlich kaum eine Rolle. Problematisch erscheint dennoch die Überrepräsentativität von Ungarn bei den Interviews (insgesamt sechs), was bei der Auswertung berücksichtigt wird. Es muss jedoch hinzugefügt werden, dass im Interview K gerade nicht die ungarische HIV-Präventionslage, sondern die Schadenreduzierungsprogramme in ganz Osteuropa diskutiert wurden. Es ist gelungen, ungefähr die gleiche Anzahl von NGOs und GOs in der Stichprobe zu präsentieren^{18, 19}.

¹⁷ GO heißt Regierungsorganisation als Abkürzung aus der englischen Bezeichnung (Governmental Organisation).

¹⁸ Unabhängig davon, ob der Interviewpartner in einer staatlichen oder nichtstaatlichen Einrichtung arbeitete, wurde er sowohl über die nationale Strategie als auch über die Präventionsmaßnahmen befragt. Zur nationalen Strategie konnten sich meist eher die Interviewten aus staatlicher Einrichtung äußern, die Mitarbeiter der Zivilorganisationen dagegen kannten die Strategie häufig kaum oder betrachteten sie sehr kritisch. Diese Unterschiede in den Sichtweisen werden in der Analyse deutlich. Ein globaler Überblick über alle Präventionsmaßnahmen fehlte den Interviewpartnern in aller Regel. Die NGOs kannten meist nur ihre eigenen Projekte und die Regierungsorganisationen nur die Kampagnen (falls sie vorhanden waren) sowie die Namen und Tätigkeitsfelder der NGOs. In der Darstellung der Ergebnisse wird jedoch versucht, einen komplexen Überblick über jegliche Aktivitäten zu geben.

Viele der erwünschten Gesprächspartner standen leider nicht zur Verfügung aus sprachlichen oder aus anderen Gründen. Auch wenn später bei den Interviews die sprachliche Barriere durch Übersetzung gelöst war²⁰, haben sicherlich einige angeschriebenen Experten wegen fehlender sprachlicher Kenntnisse auf meine Anfrage nicht geantwortet.

6. VERGLEICH DER PRÄVENTIONSSTRATEGIE VON UNGARN, ESTLAND UND POLEN

Die Vorstellung der Präventionsstrategie bei allen drei Ländern erfolgt nach dem gleichen Muster bzw. Aufbau von Kapiteln. Im ersten Teil „Problembeschreibung“ wird vor allem das Ergebnis der Sekundärliteraturrecherche mit den Aussagen der Interviewten ergänzt und z.T. konfrontiert. Darauf folgt die Vorstellung des Konzepts der Primärprävention, in der vor allem die Primärliteratur, d.h. Regierungsdokumente dargestellt werden. Parallel dazu werden jedoch die häufig kontroversen Meinungen der Interviewten zum Präventionskonzept beschrieben. In den nächsten zwei Kapiteln, die „Beschreibung der Maßnahmen“ und „Evaluation“, wird vor allem auf die Meinungen der Interviewten und auf die Sekundärliteraturquellen zurückgegriffen. Im abschließenden Kapitel „Schlussfolgerung“ werden die Befunde zusammengefasst und einer kritischen Bewertung unterzogen.

6.1. LÄNDERAUSWAHL

Das Prinzip bei der Auswahl der zu vergleichenden Länder war die exemplarische Unterschiedlichkeit in Osteuropa. Estland, Polen und Ungarn liegen zwar alle in Mittel-Osteuropa und haben ein vergleichbares Bruttoinlandprodukt zwischen 10.000-15.000 Euro/Einwohner/Jahr (UNAIDS 2004/c,d,e), unterscheiden sich aber beachtlich in zahlreichen sozialen und kulturellen Faktoren, welche die HIV-Epidemie sowie –Prävention grundlegend bestimmen.

Allein schon die demographischen und geographischen Gegebenheiten sind extrem unterschiedlich. Polen hat eine Fläche von 312 677 km² und eine Bevölkerungszahl von 38 Mio. Menschen. Ungarn ist mit seiner Fläche von 93 000 km² und mit 10 Mio. Einwohnern ein deutlich kleineres Land. Estland ist am kleinsten: 45 227 km² groß und 1,4 Mio. Menschen

¹⁹ Beim Interview C war die Kategorisierung der Interviewpartnerin nach der Art der Organisation schwierig, denn sie war sowohl bei einer NGO als bei einer GO in Estland tätig, was den Mangel der klaren Aufgabentrennung und unparteiischer Arbeit offenbart.

²⁰ Der Leiter einer estnischen NGO sprach kein Englisch. Er hat sich aber meine Email übersetzen lassen und durch seine Mitarbeiterin beantworten lassen. Auch später beim Interview kümmerte er sich um Englische Übersetzung.

leben hier. Polen und Estland liegen näher an anderen osteuropäischen Epidemiezentren wie Kaliningrad, Ukraine und Russland (Arnaudova 2004).

Obwohl alle drei Länder bis 1989 bzw. bis 1991 ein kommunistisches Regime hatten, waren Polen und Ungarn unabhängige Länder, während Estland in die Sowjetunion eingegliedert war. Dies bedeutete eine andere soziale und kulturelle Prägung. Eine weitere Folge der Annexion durch die Sowjetunion ist der große Bevölkerungsanteil der in Estland lebenden russischen Minderheit. Ein Drittel der Bevölkerung ist russischstämmig, von denen viele kein Estnisch können, keine estnische Staatsangehörigkeit haben und in schlechteren wirtschaftlichen Umständen leben. Während Estland unter der strengeren Kontrolle der Sowjetunion lebte, galt Ungarn in der kommunistischen Ära als die „fröhlichste Baracke“ von Osteuropa, denn die Regelungen waren vergleichsweise permissiv, was z.B. Reisemöglichkeiten, die Gründung von Privatgeschäften und Buchveröffentlichungen etc. betraf. Diese etwas aufgelockerte Atmosphäre schaffte größere Offenheit für kulturellen Austausch und für soziale Veränderungen. In Polen lockerte sich die Strenge des Regimes in den 80er Jahren auch etwas auf, denn die bekannte oppositionelle Bewegung „Solidarność“ erreichte mehr Bewegungsräume und Veränderungen.

Einen bedeutenden Unterschied stellt die Religion dar. Polen ist überwiegend katholisch (95% der Bevölkerung), Estland ist protestantisch und orthodox geprägt, während Ungarn gemischt katholisch und protestantisch ist. Der starke Einfluss der Katholischen Kirche in Polen ist mit keinem anderen osteuropäischen Land vergleichbar (Arnaudova 2004).

Was die HIV-Epidemie anbelangt, sind die Länder auch unterschiedlich betroffen (vgl. Kapitel 4.1.). Estlands HIV-Inzidenz ist am höchsten in Europa (Jahr 2004: 743/Mio.). Polen hat die zweitgrößte HIV-Inzidenz (Jahr 2004: 610/Mio.), gefolgt von Ungarn (Jahr 2004: 71/Mio.) (EuroHIV 2003). Der Zeitpunkt des Ausbruchs der HIV-Epidemie ist auch unterschiedlich, denn Polen wurde bereits früh, Mitte der 90er Jahre, von HIV getroffen, Estland dagegen erst seit 2000. Die betroffenen Gruppen zeigen auch einige Unterschiede. In Estland sind gegenwärtig überwiegend i.-v. Drogenbenutzer infiziert (über 80%), in Polen auch (60%), aber der sexuelle Übertragungsweg wird immer bedeutender. In Ungarn besteht die kleine Zahl der Infizierten primär aus Homo- und Bisexuellen.

6.2. UNGARN

In Ungarn sind insgesamt sechs Interviews durchgeführt worden, davon drei mit NGO-Mitarbeitern (Anonymes Screening- und Beratungszentrum gegen AIDS, Verein für Prostituierte und Verein für liberale Rechte), zwei mit Regierungsmitarbeitern (der

Präsidialsekretär der Nationalen AIDS Kommission bzw. Virulogin in einem Budapester Krankenhaus und ein Mitarbeiter der AIDS Kommission bzw. des Nationalen Gesundheitsförderungsinstituts) sowie ein Interview mit der Mitarbeiterin des Open Society Institutes. Diese letztere Einrichtung ist finanziert von der Soros-Stiftung²¹, die in ganz Osteuropa tätig ist. Die interviewte Mitarbeiterin arbeitete an Projekten über Schadensminderung.

6.2.1. Problemdarstellung

Die HIV- Prävalenz und -Inzidenz ist in Ungarn ausgesprochen niedrig. Die letztere beträgt konstant ca. 8 Infizierte / Millionen / Jahr und gegenwärtig leben ca. 2800 HIV-Infizierte im Land (UNAIDS 2004/c). Die Höhe der Dunkelziffer wird etwa auf das Doppelte geschätzt. Laut UNAIDS (2004/c) soll die Zahl der tatsächlich Infizierten bei 5500 liegen. Die Frage, welchen Faktoren sich diese niedrige Prävalenz verdankt, ist schwer zu beantworten. In der folgenden Beschreibung wird auf einige mögliche günstige Faktoren hingewiesen, die bisher zu einer „Verschonung“ des Landes von der HIV-Epidemie führten (z.B. frühzeitige Einführung von Schadensminderungsprogrammen, teureres Heroin, zahlreiche Aufklärungsprogramme in Schulen), dennoch finden einige Experten die Zahlen alarmierend und unterstreichen, dass die Gefahr einer HIV-Epidemie noch nicht vorbei sei.

„[...] Auf der anderen Seite sind alle Faktoren für eine erhöhte Vulnerabilität in Ungarn gegeben: Die geopolitische Lage, die weite Verbreitung und die strenge Regulierung von Drogenmissbrauch und Prostitution, eine niedrige Kondombenutzungsrate und eine sexuell nicht ausreichend aufgeklärte Bevölkerung.“ (Interview J)

Die Regierungsseite sieht es anders. Laut dieser Meinung entspricht die niedrige Prävalenz einer ähnlichen Tendenz der engen Nachbarländer (außer der Ukraine).

„Die Dunkelziffern muss man selbstverständlich immer einkalkulieren, da nicht die ganze Bevölkerung vollzählig an Screenings teilnimmt. Aber in Ungarn soll man nicht nach fragwürdigen Screeningmethoden suchen und in der nahen Zukunft mit keiner HIV-Explosion rechnen.“ (Interviewte M)

Die Experten begründen ihre Skepsis gegenüber den offiziellen Daten mit den mangelhaften Screeningmethoden. Screening wird mit wenig Ausnahmen in staatlichen Einrichtungen (hauptsächlich in Krankenhäusern) durchgeführt und NGOs werden für diese Tätigkeit wenig gefördert. Die nicht zufrieden stellenden Umstände im Screening zeigen sich darin, dass es in der Hauptstadt gegenwärtig nur eine nicht-staatliche, d.h. „unabhängige²²“ anonyme und kostenlose Screeningstelle (AATSZ) gebe²³, auf dem Land überhaupt keine. Viele Ärzte und

²¹ Eine der größten NGOs in der Welt, die kurz nach der Wende eröffnet wurde. Sie wird von der Soros-Stiftung finanziert und ist in ganzem Osteuropa sowie in Zentralasien tätig. (www.soros.org)

²² Unter der „Unabhängigkeit“ bei Screeningstellen verstand Interviewter H, dass die Mentalität der Mitarbeiter sich nach den speziellen Bedürfnissen der Risikogruppen richtete und nicht das klassische Arzt-Patienten-Verhältnis aufrechterhalte.

²³ Es wird inoffiziell über eine weitere nicht-staatliche kostenlose und anonyme Screeningstelle berichtet, die von einem wohlthätigen Arzt in seiner privaten Praxis vor allem für Schwule geleitet, allerdings nur mittwochs offen ist. Diese Screeningstelle steht in Kooperation mit der AATSZ.

Gesundheitsexperten meinen immer noch, dass Ungarn durch die Identifizierbarkeit der infizierten Patienten die Lage unter Kontrolle behalten kann. Diese Strategie stammt noch aus der kommunistischen Ära (vgl. Kapitel 4.2.3), aus den Zeiten der ausgeprägten „Kontrolllust“, die jedoch dazu führt, dass Menschen vom HIV-Screening abgeschreckt werden (Danziger 1996, Interviews J, H).

Einige NGOs weisen darüber hinaus bei der laut offiziellen Statistiken niedrigen Prävalenz auf die unzureichende Ansprache der schwer erreichbaren Risikogruppen durch Primärprävention hin. Eine der wichtigsten Risikogruppen sind die homo- und bisexuellen Männer, die gegenwärtig den größten Anteil (71%) unter den HIV-Infizierten haben (UNAIDS 2004/c). Der Anteil der auf heterosexuellem Weg infizierten Menschen wird allerdings immer bedeutender: Bis 1996 betrug er nur 5%, aber im Zeitraum von 1996 bis 2004 infizierten sich 28% aller Betroffenen durch heterosexuellen Geschlechtsverkehr (Nemzeti AIDS stratégia 2004).

Alarmierend ist für die HIV-Primärprävention, dass für homo- und heterosexuelle Menschen eine niedrige Kondombenutzungsrate charakteristisch ist. Daraus folgt, dass die Erhöhung dieser Rate ein grundlegendes Ziel der HIV-Präventionsstrategie bildet. Csepe et al. (2002) fanden in einer Untersuchung in der Budapester Schwulenszene heraus, dass 40-50% der Befragten in den letzten drei Monaten ungeschützten Geschlechtsverkehr hatten. Ein bedenkliches Ergebnis der Untersuchung war weiterhin, dass ein Drittel der Befragten verheiratet oder bisexuell war und dadurch die Erkrankung auch auf heterosexuellem Weg weitergeben konnte. Ebenso warnende Belege veröffentlichten Gyarmathy et al. (2002/b) über die Kondombenutzungsrate von Jugendlichen: 30% der Budapester Schüler benutzen nie ein Kondom beim Geschlechtsverkehr.

Obwohl der Anteil der i.-v. Drogenbenutzer unter HIV-Infizierten nur 1% beträgt (insgesamt 12 Personen), verweisen Gyarmathy et al. (2004) auf die besonders hohe HIV-Vulnerabilität dieser Gruppe. In ihrer Untersuchung belegten sie eine hohe Hepatitis-Prävalenz (30%) unter i.-v. Drogenbenutzern. Da Hepatitis wegen der gleichen Verbreitungsart ein guter Indikator einer möglichen HIV-Epidemie ist, schlugen die Autoren verbesserte und umfassende Präventionsmaßnahmen vor. Ein Interviewter aus der Regierung (Interview M) hält jedoch diesen Alarmruf der zitierten Studie für übertrieben. Er ist der Meinung, dass mit einer HIV-Epidemie in dieser Gruppe nicht zu rechnen sei. Er untermauert diese Aussage damit, dass auch die EMCDDA-Daten²⁴ keinen Anstieg in der Verbreitung des i.-v.

²⁴ EMCDDA (Abkürzung von European Monitoring Centre for Drugss and Drug Addiction) ist eine EU-Institution mit dem Sitz in Lissabon (www.emcdda.eu.int).

Drogengebrauchs prognostiziert hätten und die bestehenden Strukturen die jetzigen i.-v. Drogenbenutzer ausreichend schützten.

Den Grund dieser Meinungsverschiedenheit sieht die Interviewte J darin, dass die Datenerhebung der HIV-Prävalenz auf einer kleinen Stichprobe der i.-v. Drogenbenutzer mit etwa 500 Leuten basiert. Diese Leute machen jedoch nur ca. 10-20% aller i.-v. Drogenbenutzer aus, die bei Drogenberatungszentren registriert sind und dementsprechend an Schadensminderungsprogrammen teilnehmen. Empirische Befunde zeigen, dass diese registrierte und an der Drogenberatung teilnehmende Subgruppe der i.-v. Drogenbenutzer ein deutlich geringeres Risikoverhalten hat und seltener an HIV erkrankt (Gyarmathy et al 2004). Aus diesem Grund ist die Interviewte J mit den Warnungen und Vorschlägen der Autorengruppe Gyarmathy et al. (2004) einverstanden und kritisiert die Regierung für ihr verantwortungsloses Verhalten. Der wichtigste Kritikpunkt nach Meinung der Interviewten J bestehe in der unzureichenden und inkonsequenten Unterstützung von Schadensminderungsprogrammen in Ungarn. Die Regierung – wie fast in jedem osteuropäischen Staat (vgl. Kapitel 4.2.5.) – habe ein ambivalentes Verhältnis zur Schadensminderung. Einerseits preist sie ihre Fortschrittlichkeit und Wirksamkeit an, andererseits verfolgt sie häufig in der Realität eine „drug free“-Politik und lässt die NGOs, die Schadensminderung durchführen, ohne Unterstützung auf sich alleine gestellt. Die „drug free“-Politik zielt darauf ab, eine drogenfreie Welt zu schaffen und nur Entzugstherapien zu fördern. Die Interviewte J erklärte, dass die Förderung von Schadensminderung dem Ziel der „drug free“-Politik widerspreche, weil sie die Drogenbenutzer nicht vom Drogenkonsum abhalte. Das ambivalente Verhältnis der Regierung gegenüber Schadensminderung zeigt sich darin, dass sie offiziell und in internationalen Foren die Programme unterstützt und dafür gelegentlich auch Fördergelder verteilt, aber zugleich finden häufig Streifzüge und Razzien der Polizei in der Drogenszene zu den Zeitpunkten statt, wo NGOs Nadeln und Spritzen verteilen. Damit jagen sie den i.-v. Drogenbenutzern Angst ein und verhindern die ungestörte Arbeit der NGOs (Interview J).

Über die HIV-Inzidenz bzw. -Prävalenz der sozial benachteiligten Roma Minderheit gibt es kaum wissenschaftliche Belege. Grund, Öfner & Verbraeck berichteten in einer neuartigen und noch unveröffentlichten Studie über ihre qualitativen Forschungsergebnisse zum Drogengebrauch und zu HIV-Risikoverhaltensweisen der Roma in Slowakien, Tschechien und Ungarn. Wegen des qualitativen Charakters der Studie konnten sie keine Daten bzw. Schätzungen zur HIV-Prävalenz vorweisen. Die Autoren identifizieren den Schulabbruch, die Diskriminierung am Arbeitsmarkt und die hohe Arbeitslosigkeitsrate als wichtigste Faktoren für eine deviante Karriere und für Risikoverhaltensweisen von Roma (Grund, Öfner & Verbraeck, unveröffentlicht S.10). Ein bedeutendes Merkmal der Risikoverhaltensweisen ist

der Drogenmissbrauch, dessen Prävalenz bei Roma etwa 20-mal höher geschätzt wird als in der Mehrheitsgesellschaft (Grund, Öfner & Verbraeck, unveröffentlicht S.9).

6.2.2. Konzept der Primärprävention

Die Struktur

Die Nationale AIDS Kommission (im folgendem **NAK**) existiert seit 1992 und ist gegenüber dem Gesundheitsministerium weisungsgebunden. Im Jahre 2000, während der Legislaturperiode der konservativen FIDESZ-Partei wurde die NAK mit der Begründung aufgelöst, dass in Ungarn kein HIV-Problem mehr bestehe. Diese Entscheidung brachte selbstverständlich auch die NGOs in eine finanziell unmögliche Lage, da mit der Auflösung der NAK auch das Budget für HIV-Prävention gestrichen wurde. Unmittelbar nach der Wahl im Jahre 2002 baute die neue Regierung die NAK wieder auf (Laczo 2004).

Die NAK ist ein Beratergremium des Gesundheitsministeriums in HIV-Fragen, mit einem beschränkten Entscheidungsspielraum. Auch der Leiter der NAK bestätigt, dass die Kommission eine relativ schwache Machtposition habe, die sich darin zeige, dass sie selber keine Entscheidungen treffen könne und über kein eigenes Budget verfüge. Die Präventionsmaßnahmen würden vollkommen (100%) an NGOs ausgelagert und die NAK führe keine Maßnahmen, z.B. Kampagnen, durch. Es sei ein kleines Organ, bestehend aus drei Personen. Seine wichtigste Aufgabe sei die Vorbereitung der nationalen HIV-Strategie in Kooperation mit dem Gesundheitsministerium und mit NGOs, die Koordinierung der HIV-Präventionsmaßnahmen durch NGOs und die Verteilung des vom Gesundheitsministerium zugewiesenen Budgets unter den NGOs (Interviewte M).

Alle NGOs zeigen sich erfreut darüber, dass das HIV-Thema nicht mehr – wie in der letzten Legislaturperiode – vom Tisch gewischt sei, beklagen sich aber über die ungenügende Aufmerksamkeit für die HIV-Prävention. Die NAK sei in einer zu wenig einflussreichen Position, um eine durchdachte und effektive Präventionsstrategie durchzuführen (Interviews H, I, J). Dies bestreitet die Regierung und betont, dass die HIV-Prävention in Anbetracht der niedrigen Prävalenz der Infektion unverhältnismäßig große Beachtung finde. Im nationalen Gesundheitsprogramm gebe es 19 Programmpunkte, in denen die Präventions- und Versorgungsrichtlinien der 19 wichtigsten Krankheiten festgelegt werden. HIV-Prävention gehört zu diesen 19 Krankheiten, obwohl die Prävalenz diese Priorität eigentlich nicht begründe (Interview M).

Die NGOs kritisieren außerdem, dass es kein Aufsichtsorgan gebe, das die Arbeit, vor allem die Geldverteilungspraktiken der NAK kontrolliere (Interviews H, I, J). Diese Kritik an der mangelnden Transparenz bei der Geldverteilung weist die Regierung ebenfalls zurück. Es wurde zwar anerkannt, dass einige NGOs privilegiert würden, aber die jahrelange Erfahrung habe gelehrt, welche NGOs effektiv arbeiteten und diese sollten unterstützt werden (Interview M).

Die nationale Strategie

Die ungarische Regierung arbeitete zum ersten Mal im Jahre 1985 Präventionsmaßnahmen gegen HIV aus (Laczo 2004). Bis zur Auflösung der NAK im Jahre 1999 gab es zwar kontinuierlich eine nationale HIV-Präventionsstrategie (Interview M), die für mich leider nicht verfügbar war. Seit dem Wiederaufbau der NAK (2002) wurde im Jahre 2004 eine Strategie für den Zeitraum von 2004-2010 veröffentlicht (Nemzeti AIDS stratégia 2004).

In der öffentlich zugänglichen nationalen Strategie für 2004-2010 liest man, dass deren primäres Ziel die Senkung der HIV-Inzidenz um 25% in den vorgesehenen sechs Jahren ist. In der Einführung wird darauf hingewiesen, dass die Richtlinien der Strategie von den sog. Millenarzielen²⁵ der UN Versammlung im September 2000 inspiriert seien (Nemzeti AIDS stratégia 2004).

Die Ziele der Primärprävention²⁶ sind für zwei bestimmte Zielgruppen festgelegt: die Zielgruppe der Jugendlichen (1) und der vulnerablen Risikogruppen (2).

(1) Für Jugendliche schreibt die Strategie vorwiegend die Durchführung von schulischen Aufklärungsprogrammen zur allgemeinen Gesundheitsförderung und sexueller Erziehung vor, die von den aufgelisteten NGOs verwirklicht werden sollen. Es wird darauf hingewiesen, dass über die Aufklärungsarbeit der NGOs hinaus die Möglichkeit der interpersonellen Konsultation für Schüler in zwei Stunden wöchentlich im Rahmen des schulischen Fürsorgersystems²⁷ geschaffen und die Entstehung von Peer-Counselling Strukturen gefördert werden sollten. Ein weiterer Punkt unterstreicht die Propagierung der Kondombenutzung, die Thematisierung ihrer Vorteile in der schulischen Aufklärung und die Notwendigkeit einer Installation von Kondomautomaten in Clubs, Pubs und etc.

²⁵ Die Millenarziele sollen eine neuartige Sichtweise in der HIV-Prävention anregen, die die Verantwortung der Regierung, die Notwendigkeit der Kooperation zwischen der Zivilgesellschaft, dem Privatsektor und den Betroffenen betont. Die Zusammenarbeit soll auf folgenden Gebieten erfolgen: Verminderung der Risikoverhaltensweisen, Prävention, Menschenrechte, Minimierung der Diskriminierung in der Gesellschaft, Beachtung der geschlechtsspezifischen Unterschiede und Verstärkung des Gesundheits-, Bildungs- und Justizsystems etc. (Nemzeti AIDS stratégia 2004).

²⁶ Auf die Ziele der Sekundär- und Tertiärprävention wird hier näher nicht eingegangen.

²⁷ Ein Charakteristikum des ungarischen Schulsystems ist das schulische Fürsorgesystem. Es bedeutet, dass eine Fürsorgerin, d.h. eine spezielle ausgebildete Krankenschwester meist jeden Tag und ein/e Arzt/in in bestimmten Zeitpunkten der Woche Sprechstunden hat. Der Arzt und die Fürsorgerin führen jährlich oder

(2) Unter vulnerablen Risikogruppen werden Homo- und Bisexuelle, i.-v. Drogenbenutzer, Prostituierte, sozial benachteiligte Jugendliche und Immigranten verstanden.

- Bei Homo- und Bisexuellen werden die Verstärkung ihrer Zivilvertretungen, die Durchführung von interpersonellen Interventionen zur Reduzierung des Risikoverhaltens, die Installation von Kondomautomaten und die Verringerung der Diskriminierung in der Mehrheitsgesellschaft angestrebt.
- Für i.-v. Drogenbenutzer werden Nadelaustauschprogramme, Installation von Nadelautomaten, Unterstützung von Drogenberatungszentren und anderen NGOs, welche interpersonelle Interventionen und Aufklärung durchführen, vorgesehen.
- Die Präventionsmaßnahmen für Prostituierte beinhalten die Verbesserung der Erreichbarkeit der medizinischen Untersuchung, die Propagierung der Kondombenutzung und die Verteilung von Aufklärungsmaterialien.
- Sozial benachteiligte Jugendliche sollen vor allem durch Peer-Groups über Safe-Sex und sexuellen Missbrauch aufgeklärt werden. Unter den sozial Benachteiligten werden die Roma mit besonderem Nachdruck hervorgehoben.
- Bei der HIV-Prävention von Immigranten sind die wichtigsten Ziele die Anfertigung von Aufklärungsmaterialien in mehreren Sprachen und die Schaffung von Beratungsmöglichkeiten.

(Nemzeti AIDS stratégia 2004)

Die nationale Strategie schenkt darüber hinaus der Interdisziplinarität, d.h. der Zusammenarbeit der verschiedenen Ministerien und NGOs eine besondere Aufmerksamkeit. Ein eigenes Kapitel befasst sich mit der „Kommunikation“. An erster Stelle werden hier der Informationsaustausch zwischen Ministerien und Organisationen und die intensive Pressearbeit über die durchgeführten Kampagnen und interpersonellen Interventionen erwähnt. Außerdem soll jährlich ein Bericht auf Ungarisch und Englisch über die Aktualitäten der HIV-Prävention angefertigt werden (Nemzeti AIDS stratégia 2004).

Im Rahmen der nationalen Strategie schloss die NAK auf dem Gebiet der Primärprävention für den Zeitraum 2004/5 Verträge für konkrete Aktionspläne ab, allerdings erst nach langer Verzögerung (Interviews L, M).

Die Interviewten aus den NGOs kritisieren in zwei Punkten die Durchsetzung der nationalen Strategie (Interviews H, I, J). Der erste Kritikpunkt besteht darin, dass die NAK immer wieder mit den gleichen NGOs (dem Verein für Homo- und Bisexuelle, für Prostituierte, für schulische Aufklärung und mit dem Verein für anonymes Screening) Verträge abschließt und sich nicht auch mit anderen Zielgruppen beschäftigt, obwohl dies in der nationalen Strategie

zweijährlich eine medizinische Untersuchung bei den Schülern durch. Die Fürsorgerin steht außerdem für medizinischen bzw. gesundheitliche Beratung zur Verfügung.

festgelegt ist. Das andere Problem wird darin gesehen, dass selbst diese Verträge nicht vollständig erfüllt werden, weil die zugesprochenen Förderungen erst spät ausgezahlt werden (vgl. Finanzierung). Es wird darüber berichtet, dass die versprochenen Kondom- oder Nadelautomaten nicht installiert und der jährliche Bericht nicht angefertigt wurden. Die NAK bestätigte das Stocken der finanziellen Förderung, aber nach Meinung des Interviewten M lägen diese technisch-administrativen Probleme außerhalb der Befugnisse der NAK, vielmehr sei das Gesundheitsministerium dafür verantwortlich.

Die NGOs kritisierten außerdem, dass die nationale Strategie keine konkreten Verantwortlichen benenne. In diesem Zusammenhang wurde die Legitimität bzw. Notwendigkeit der NAK hinterfragt, da dieses Organ weder Aufgaben (z.B. Kampagnen) übertragen bekomme noch Verantwortung trage (Interviews H, I, J).

Akteure

Die wichtigsten Akteure der ungarischen Prävention sind die NGOs und die NAK. Wie bereits erwähnt, ist die NAK dem Gesundheitsminister weisungsgebunden, so dass das Gesundheitsministerium auch ein Akteur der HIV-Prävention ist. Das Ministerium bestimmt das Budget und beauftragt die NAK, die Verträge bzw. Aktionspläne in Bezug auf die nationale Strategie auszuarbeiten (Interview M).

Die NGOs konnten über keine interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen den Ministerien berichten, wie sie in der nationalen Strategie vorgeschrieben wurde. Allerdings wurde als positives Zeichen wahrgenommen, dass das Bildungsministerium, das Ministerium für Chancengleichheit sowie die Selbstverwaltung von Budapest die in Geldnot geratenen NGOs gelegentlich finanziell unterstützen (Interviews H, I).

Die NGOs, die auf dem Gebiet der HIV-Prävention tätig sind, gründeten ein Forum (Zivil AIDS Forum, ZAF) für eine verbesserte Interessendurchsetzung, d. h. Lobbyarbeit gegenüber der Regierung im Juni 2004 (Interview H). Es ist jedoch fraglich, ob das ZAF tatsächlich über ausreichende Durchsetzungskraft verfügt. Die Interviewte von der Regierungsseite schrieb dem jedoch keine große Bedeutung zu, weil die Mitglieder eigentlich keine gemeinsame Perspektive teilen und sie eher einmalig zur finanziellen Förderung gelangen wollen (Interview L).

„Einige stärkere NGOs innerhalb des ZAFs werden die Gelder in ihren eigenen Topf schütten und die anderen bleiben weiterhin mittellos.“ (Interview L)

Auch von der NGO-Seite wurde keine deutliche Begeisterung für das ZAF gezeigt. Wie die Interviewte I formulierte, werden nur einige NGOs vom ZAF profitieren, die ohnehin gute Kontakte zum Gesundheitsministerium oder zur NAK haben. Sie beklagte sich über die Uneinheitlichkeit der Konzepte und über das Fehlen einer durchsetzungsfähigen Vertretung.

Finanzierung

Interviewte M aus der NAK erklärte, dass das Budget nur für HIV-Primärprävention ca. 150 Tausend Euro / Jahr betrage. Um die Höhe dieses Budgets relativieren zu können, soll hier auf Polen verwiesen (vgl. Kapitel 6.4.) werden. Polen gebe jährlich 1 Mio. Euro für Primärprävention aus (Daniluk-Kula 2002). Da Polen vier Mal größer als Ungarn ist und eine höhere HIV-Inzidenz hat, könnte man sagen, dass das Budget in den beiden Ländern vergleichbar hoch ist.

Anhand der Aktionspläne, die von Interviewter L gezeigt wurden, lässt sich dieses Budget für den Zeitraum 2004/5 wie folgt darstellen:

Verein für Prostituierte	30.000 Euro
Háttér – Verein für Schwule	28.000 Euro
Schulische Aufklärung	92.000 Euro

TABELLE 5. VERTEILUNG DES BUDGETS FÜR PRIMÄRPRÄVENTION IN UNGARN (INTERVIEW L)

Obwohl die Fristen der Aktionspläne bereits seit September 2004 laufen, klagten beide NGOs (Verein für Prostituierte, Háttér) im November darüber, dass sie mit den Maßnahmen nichts anfangen könnten, da sie den im März zugesprochenen Betrag noch nicht erhalten hätten (Interview I). Der permanente Geldmangel scheint auch bei NGOs ein allgemeines Phänomen zu sein, was das Verhältnis zur NAK verschlechtert und die Durchsetzung der Strategie verhindert (Interview H).

NGOs können auch mit anderen Finanzierungsquellen rechnen und das mindert die Geldprobleme. Die Stadtverwaltung von Budapest stellte im Jahre 2003 z.B. für mehrsprachige, an Prostituierte gerichtete Aufklärungsflugblätter 32.000 Euro zur Verfügung (Interviewte I).

6.2.3. Durchführung der Maßnahmen

Kampagnen

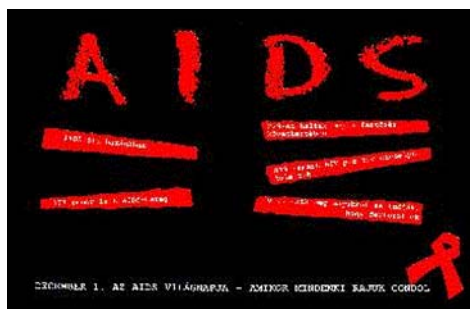
In Ungarn wurden 2003 drei Fernsehspots²⁸ entworfen, die für kurze Zeit in der Öffentlichkeit ausgestrahlt wurden. Die Spots sind schwierig erreichbar für Interessierte, und die Interviewpartner aus den NGOs wussten gar nichts von ihnen. Laut Konzept sollen die Spots drei verschiedene Zielgruppen adressieren: Die Jugendlichen im Allgemeinen, die Homosexuellen und die Drogenbenutzer. Die Botschaft ist jeweils die gleiche „Beschütze

²⁸ Die Kosten für die Spots sind im Budget für 2004/5 nicht eingerechnet, da sie früher entworfen wurden. Das Budget für 2004/5 konnte ich nicht erhalten.

Dich!“ („Védekezz!“), nur durch die unterschiedlichen visuellen Elemente wird deutlich, welcher Spot für welche Zielgruppe gedacht war (z.B. im Film für Homosexuelle fechten zwei Männer miteinander, im Film für Drogenbenutzer wirft ein Junge eine Spritze in eine Zielscheibe etc.). Alle drei Spots haben einen Furcht erregenden Ansatz: Sie sind schwarz-weiß, es spielt traurige und eintönige Musik, Daten über die weltweite Epidemie blitzen mit roten Zahlen auf und die Gefährlichkeit der Krankheit wird mit passenden Motiven unterstrichen.

Darüber hinaus werden Auftritte bei Events (wie das einwöchige Sommerfestival „Sziget“ für Jugendliche oder die Erotik-Messe) organisiert, wo ab und zu kostenloses und anonymes Screening angeboten wird, Informationsbroschüren und eventuell Fragebogen zu HIV-Verhütungsmöglichkeiten verteilt werden (Nemzeti AIDS stratégia 2004). Die erwähnten Informationsbroschüren, die breiten Zielgruppen Wissen über die HIV-Verbreitung anbieten sollen, wurden vom Ministerium für Jugend und Sport (Ujhegyi 2002) und vom NAK (Nemzeti AIDS Bizottság 2003) herausgegeben. Bei beiden Heften ist auffällig, dass ihre Texte kompliziert und schwer zu verstehen sind, die Inhalte eher aus wissenschaftlicher Sicht interessant sein können und kaum Bilder oder Illustrationen auftauchen.

Im Internet sind zwei Plakate findbar, die von einer NGO, die sich mit Peer-Aufklärung beschäftigt, entworfen. Die NGO BOKA führt vorwiegend schulische Aufklärung durch, aber sie nimmt gelegentlich auch an Events für Jugendliche (z.B. Sziget Festival) teil. Für diese Auftritte haben sie diese zwei Plakate gedruckt. Die Zielgruppe sind Jugendliche, ohne konkrete Alterseinschränkung. Das linke Plakat (Grafik 7.) verwendet offensichtlich durch seine Farben und Gestaltung die Methode der Angstappelle, d.h. sein Ziel ist die Abschreckung. Auf dem Plakat ist die Zahl der an HIV bereits Verstorbenen zu sehen. Die Aufschrift auf dem rechten Plakat (Grafik 8.) heißt: „HIV wählt nicht! Schütz Dich!“. Die Farben sind etwas freundlicher und die Darstellung des Kondoms drückt eine Botschaft zur konkreten Verhaltensänderung, nämlich zur Kondombenutzung aus, während das andere (linke) Plakat keine Hinweise über die „richtige“ Verhaltensweise darstellt.



Grafik 7.



Grafik 8.

Zwei Plakate zur HIV-Prävention für Jugendliche von der NGO „Boka“ (Quelle: www.boka.hu)

Interpersonelle Interventionen

Schulische Aufklärungsprogramme

Schulische Aufklärungsprogramme bilden die wichtigsten „Grundpfeiler“ der ungarischen HIV-Präventionsstrategie. Ihre Zielsetzung erweist sich als richtig, da die sexuelle Übertragung bei der HIV-Verbreitung in Ungarn dominiert. Dieser Schwerpunkt der Prävention ist auch schon aus der Budgetverteilung der NAK ersichtlich (vgl. Finanzierung) und wird vom Interviewten der Regierung bekräftigt (Interview M).

„Die sexuelle Kultur in Ungarn kann man prude nennen, auch wenn die Gesellschaft säkularisiert ist, und die Schulen vertreten dementsprechend auf diesem Gebiet eine ausgesprochen konservative und moralisierende Sicht. Deshalb ist es ganz wichtig, im Rahmen der HIV-Prävention immer wieder über Sexualität zu sprechen und dabei die Lehrer nicht alleine zu lassen bzw. zu überfordern.“ (Interview M)

Schulische Aufklärungsprogramme bestehen einerseits aus Gesundheitserziehung, die sich nach dem WHO-Programm „Network of healthy schools“ richtet. Das Ziel ist dabei die Förderung der Life-skills und u. a. die Thematisierung von Sexualität und HIV-Prävention. Gegenwärtig nehmen ca. 400 Schulen, d.h. etwa 15% aller ungarischen Schulen, an diesem Network teil und führen diese Programme mit Hilfe einer Stiftung durch (Interview M).

Neben Gesundheitserziehung ist die sexuelle Aufklärung der Schüler das andere wichtige Element der HIV-Prävention. Sexuelle Aufklärung bieten ca. zehn NGOs im Rahmen eines ein- bis zweistündigen Unterrichts an, wo meist Ärzte, Psychologen oder Medizinstudenten über Reproduktion, Verhütung und sexuell übertragbare Krankheiten etc. sprechen (Interview M). Es gibt zwei wichtige NGOs, BOKA²⁹ und A-HA³⁰, die sexuelle Aufklärung durchführen. Das wird noch durch die *peer education*-Aufklärungsprogramme (Aufklärung durch Gleichaltrige) vom Ungarischen Roten Kreuz ergänzt. BOKA ist der Verein der Medizinstudenten, die Präventionsmaßnahmen nicht nur zur Sexualität, sondern auf Anfrage auch zu Rauchen und Alkohol durchführen. Es ist ein unbestreitbarer Vorteil dieser NGO, dass die Medizinstudenten altersmäßig den Schülern nah stehen und gleichzeitig durch ihr Fachwissen Respekt und Glaubwürdigkeit schaffen können. A-HA ist ein Projekt des Vereins der Gynäkologen, in dessen Rahmen Vorträge von Gynäkologen in Schulen angeboten werden. Der Verein vertritt eine konservativere Sicht, wobei das primäre Ziel die Reduzierung der Abtreibungsrate bei jungen Frauen ist. A-HA erreichte bereits die Hälfte der ungarischen Mittelschulen durch ihre Aufklärungsprogramme (Eörsi 2004).

Die NAK fördert nur die Gesundheitserziehung bzw. sexuelle Aufklärung, die vom Nationalen Institut für Gesundheitsförderung koordiniert wird. Ein wesentliches Merkmal dieser

²⁹ www.boka.hu

³⁰ www.a-ha.hu

Programme ist, dass sie von Lehrern und nicht von *peers* durchgeführt werden. Es wurde ein Pilotprojekt mit der finanziellen Unterstützung der NAK gestartet, in dem ein Handbuch und eine CD-ROM für Lehrer sowie ein Arbeitsbuch für Schüler entworfen wurden, um die sexuelle Aufklärung für Lehrer in der Klasse zu erleichtern. (Interview M). Dieses Projekt wurde von NGOs grundlegend kritisiert (Interview J). Aufgrund der bisherigen Erfahrung wird die CD-ROM von Lehrern kaum benutzt, da die technische Ausstattung von Schulen nicht ausreicht. Eine weitere Kritik betrifft auch den stark biologisch-medizinischen Ansatz des Handbuches, der dem Trend der *new public health* nicht folgt. Darüber hinaus wird auch das zu Grunde liegende Konzept hinterfragt, ob nämlich überhaupt die Lehrer mit der sexuellen Aufklärung von Schülern betraut werden sollten (Interview J). Laut der Kritik fühlen sich Lehrer (z.B. Klassenleiter, Biologielehrer etc.) zur Thematisierung von Sexualität nicht kompetent. Das Gefühl der Ungeeignetheit der Lehrer bei der sexuellen Aufklärung rührt z. T. daher, dass sie in ihrem Studium auch keine besondere Ausbildung dafür erhalten haben (Eörsi 2004).

Interviewter M aus der Regierungsseite ist jedoch der Meinung, dass die aktive Teilnahme der NGOs an sexueller Aufklärung zwar sicherlich effektiv ist, aber Lehrer mit der entsprechenden Ausbildung und Kompetenz wären geeigneter für diese Aufgabe, weil sie länger in der Schule bleiben und daher die Kontinuität ihrer Tätigkeit aufrechterhalten wird.

Homo- und Bisexuelle

Infolge der Überrepräsentativität dieser Gruppe unter den HIV-Infizierten sind Schwulen-NGOs aktiv in der HIV-Prävention. Eine solche Entwicklung zeigt sich an den beiden nicht-staatlichen anonymen und kostenlosen Screeningangeboten, die ursprünglich für schwule Männer gedacht waren und wo auch Beratung meist inbegriffen war. Allerdings bedeutet die wenig verbreitete und unpopuläre Kondombenutzung in der Schwulenszene eine große Herausforderung für die NGOs (Csepe et al. 2002).

Dieser Herausforderung stellt sich die größte NGO, Háttér³¹. Durch verschiedene interpersonelle Interventionen wie Telefonhotline, E-mail-Beratung und personelle Beratung wird versucht Safer-Sex-Praktiken zu verbreiten. Sie veröffentlichen außerdem Flugblätter und eine Monatszeitschrift. Die Texte sind jeweils von Leuten geschrieben worden, die sich in der Szene gut auskennen und den gängigen Sprachgebrauch benutzen. Háttér begann noch im Jahre 2003 mit einem originellen Projekt in größeren ungarischen Städten. Anhand einer soziometrischen Untersuchung wurden 20 Personen in Schwulenbars ausgewählt, die Lust

³¹ www.hatter.hu

hatten, an einem Kommunikationstraining teilzunehmen, in dem u. a. auch ihr Wissen über HIV-Verbreitungsarten und -Präventionsmöglichkeiten erweitert wurde. Die Aufgabe dieser 20 Personen als Trendsetter³² war später, eine positive Einstellung gegenüber Safer-Sex und Kondombenutzung in den Bars zu schaffen und eine Art inoffizielle Beratung in der Szene anzubieten (persönliche Mitteilung, Laszlo Mocsonaki, 19.8.2004). Das Projekt wird erst im Jahre 2006 abgeschlossen sein. Die bisherigen Feedbacks sind positiv.

Ausweislich des NAK-Aktionsplans wird dieses Projekt in anderen ungarischen Städten weitergefördert. Außerdem unterstützt die NAK diese NGO bei der Anfertigung von Aufklärungsmaterialien über Safer-Sex, Installation von Kondomautomaten und Teilnahme an Schwulenfestivals mit Flugblättern und Beratung (Interview L).

I.-v. Drogenbenutzer

Die wichtigsten interpersonellen Interventionen für i.-v. Drogenbenutzer sind Nadelaustauschprogramme, Drop-in-Center und Beratung. Wie bereits erwähnt, werden allerdings nur ca. 10-20% der i.-v. Drogenbenutzer mit Nadelaustauschprogrammen erreicht. Aus diesem Grunde wurde in der letzten Zeit mit einem sekundären Nadelaustauschprogramm, der sog. Multiplikatorenbildung, angefangen. Das bedeutet, dass ein i.-v. Drogenbenutzer mehrere Nadeln bekommt, die er in seiner Umgebung weiterverteilen kann (Interview J).

Über Präventionsmaßnahmen gegen sexuell übertragbare Krankheiten wie HIV oder Hepatitis gibt es für i.-v. Drogenbenutzer kaum Informationen, weil sie keinen Schwerpunkt in der Drogenarbeit haben. In einer qualitativen Untersuchung von Gyarmathy et al. (2004) wurden aus den registrierten 228 Drogenzentren in Ungarn die acht größten ausgewählt. Aus den Tiefeninterviews mit den Leitern dieser Zentren stellte sich deutlich heraus, dass die meisten Maßnahmen auf Therapie oder Nadelaustausch gerichtet sind und der Primärprävention gegen sexuelle Infektionen wenig Bedeutung beigemessen wird. Die mangelnde Beachtung der sexuellen Übertragung bei i.-v. Drogenbenutzern zeigt u.a., dass nur in zwei der acht Zentren Kondome verfügbar waren (Gyarmathy et al. 2004 S.281). Diese Ignoranz gegenüber der sexuellen Aufklärung von i.-v. Drogenbenutzern trifft auch auf die Präventionspolitik der NAK zu, denn es schloss keine Verträge mit NGOs für Drogenbenutzer ab (Interview L), obwohl die nationale Strategie die Durchführung von HIV-Präventionsmaßnahmen für i.-v. Drogenbenutzer auch im sexuellen Bereich vorsieht (Nemzeti AIDS stratégia 2004).

³² Laut des Projektziels sollte die besondere Rolle der ausgewählten Personen nicht eindeutig sein, sie sollten weiterhin „normale“ Mitglieder der Szene werden. Die „ausgebildeten“ Personen haben ein Entgelt für ihre Tätigkeit bekommen.

Roma

Es gibt generell kaum Präventionsmaßnahmen, die sich an Roma wenden. Unter den wenigen befinden sich Maßnahmen gegen Drogenmissbrauch, aber es gibt weder NGOs noch Programme, die auf HIV-Prävention spezialisiert wären (Grund, Öfner & Verbraeck unveröffentlicht, S. 79). Die NAK fördert keine NGOs, die mit Roma Jugendlichen arbeiten (Interview L), obwohl die Bekämpfung der sozialen Ungleichheit und insbesondere die Förderung von Roma in der nationalen Strategie wiederum explizit formuliert wird (Nemzeti AIDS stratégia 2004). Für diesen Mangel ist einerseits sicherlich das Desinteresse der Regierung an der Förderung von Roma verantwortlich, andererseits sind diese NGOs vermutlich nicht stark genug, sich beim NAK durchzusetzen.

Neben dem Mangel an HIV-Präventionsmaßnahmen ist ein weiteres Problem, worauf Grund, Öfner & Verbraeck (unveröffentlicht) hinweisen, dass bei der Gestaltung von Präventionsmaßnahmen kulturelle Aspekte wenig beachtet werden. Roma Sozialarbeiter, die an Drogenpräventionsmaßnahmen teilnahmen, berichteten, dass die kulturellen Traditionen und die schlechten ökonomischen Lebensumstände extreme Barrieren bei der Förderung von Kondombenutzung, Nadelaustauschprogrammen und von Teilnahmen an Screening und Aufklärung bedeuteten.

Prostituierte

Es gibt keine Daten darüber, wie viele Prostituierte HIV-infiziert sind. Es gibt ebenfalls keine Informationen über die Kondombenutzungsrate unter Prostituierten, aber Experten schätzen sie als niedrig ein (Interview I). 90% der Prostituierten arbeiten unter der Aufsicht eines Zuhälters und das heißt, dass sie 50 bis 70% ihres Gehaltes dem Zuhälter geben müssen. Um eigenes Einkommen ohne das Wissen des Zuhälters erhalten zu können, bieten die Frauen „Extra-Dienstleistungen“ an, die grundsätzlich Sex ohne Kondom bedeuten. Aus diesem Grund ist es fast unmöglich, Präventionsarbeit für die Propagierung der Kondombenutzung zu leisten, weil dies weitgehend nicht im finanziellen Interesse der Frauen liegt (Interview I).

Die Sozialarbeiter des Vereins für Prostituierte versuchen trotzdem, die Frauen zu überzeugen, Kondome zu benutzen. Die NGO hat jahrelange Erfahrung auf diesem Gebiet sowie einen guten Zugang zu den Prostituierten und zu ihren Zuhältern in Budapest und Umgebung. In dem Vertrag mit der NAK wurden folgende Präventionsmaßnahmen festgelegt: Streetworking, Kondomverteilungsaktionen und Anfertigung von Flugblättern (Interview L). Die Flugblätter sind in drei Sprachen (ungarisch, rumänisch, russisch) verfügbar und ihr Text wurde von einem Gynäkologen konzipiert, der in der Prostitu-

iertenszene Vertrauen genießt. Der Sprachgebrauch wurde von einigen Prostituierten begutachtet und korrigiert, damit er für sie persönlich wird (Interview I). Interviewte I betonte jedoch, dass die zentrale Tätigkeit des Vereins die interpersonelle Beratung ist, aber auch die Vermittlung von Informationen durch Flugblätter grundlegend wichtig ist, denn auch die Studie von Forrai & Simka (1999) enthält alarmierende Befunde über die Unwissenheit der Frauen bezüglich HIV: Beispielsweise haben 72% der Frauen keine Informationen darüber, wo sie einen HIV-Test durchführen könnten. Interviewte I kommentierte dieses Ergebnis:

„Die Mädchen haben auch kein Interesse dran. Was haben sie davon, wenn sie rausfinden, dass sie krank sind? Sie haben keine Krankenversicherung, um eine Therapie finanziert zu bekommen. Sie könnten mit der Arbeit auch nicht aufhören, weil sie zu Arbeitslosenhilfe nicht berechtigt sind.“ (Interview I)

Deshalb ist Interviewte I der Meinung, dass HIV-Prävention für Prostituierte nur im weiten Kontext möglich ist, der ihnen gleichzeitig konkrete Möglichkeiten anbietet und nicht nur Kondombenutzung oder die Durchführung eines HIV-Tests propagiert. Dieser weitere Kontext der Präventionsarbeit bestehe aus folgenden Tätigkeitsfeldern:

- Die NGO bewirbt sich um Fördergelder für die Weiterbildung von Prostituierten, damit sie im Falle einer HIV-Infizierung, mit der Arbeit aufhören können und neue Verdienstmöglichkeiten in Aussicht haben.
- Die NGO setzt sich für die Legalisierung von Prostitution ein, damit die Frauen in der Illegalität nicht auf den Schutz der Zuhälter angewiesen sind und eine Kranken- und Sozialversicherung abschließen können.
- Die NGO verlangt eine umfassendere präventive Aufklärungsarbeit für junge Frauen, besonders in den ärmeren Regionen und in Jugendheimen, woher die meisten Prostituierten stammen.

6.2.4. Evaluation

Bisher wurden kaum Evaluationen durchgeführt. Auch wenn die Nationale AIDS Strategie festlegt, dass die Projekte jeweils mit der Durchführung der Evaluation beendet werden sollen (Interview L). Dafür ist der wichtigste Grund, dass die NGOs materiell nicht in der Lage sind, ihre Projekte selber zu evaluieren (Interview H). Die einzige verfügbare Evaluation betrifft ein schulisches Aufklärungsprojekt und diente der wissenschaftlichen Forschung. Sie wurde auf Englisch in einer renommierten Fachzeitschrift veröffentlicht (Gyarmathy 2002/a). Die Autorengruppe führte in 32 Budapester Schulen mit insgesamt 3506 Schülern ein auf dem Health-Belief-Modell basierendes AIDS-Aufklärungsprogramm durch. Die Intervention bestand aus einem Vortrag, einer Diskussion, einem Rollenspiel und aus dem Vorführen eines Videofilms. Der fünf Wochen nach der Intervention ausgefüllte Posttest zeigte, dass im Vergleich zur Pre-Test das Wissen der Schüler über die HIV-Verbreitung von 75% auf 91% und über die richtige Benutzung von Kondomen von 72% auf 89% gestiegen ist. Ein weiterer

Befund der Studie ist, dass die Rolle des Lehrers für die Erweiterung des Wissens eine größere Bedeutung hatte als die Interventionsmethode.

6.2.5. Schlussfolgerungen

Die nationale Primärpräventionsstrategie erfüllt in Ungarn kaum die Kriterien von Rosenbrock, die er für eine wirksame HIV-Präventionsstrategie festlegte (vgl. Kapitel 3.3.). Das Kriterium der Frühzeitigkeit ist insofern gegeben, als es eine HIV-Präventionsstrategie offiziell seit 1985 gibt. Unabhängig davon, wie man sie qualitativ beurteilt, beweist diese Tatsache an sich, dass der HIV-Prävention auf der Ebene der Politik bereits früh eine gewisse Bedeutung beigemessen wurde.

Das andere Kriterium, die Konsistenz, trifft für die HIV-Präventionsstrategie allerdings nicht zu, denn die politischen Parteien setzen sich nicht einheitlich für die HIV-Prävention und für andere Themen ein, die mit der HIV-Prävention zusammenhängen (z.B. Drogenkonsum, Roma Minderheit etc.). Die Uneinigkeit der Politik(er) über die Relevanz des Problems zeigt zuerst, dass die NAK während der vorherigen Legislaturperiode aufgelöst wurde. Zweitens wurde ihm nach dem Wiederaufbau auch wenig Handlungsspielraum zugestanden. Auch wenn die Regierung ihr Engagement gegenüber der HIV-Prävention betont und darauf hinweist, dass HIV-Prävention einer der 19 ausgewählten wichtigen Programmpunkten im Gesundheitswesen ist, scheint es eher nur Makulatur als wahres Handlungsziel zu sein. In den im November 2004 durchgeführten Interviews mit NGOs beklagten sich die NGO-Mitarbeiter darüber, dass die NAK ihr Versprechen nicht einlöse, da die im März zugesprochenen Fördergelder noch nicht überwiesen worden seien. Für diesen Missstand machen sie die NAK verantwortlich, wobei die NAK wiederum dem Gesundheitsministerium die Schuld zuschiebt. Es ist eine Tatsache, dass die NAK über kein eigenes Budget verfügt und sich gegenüber dem Ministerium nicht durchsetzen kann. Ein weiterer Kritikpunkt an der NAK ist die mangelnde Transparenz bei der Geldverteilung. Beides, die verspäteten Überweisungen und die mangelnde Transparenz, vergiften nicht nur das Verhältnis zwischen der NAK und den NGOs, sondern auch das der NGOs untereinander; außerdem behindern sie die Durchführung von Interventionen.

Daraus kann man die Konsequenz auf der strukturellen Ebene der Prävention ziehen, dass die Aufgaben und Kompetenzen der NAK veränderungsreif sind. Wenn die NAK nicht nur als „Geldverteilungsorgan“ funktionierte, sondern mehr Kompetenz und Verantwortung erhalten könnte, würde die Durchführung der interpersonellen Interventionen vermutlich reibungsloser laufen. Mehr Kompetenzen würden das Treffen eigener Entscheidungen, eigenes Budget sowie die Durchführung von eigenen Maßnahmen, z.B. von Kampagnen bedeuten. Wenn

der NAK mehr Entscheidungsbefugnisse mit der Begründung verwehrt werden, dass eine Infektionskrankheit mit so einer niedrigen Prävalenz keine große Organisation mit erweiterten Funktionen benötige, sollte überlegt werden, dass das Gesundheitsförderungsinstitut die Planung und Koordination der HIV-Primärprävention und der Durchführung von Kampagnen gegen HIV in ihre eigenen Aktivitäten integriert.

Das dritte Kriterium von Rosenbrock, die Integration der HIV-Prävention in andere Themengebiete, die mit der HIV-Epidemie eventuell zusammenhängen, wird teilweise erfüllt. Ein gutes Beispiel sind die Versuche zur schulischen Gesundheitsförderung, die auch die sexuelle Aufklärung in einen möglichst breiten Kontext einbetten. Diese Integrationsbestrebung trifft leider auf andere Zielgruppen nicht zu. Das Beispiel der i.-v. Drogenbenutzer zeigt z.B., dass die NGOs, die übrigens Nadelaustauschprogramme gut durchführen, sich um die Prävention sexueller Infektionskrankheiten bei i.-v. Drogenbenutzer nicht kümmern (Gyarmathy et al. 2004).

Die ungarische Präventionsstrategie besteht ausschließlich aus interpersonellen Interventionen, da 100% der Präventionsmaßnahmen an NGOs ausgelagert werden. Bevölkerungsweite, multimedial gestützte Kampagnen gibt es kaum. Dies hängt sicherlich mit der geringeren Relevanz in der öffentlichen Wahrnehmung bzw. mit der niedrigen Prävalenz von HIV zusammen. Dabei sollte allerdings nicht vergessen werden, dass Kondombenutzung, die in Kampagnen gut kommuniziert werden kann, nicht nur gegen HIV schützt, sondern auch gegen zahlreiche ebenso gesundheitsgefährdende Infektionskrankheiten. Bei der niedrigen Kondombenutzungsrate, die u. a. zur steigenden Prävalenz von Syphilis führt (Gyarmathy 2002/a), besteht ein dringender Bedarf an der bevölkerungsweiten Propagierung von Kondombenutzung.

Was die Zielgruppen der ungarischen Präventionsstrategie anbelangt, ist festzustellen, dass ein besonderer Schwerpunkt der schulischen Aufklärungsprogramme in der HIV-Prävention liegt. NGOs kritisieren jedoch den Ansatz der Regierung, Lehrer mit der sexuellen Aufklärung zu betrauen. Noch problematischer ist die Haltung der Regierung zu i.-v. Drogenbenutzern. Eine Kritik an den Maßnahmen der NGOs, die die Prävention von sexuellen Krankheiten aussparen, wurde bereits erwähnt. Das Problem auf der Seite der Regierung besteht jedoch darin, dass sie sich nicht eindeutig für Schadensminderungsprogramme einsetzt. Dies könnte nämlich dazu führen, dass mehr als die jetzigen ca. 10% der i.-v. Drogenbenutzer sich an Drogenberatungszentren wenden würden. Das würde einerseits ermöglichen, dass man mehr z.B. durch HIV-Tests über die tatsächliche HIV-Vulnerabilität der Population erfahren könnte. Andererseits gibt es wissenschaftliche Belege dafür, dass für i.-v.

Drogenbenutzer, die an Drogenprogrammen teilnehmen, ein geringeres (HIV-)Risikoverhalten charakteristisch ist (Demetrovics 2003, Gyarmathy 2004). Für Prostituierte gibt es von der Regierung geförderte Präventionsmaßnahmen. Das zeigt zwar einen guten Willen, aber aus dem Interview I stellte sich deutlich heraus, dass das wichtigste Ziel der Maßnahmen, die Propagierung der Kondombenutzung sich solange nicht durchsetzen kann, wie die rechtliche Basis der Prostitution nicht geregelt wird. Die Kausalzusammenhänge wurden bereits dargestellt, an dieser Stelle soll nur noch einmal darauf hingewiesen werden, dass diese Maßnahmen ohne umfassende Reformen nicht wirksam sein können. Ebenfalls sollte die soziale und wirtschaftliche Lage der Roma verändert werden, um wirksame Präventionsmaßnahmen durchführen zu können. Die Verflechtungen der Roma in den Drogenkonsum und in die Prostitution stellen eine besonders hohe HIV-Vulnerabilität dar, auf die die ungarische Regierung bisher kaum reagiert. Grund, Öfner & Verbraeck (unveröffentlicht) konnten zeigen, dass kulturell sensible primärpräventive Maßnahmen für Roma fehlen, obwohl sie für eine erfolgreiche HIV-Präventionsstrategie von elementarer Bedeutung wären.

6.3. ESTLAND

In Estland wurden drei Interviews durchgeführt. Wie es häufig in jedem Land zu erfahren ist, arbeiten einige Experten gleichzeitig für die Regierung und für eine NGO, deshalb war die Kategorisierung von zwei Interviewten schwierig. Interviewte A, die Abgeordnete im Parlament ist, leitete früher eine NGO, zu der sie natürlich auch jetzt enge Kontakte hat. Interviewte C arbeitet für eine Regierungsorganisation (Nationales Institut für Gesundheitsförderung) und für eine NGO (Anti-AIDS Verein). Das dritte Interview (B) wurde mit der Mitarbeiterin einer NGO, dem AIDS Präventionszentrum, durchgeführt.

6.3.1. Problemdarstellung

Vier Jahre nach dem schweren Epidemieausbruch in Estland sind sich die Experten darüber einig, dass das Land bezüglich seiner Präventionsmaßnahmen gegen HIV und Drogengebrauch auf eine Epidemie nicht vorbereitet war (Harro 2004, Kalikov & Wasson-Simon 2004). Obwohl die Epidemie mittlerweile dank einiger Maßnahmen gebremst wurde, gehört Estland immer noch zu den vulnerablen Ländern. In diesem Kapitel wird untersucht, mit welcher Primärpräventionsstrategie sich das Land gegen die weitere HIV-Verbreitung schützt und wie wirksam diese sind.

Das Jahr 2000 ist der tatsächliche Wendepunkt in der HIV-Epidemie in Estland. Während im Jahre 1999 nur 12 neue HIV-Fälle gemeldet wurden, sprang schon im Jahre 2000 die

Inzidenz auf 340, dann 2001 auf 1474. Schließlich gab es am Ende des Jahres 2003 eine Prävalenz von ca. 4000 Infizierten (UNAIDS 2004/a). Experten schätzen jedoch diese Zahl mit Dunkelziffern noch größer, etwa auf 7000-10.000 (UNAIDS 2004/e, Rützel 2004). NGOs vertreten die Ansicht, dass die hohe Zahl der Dunkelziffer an den zu wenigen Screeningstellen liege³³ und die Regierung die Eröffnung von weiteren Screeningstellen nicht unterstützt (Interviewte B).

„Es gibt im Land fünf anonyme und kostenlose HIV-Screeningstellen, die von NGOs betrieben werden. Die anderen möglichen Stellen befinden sich bei Bezirksärzten oder in städtischen Krankenhäusern, die gerade die vulnerablen Populationen wegen Angst vor Demütigung oder Indiskretion nicht gerne aufsuchen.“ (Interview B)

Ca. 80% der Infizierten sind i.-v. Drogenbenutzer und 75% gehören zur russischsprachigen Minderheit. Der erste HIV-Infizierte und kurz darauf das erste große Epidemiezentrum wurden in Narva, in der Hauptstadt des nordöstlichen Verwaltungsbezirks Ida-Virumaa registriert. Hier wohnen überwiegend Russen (ca. 90%), da das Gebiet an Russland grenzt (Interview A). Die Mehrheit der Russen, die etwa 30% der Gesamtbevölkerung ausmachen, leben sozial und wirtschaftlich marginalisiert. Viele sprechen kein Estnisch, sind arbeitslos und haben nach der Unabhängigkeitserklärung von Estland mangels estnischer Sprachkenntnisse keine Staatsangehörigkeit, sondern einen „Aliens` passport“ erhalten. Die Personen, die keine Staatsangehörigkeit haben, haben auch keine Krankenversicherung und damit keinen Zugang zur medizinischen Versorgung und sozialen Dienstleistungen (Harro 2004). Diese sozialen und wirtschaftlichen Voraussetzungen führten dazu, dass etwa 95% aller i.-v. Drogenbenutzer und 85% aller Prostituierten russischstämmig sind (Weilandt et al. 2001 S.101).

Das Durchschnittsalter der Infizierten ist sehr niedrig, was ein typisches Charakteristikum für die osteuropäische HIV-Epidemie ist (vgl. Kapitel 4.1.). Die meisten sind zwischen 15-24 Jahre alt, aber einige haben sich bereits mit 13 Jahren infiziert (Kalikov & Wasson-Simon 2004).

Das Virus verbreitete sich von Ida-Virumaa aus schnell weiter in Richtung Hauptstadt (Tallinn) und dann im ganzen Land. Mittlerweile werden immer mehr Infizierungen infolge sexueller Übertragung gemeldet. In Tallinn ist zwar weiterhin die i.-v. Drogenbenutzung der dominante Übertragungsweg (70% aller Infizierungen), aber die Regierung betont, dass mittlerweile jede/r zweite HIV-Kranke sich in Ida-Virumaa bereits auf sexuellem Weg infizierte (Harro 2004).

³³ Diese Erklärung für die hohen Dunkelziffern kam auch in den anderen beiden osteuropäischen Ländern immer wieder zum Ausdruck.

Das grundlegende Problem, das zum Epidemieausbruch führte, besteht darin, dass Estland wenig Erfahrung in der Drogenprävention hat und Schadensminderungsprogramme bis 2002 trotz der Forderungen von Fachleuten nicht eingeführt wurden. Experten haben schon Mitte der 90er Jahre davor gewarnt, dass der zunehmende i.-v. Drogenkonsum und die gemeinsame Nadelbenutzung (etwa bei 40-50% der Drogenbenutzer) dramatische Folgen haben kann, was sich bereits 1995-1996 in der hohen Prävalenz von Hepatitis B und C zeigte (Kalikov & Wasson-Simon 2004 S.5). Die Politiker ignorierten dennoch diese Warnsignale und haben dem Drogenkonsum und HIV keine Aufmerksamkeit geschenkt, solange sich die Lage nicht zuspitzte.

„Zuerst bekamen wir die Heroin-Epidemie, dann eine der schlimmsten HIV-Epidemien in Osteuropa.“ (Kalikova unveröffentlicht)

„Die Regierung versuchte immer nur das HIV-Problem zu vertuschen, statt es zu lösen. Estland hat sich das Ziel des EU-Betriebs mit höchster Priorität gesetzt. Während der Verhandlungen versuchte man die Tatsache zu verschweigen, dass Estland 10.000 weitere HIV-Infizierte in die EU mitbringt. [...] Stattdessen hätten sie darüber reden und dann handeln sollen.“ (Interview B)

Schadensminderungsprogramme als Pilotprojekte wurden zwar durch die Finanzierung der Soros Stiftung in den 90er Jahren durchgeführt, aber die Regierung gab erst 2002 finanzielle Unterstützung dafür (Kalikova unveröffentlicht). Experten aus NGOs und auch seitens der Regierung sind einheitlich der Meinung, dass der Rückfall der Inzidenz im Jahre 2002 um 40% auf die Einführung der Schadensminderungsprogramme zurückzuführen ist (Interviewte A). Die Lage ist dennoch weiterhin beunruhigend: Nach Schätzungen werden nur etwa 15-20% der i.-v. Drogenbenutzer mit diesen Programmen erreicht. Die restlichen 80-85% der Drogenbenutzer teilen weiterhin Nadeln und Spritzen miteinander (Kalikov & Wasson-Simon 2004 S.6).

Die spiralartigen Folgen der nicht verhinderten HIV-Epidemie unter i.-v. Drogenbenutzern zeigen sich auch im hohen Anteil (über 10%) der HIV-Infizierten unter den Gefängnisinsassen. Es steht zu befürchten, dass diese Zahl noch weiter zunimmt, da die jungen HIV-infizierten i.-v. Drogenbenutzer immer wieder Straftaten verüben werden, um an das Geld für die Drogen zu gelangen (Interview B). Sozialarbeiter aus den NGOs berichten, dass das Virus sich im Gefängnis primär auf intravenösem Weg (gemeinsamer Nadelgebrauch) verbreitet, aber auch ungeschützter Geschlechtsverkehr sowie unsterile Tätowierungsmethoden begünstigen die schnelle Verbreitung. Die Droge kommt auf „mysteriösem“ Weg, meist durch Korruption, ins Gefängnis (Kalikov & Wasson-Simon 2004).

Das Justizministerium hat zwar versucht, diese „korrupte Spur“ aufzuspüren, hatte dabei aber nur wenig Erfolg. Ein Strategiewechsel erfolgte im Jahre 1998. Seitdem werden Drogenprävention (Primärprävention) und Entzugstherapie (Tertiärprävention) in den Einrichtungen in den Vordergrund gestellt (Sarapuu 2004). Die Etablierung der

Drogenprävention bedeutet aber nicht gleich die Einführung der Schadensminderungsprogramme. Sie sind moralisch bzw. politisch umstritten, denn sie bewirken kein drogenfreies Leben, sondern lediglich die Reduzierung der während der Drogenbenutzung zugefügten Schäden (Kalikov & Wasson-Simon 2004 S.8). Aus diesem Grund ist das Verhältnis der Regierung zu diesen Programmen ambivalent und sie legt mehr Wert auf Entzugstherapien (Sarapuu 2004). Für die HIV-Prävention ist die Durchführung solcher Programme jedoch von großer Bedeutung, weil es immer i.-v. Drogenbenutzer gibt, die keine Entzugstherapie machen wollen und weiterhin Drogen im Gefängnis nehmen. Bei ihnen ist der gemeinsame Nadel- und Spritzengebrauch besonders verbreitet und sie benötigen deshalb unbedingt die Schadensminderungsprogramme (Interview B).

„Die Regierung ist vor allem mit dem Nadelaustauschprogramm nicht einverstanden, die Verteilung der Kondome geht eher reibungslos. Der Global Fund legt zwar die Durchführung von Schadensminderungsprogrammen als Voraussetzung der finanziellen Unterstützung fest und der Justizminister kündigt auf verschiedenen internationalen Kongressen ihre Einführung an, aber in der Praxis passiert wenig.“ (Interview B)

Seit 2002 zeigt die HIV-Inzidenz in Estland eine sinkende Tendenz³⁴. Dabei hat einerseits die Einführung der Schadensminderungsprogramme seitens der Regierung eine maßgebliche Rolle gespielt. Andererseits trägt die finanzielle und inhaltliche Unterstützung durch den Global Fund, der seit 2003 in Estland präsent ist, sicherlich zum Erfolg des Zurückdrängens der Epidemie bei. Um die Voraussetzungen der Unterstützung des Global Funds zu erfüllen, musste Estland einige Veränderungen aber schon vor der Bewerbung um die Unterstützung durchführen³⁵. The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria³⁶ verwaltet und finanziert Ressourcen durch eine neue öffentlich-private Partnerschaft. Im Aufsichtsrat und im Beratergremium sitzen die Vertreter von Staaten, von Geldgebern und Zivilorganisationen, sowie von der Weltbank. Die Unterstützung in Estland bezog sich auf den Zeitraum zwischen 2003 bis 2005, aber sie wurde über zwei weitere Jahre verlängert (bis 2007). Bis 2007 soll das Land solche primärpräventiven Strukturen aufbauen, die auch nach dem Ablauf der Unterstützung des Global Funds wirksam funktionieren.

6.3.2. Konzept der Primärprävention

Struktur

Die erste nationale Strategie gegen HIV entstand 1992, darauf folgte 1997 die nächste. Die finanzielle Ausstattung beider Strategien war jedoch völlig unzureichend. Der Geldmangel für die Maßnahmen hing mit dem geringen Stellenwert der Strategie als unverbindliches

³⁴ 2001 gab es 1474 neue Infizierungen. Diese Zahl betrug 2002 899 Fälle, im Jahr 2003 840 Fälle und im Jahr 2004 nur 497 Fälle (Interview A).

³⁵ The Global Fund unterstützt z.B. nur Länder, deren Regierung Schadensminderung einführt und fördert (Interview J).

Regierungsprogramm und der daraus resultierenden geringen Durchsetzungsfähigkeit zusammen. Die Strategie wurde grundsätzlich vom Nationalen AIDS Zentrum, in Rücksprache mit dem Sozialministerium und NGOs ausgearbeitet (Interview A).

Kurz nach dem Epidemieausbruch, im Jahre 2002 wurde die dritte nationale Strategie in Zusammenarbeit mit einer WHO-Expertengruppe für den Zeitraum 2002-2006 festgelegt, die nach dem Erhalt der finanziellen Unterstützung durch den Global Fund im Jahre 2003 inhaltlich, insbesondere bezüglich der Primärprävention, leicht ergänzt wurde (Harro 2004). Im Jahre 2003 wurde eine weitere Veränderung durchgeführt. Die Regierung löste das Nationale AIDS Zentrum auf und gründete das Nationale Institut für Gesundheitsförderung (im weiteren **NIG**)³⁷, das die HIV-Prävention koordinieren sollte. NGOs kritisierten diese Entscheidung der Regierung und warfen ihr vor, dass sie es unüberlegt die Bedingungen vom Global Fund erfüllen will (Interviews A, B).

„Die Mitarbeiter des Nationalen AIDS Zentrums wurden entlassen, obwohl sie wirklich gute Fachleute waren. Man kann sie nicht alleine für die epidemiologische Explosion verantwortlich machen! Ich finde, die Rationalisierung ist ein berechtigter Gedanke, wenn man das mit Überlegung macht. Hier wurde aber mit dem Wasser auch das Kind aus der Badewanne geschüttet.“ (Interview A)

Die NGOs bemängeln, dass die Mitarbeiter sehr jung seien und über wenig fachspezifisches Wissen verfügten. Die Kritikpunkte können insofern berechtigt sein, dass das NIG tatsächlich in kurzer Zeit und in Eile aufgebaut wurde und am Anfang beschäftigte sich das Institut trotz seines viel versprechenden Namens nur mit HIV-Prävention. Mittlerweile entwickelt das NIG Programme auch auf anderen Gebieten der Gesundheitsförderung (z.B. Tuberkulose, Drogenbenutzung, Rauchen etc.). Selbst eine Mitarbeiterin des NIGs bestätigte, dass der Aufbau nicht reibungslos funktionierte und es ein wenig Zeit brauche, bis „die Sachen in Fahrt kommen“ (Interview C).

Der Global Fund hat einen Vertrag mit dem NIG unterschrieben und letzteres ist somit verantwortlich für die Durchführung der Strategie und die fachkundige Verteilung der Gelder. Der sog. CCM (Akronym von Country Coordinating Mechanism, d.h. Landeskoordinierungsmechanismus) beaufsichtigt und kontrolliert die Durchsetzung der nationalen Strategie und die Arbeit des NIGs als übergeordnete öffentliche Kommission mit Mitgliedern aus der Regierung und aus NGOs (Kalikov & Wasson-Simon 2004).

³⁶ www.theglobalfund.org

³⁷ Auf der Webseite vom Nationalen Institut für Gesundheitsförderung (www.tai.ee/?id=1646) sind leider nur begrenzt englischsprachige Informationen zu erhalten.

Die nationale Strategie

Im Folgenden werden die sieben Programmpunkte aus dem Vertrag mit dem Global Fund als Grundlinien der Strategie vorgestellt, nicht die nationale Strategie selbst. Grund hierfür ist erstens, dass diese Programmpunkte sich, im Gegensatz zur nationalen Strategie, überwiegend auf Primärprävention beziehen und die einschlägigen primärpräventiven Ziele der nationalen Strategie enthalten. Zweitens ist dieses Dokument entscheidender als die nationale Strategie, denn der Global Fund hat als Geldgeber im Moment den größten Einfluss auf die Festlegung bzw. Durchführung der Projekte.

Die nationale Strategie besteht im Übrigen auch aus sieben Programmzielen, von denen aber nur drei auf Primärprävention fokussieren (National HIV/AIDS Prevention Programme... 2002). In allen Programmzielen sind eine Menge Aktivitäten aufgelistet, die zwar großen Tatendrang erkennen lassen, die Realisierbarkeit der vielschichtigen und breiten Programmskala ist jedoch fraglich. Die Ziele sind etwas grob formuliert, wobei sicherlich damit gerechnet werden soll, dass sie im Laufe der Durchsetzung noch präzisiert werden.

Hingegen ist in der Strategie des Global Fund zu beobachten, dass jedes Ziel von den einzelnen Zielgruppen ausgehend exakt und mit konkreten Durchsetzungsvorgaben ausgearbeitet ist. Die sieben festgelegten Zielgruppen enthalten Jugendliche, i.-v. Drogenbenutzer, Prostituierte, Gefängnisinsasse, homo- und bisexuelle Männer, HIV-Infizierte und die verschiedenen Organisationen, die eventuell an der HIV-Prävention beteiligt werden können. Bei jedem Punkt wurde die Ausgangssituation meist durch eine Baseline-Messung festgelegt. Außerdem wurden „Teilziele“ für jedes Quartal in dem ersten Jahr, später für ein ganzes Jahr definiert, um das vorgenommene Ziel verwirklichen zu können.

Im Weiteren werden die Ziele aus der Strategie des Global Fund zusammengefasst (Program Grant Agreement... 2003).

Ziel 1. Reduzierung des Risikoverhaltens und Erweiterung des Wissens über HIV bei Jugendlichen zwischen 15-24 Jahren

Dieses Ziel beinhaltet die Erhöhung der Kondombenutzungsrate von 46% auf 56% in zwei Jahren durch schulische Interventionen sowie die Durchführung von Kampagnen zur Vermittlung korrekter Informationen über die HIV-Übertragung. Laut der Baseline-Messung hatten 53% der Jugendlichen im Jahre 2003 richtige Antworten über mögliche HIV-Übertragungsarten gegeben. Diese Rate soll um 10% erhöht werden. Dieses Thema ist besonders wichtig, denn Weilandt et al. (2001, S.133) berichten über die Ergebnisse einer Befragung unter estnischen Schülern, wonach 20% der Schüler von HIV/AIDS nie gehört haben und 50% das Fernsehen als die wichtigste Informationsquelle angaben.

Ziel 2. Schadensminderung bei i.-v. Drogenbenutzern unter 25 Jahren

Nach einem Jahr sollen mindestens 1400 i.-v. Drogenbenutzer in Nadelaustauschprogramme einbezogen und alle Besucher der Beratungsstellen über die Wichtigkeit und Folgen der Kondombenutzung aufgeklärt werden.

Ziel 3. Reduzierung des Risikoverhaltens von Prostituierten und die Risiken der Mutter-Kind-Übertragung

Das wichtigste Ziel ist dabei die Erhöhung der Kondombenutzungsrate und die Aufklärung über HIV-Übertragungswege sowie die Vorbeugung gegen Mutter-Kind-Übertragung. In zwei Jahren wird eine Steigerung der Kondombenutzungsrate mit dem letzten Klient um 10% angestrebt.

Ziel 4. HIV-Prävention in den Gefängnissen

45% der Gefängnisinsassen wurden bereits durch Interventionen erreicht und über mögliche HIV-Übertragung aufgeklärt. Diese Rate soll in zwei Jahren auf 80% erhöht werden. Außerdem sollen alle Möglichkeiten für die Vermeidung des Risikoverhaltens geschaffen werden, d.h. sterile Nadeln und Spritzen sowie Kondome sollen überall unproblematisch (z.B. der Wächter soll darüber nicht Bescheid wissen etc.) verfügbar sein.

Ziel 5. Reduzierung des Risikoverhaltens und Erweiterung des Wissens über HIV bei homo- und bisexuellen Männern

Ähnlich wie beim Ziel 1. soll die Kondombenutzungsrate erhöht und durch Interventionen sollen korrekte Informationen über HIV-Übertragung vermittelt werden. Nach einem Jahr sollen ca. 100 000 Kondome verteilt werden, um die Kondombenutzungsrate um 10% in zwei Jahren zu erhöhen. Die Wirksamkeit der Wissenserweiterung über HIV wird anhand einer Steigerung der Anzahl der richtigen Antworten über die HIV-Verbreitung von ca. 15% nach zwei Jahren gemessen.

Ziel 6. Entwicklung der Lebensqualität von HIV-Infizierten durch erleichterten Zugang zur medizinischen Versorgung

Dieses Ziel hat zwar keinen primärpräventiven Inhalt, aber es schafft insofern eine Verbindung zur Primärprävention, als die Thematisierung der Schwierigkeiten der HIV-Infizierten zur Sensibilisierung der Bevölkerung gegenüber diesem Phänomen führt.

Ziel 7. Verstärkung der institutionellen Kapazitäten und der Zusammenarbeit zwischen Organisationen bezüglich der Festlegung und Verwirklichung der Ziele

Die zahlreichen NGOs in Estland brauchen eine verzahnte und koordinierte Zusammenarbeit miteinander, aber auch mit den offiziellen Behörden und Ministerien. Aus diesem Grunde

werden Trainings über Management einer Organisation und über Evaluation, sowie Foren zum Erfahrungsaustausch geschaffen.

Akteure

Das Sozialministerium, das für Gesundheitsthemen, darunter auch für HIV-Prävention zuständig ist, legte die Notwendigkeit der interdisziplinären Zusammenarbeit der verschiedenen Ministerien schon in früheren nationalen Strategien fest. Anhand der Auskünfte der Interviewpartner findet aber immer noch keine Kooperation zwischen den Ministerien statt und alle beklagten sich über die fehlende Integration des HIV-Themas in andere Disziplinen.

„Es scheint recht schwierig zu erreichen, dass Ministerien nicht nur Versprechen auf dem Papier geben, sondern sich auch in der Praxis für die HIV-Prävention einsetzen.“ (Interview A)

Durch die Präsenz des Global Funds, der gegenwärtig der wichtigste Akteur der estnischen Primärpräventionsstrategie ist, wird jedoch mittlerweile ein stärkerer Druck auf die Zusammenarbeit ausgeübt. Der Global Fund stellt vermutlich eine höhere Autorität dar als das Sozialministerium und der Erhalt bzw. die Verlängerung der finanziellen Hilfe ist ein gemeinsames Interesse von Estland und von allen Ministerien. In der Programmbeschreibung des Global Funds sind folgende Akteure aufgelistet: Sozialministerium, Justizministerium, Innenministerium, Verteidigungsministerium und Bildungsministerium, Nationales Institut für Gesundheitsförderung (NIG), lokale Verwaltungsbehörden und zahlreiche NGOs. Jeder Akteur delegiert ein Mitglied in den bereits erwähnten CCM (Landeskoordinierungsmechanismus), der die Durchsetzung der nationalen Strategie und die Arbeit des NIGs als übergeordnete öffentliche Kommission beaufsichtigt und kontrolliert (Program Grant Agreement...2003 S.19). In der Programmbeschreibung wird dies zwar nicht erwähnt, aber die Stadtverwaltung von Tallinn³⁸ ist auch engagiert in der HIV-Prävention und finanziert aus eigenem Budget zahlreiche Projekte (vgl. 6.3.3.). Es gibt außerdem eine parlamentarische Kommission für HIV/AIDS, deren Mitglieder aus allen Parteien kommen und ein einjähriges Mandat haben. Sie berät das Parlament und macht Vorschläge bei der Gestaltung der nationalen Strategie (Interview A).

Finanzierung

Für den Zeitraum 2003-2007 stellt der Global Fund ca. 5,2 Mio. Euro zur Verfügung, mit denen die Durchsetzung der oben beschriebenen Ziele verwirklicht werden soll (Program Grant Agreement... 2003). Durch die Zustimmung des Parlaments erhält das

³⁸ Wie bereits betont, war nicht Tallinn der Ausgangspunkt der Epidemie, aber mit der Zeit verschob sie sich immer mehr nach Tallinn und inzwischen ist die Hauptstadt das Zentrum der Epidemie geworden (Raudsepp & Tomberg 2004).

Sozialministerium ein Jahresbudget von ca. 1 Mio. Euro für alle Präventionsarten gegen HIV (National AIDS/HIV Prevention Programme... 2002). Auch wenn dieser Betrag auf den ersten Blick wenig scheint, darf man nicht vergessen, dass Estland ein kleines Land mit 1,4 Mio. Einwohnern ist.

Einige NGOs klagen darüber, dass sie durch die neue Leitung des NIGs außer Acht gelassen werden und dass die versprochenen Fördergelder meist nicht pünktlich ankommen (Interview B). Neben der Regierung ist die wichtigste Finanzierungsquelle die Soros-Stiftung. Auch ausländische Vertretungen, vor allem aus den USA, aus Kanada, Finnland, Norwegen und Schweden, arbeiten gelegentlich mit lokalen NGOs zusammen und übernehmen auch die Finanzierung der Projekte teilweise oder vollständig (Interview B).

6.3.3. Durchführung der Maßnahmen

Kampagnen

Kampagnen spielten in der bisherigen Präventionsstrategie kaum eine Rolle (Interview A, B). Der Bedarf an bevölkerungsweiten oder zielgruppenspezifischen Kampagnen zur Wissenserweiterung und Sensibilisierung gegenüber AIDS wurde auch in der nationalen Strategie formuliert, aber in der Tat begrenzte dies sich nur auf Sponsoring von Rockkonzerten, Sommer-Events und auf einige Plakate über „Stop AIDS“ (Weilandt et al. 2001, S.104, Interview A) (Grafik 9.).



Grafik 9. Stop AIDS. Plakat zur Kampagne aus Estland. Die Hotline heißt: Prost auf die Liebe.

Quelle:

<http://www.hot.ee/peereducation/peereducation.htm>

Da die NGOs den Großteil der Präventionsarbeit durchführen, dominieren eher die interpersonellen Interventionen unter den Maßnahmen. Aus dem lange dauernden politischen Desinteresse an der HIV-Epidemie folgte, dass die rechtliche Basis und das Budget des früheren Nationalen AIDS Zentrums nicht für die Durchführung von komplexeren Kampagnen ausreichten, sondern nur für „kleinere“ Interventionen. Mit dem Epidemieausbruch wurde der Akzent sogar verstärkt auf interpersonelle Interventionen gelegt, da in der Krise eher gezielte Maßnahmen für betroffene oder stark gefährdete Gruppen erwünscht waren, als die Sensibilisierung der breiten Bevölkerung.

Die neue Strategie des Global Funds erwähnt beim ersten Ziel die Notwendigkeit der Durchführung von Kampagnen als Mittel zur Wissenserweiterung und Propagierung der Kondombenutzung für die Zielgruppe der Jugendlichen. Bis zur Gegenwart sind aber noch keine Spots, Plakate oder ähnliche Werbematerialien in der Öffentlichkeit zu sehen. Im Programm ist übrigens die Verantwortlichkeit für diese Aufgabe nicht festgelegt.

Interpersonelle Interventionen

Die interpersonellen Interventionen bilden eigentlich die einzige und wichtigste Bastion der estnischen Primärprävention. Die Vielfältigkeit der NGO-Landschaft sowie ihre Expertise und gute Organisation gewährleisten, dass fast alle Maßnahmen an NGOs ausgelagert werden. Die Dimension der NGO-Arbeit zeigt sich daran, dass das NIG mit mehr als 30 NGOs Verträge abgeschlossen hat (Harro 2004), aber selbst keine Interventionen durchführt. Was die Aktivitäten und die Zielgruppen der NGOs betrifft, werden am häufigsten Interventionen für junge i.-v. Drogenbenutzer und sexuelle Aufklärung in den Schulen durchgeführt.

Junge i.-v. Drogenbenutzer

In Estland ist die HIV-Epidemie zuerst unter den jungen i.-v. Drogenbenutzern explodiert und diese Gruppe ist immer noch am schwersten betroffen. Obwohl die Zahl der HIV-infizierten Drogenbenutzer dank der Schadensminderungsprogramme insgesamt deutlich zurückgegangen ist, soll man darauf hinweisen, dass i.-v. Drogenmissbrauch in Estland extrem verbreitet ist. Experten schätzen die Zahl der i.-v. Drogenbenutzer etwa auf 15 000, d.h. 1% der gesamten Bevölkerung greift zu intravenösen Drogen (Kalikov & Wasson-Simon 2004). Diese Zahl ist enorm hoch und erfordert umfassende Präventionsmaßnahmen, die die Verbreitung verschiedener Infektionskrankheiten, darunter auch HIV, verhindert.

Neben einigen kleineren Organisationen engagiert sich das AIDS Präventionszentrum³⁹ für die i.-v. Drogenbenutzer, die von einigen ehemaligen Mitarbeitern des einstigen, mittlerweile aufgelösten Nationalen AIDS Zentrums gegründet wurde. Das AIDS Präventionszentrum ist heute eine der größten NGOs Estlands. Seine Aktivitäten bestehen aus Nadel- und Spritzenaustausch, Beratung, Streetworking und Aufklärung über Safer-Sex bzw. sicheren Drogengebrauch (Interview B). Die Stadtverwaltung von Tallinn finanziert auch primärpräventive Drogenprojekte von NGOs sowie Events für Jugendliche, eine kostenlose Non-Stop-Hotline für Jugendliche mit Drogen- und HIV-Problemen und Sommerferienprogramme für vulnerable Jugendliche (Raudsepp 2004).

Gefängnisinsassen

In der Problemdarstellung wurde bereits erwähnt, dass Gefängnisinsassen besonders stark von HIV gefährdet sind. Dies fordert ein schnelles Handeln in der Prävention. Mit dieser Zielgruppe beschäftigt sich die NGO Convictus⁴⁰, die die Schwesterorganisation der gleichnamigen schwedischen NGO ist. Die Aktivitäten der NGO erstrecken sich auf drei Bereiche (Interview B):

- Es werden Vorträge bzw. Seminare organisiert, in denen über HIV und seine Verbreitungsarten diskutiert wird. Neben der Wissensvermittlung ist die Bekämpfung der Diskriminierung ein wichtiges Ziel. Es kam mehrfach vor, dass Gefängnisinsassen die Teilung der Zelle mit einem Infizierten verweigerten (Latsin 2004).
- Im Rahmen der von der Regierung vorgeschriebenen Drogenprävention (vgl. 6.3.1 Problemdarstellung) werden Aufklärungsmaterialien und Diskussionen in kleinen Gruppen zu diesem Thema organisiert.
- Der Durchführung von Schadensminderungsprogrammen schenkt Convictus besonders viel Aufmerksamkeit, da – wie erwähnt wurde – mangels Engagements der Regierung auf diesem Gebiet ein großer Bedarf besteht.

Sexuelle Aufklärung in der Schule

Neben der Präventionsarbeit mit Drogenbenutzern ist die sexuelle Aufklärung in der Schule ein wichtiges Tätigkeitsfeld der NGOs. Dieses Thema ist zwar in dem Lehrcurriculum des Biologieunterrichts enthalten, aber tatsächlich behandelt kein Lehrer dieses Thema aufgrund von Schamgefühl und mangelnder Kompetenz. NGOs zeigten sich bereit, mit ausgebildeten Trainern Aufklärung in der Schule zu betreiben. Im Rahmen des Global Fund Programms werden 40 000 Schüler mit solchen Interventionen erreicht. Die kontroverse Diskussion zu diesem Thema wurde schon in der Fallstudie über Ungarn dargestellt. Genau wie Ungarn ist die Regierung in Estland eher für die Engagierung der Lehrer als für die Beauftragung der NGOs (z.B. peers) mit dieser Aufgabe. Interviewte A aus der Regierung räumt ein, dass die ausgebildeten Trainer sicherlich geeigneter für diese Aufgabe sind als die einfachen Lehrer. Dennoch plädierte sie für einen Aus- bzw. Fortbildungskurs zur sexuellen Aufklärung für bereitwillige Lehrer. Die Lehrer bleiben nämlich auch nach dem Ablauf des Vertrages mit dem Global Fund oder zu Zeiten knapper Ressourcen in den Schulen und setzen ihre Tätigkeit fort, wogegen NGOs sich vielleicht wegen Geldmangel nicht dauerhaft engagieren können.

Neben dem AIDS Präventionszentrum führen noch drei weitere NGOs schulische Aufklärung durch. Die Soul Care Foundation⁴¹ spezialisierte sich auf „peer counselling“ (Gleichaltrige

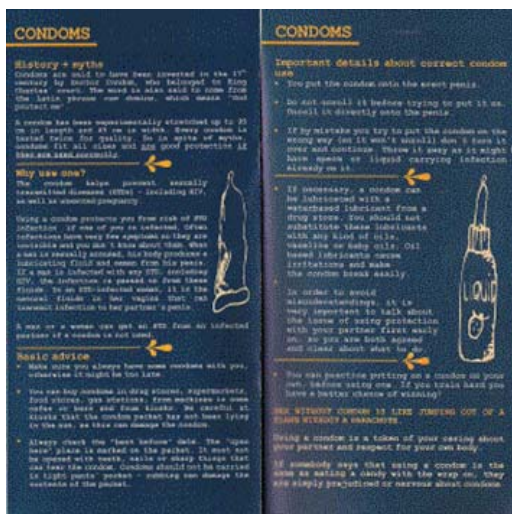
³⁹ www.aids.ee

⁴⁰ www.convictus.ee

⁴¹ www.hot.ee/peereducation

beraten einander) und bildet permanent „peers“ unter der Leitung von Fachleuten für diese Arbeit aus. Der Anti-AIDS Verein⁴² bietet seit 1997 sexuelle Aufklärung vor allem für die russischsprachigen Jugendlichen an und erreichte bisher 7000 Menschen mit seinen Programmen. Die Zielgruppen sind Schüler zwischen 13-18 Jahren und Auszubildende sowie Wehrpflichtige zwischen 18-24 Jahren. Die Programme werden “interaktive Workshops“ genannt und dauern vier bis zwölf Stunden. Der Familienplanungsverein⁴³ und das bereits erwähnte AIDS Präventionszentrum machen auch schulische Prävention und haben jeweils eine Internethotline.

Das AIDS Präventionszentrum verfügt über vielfältige Aufklärungsmaterialien: es gibt Flyers, Freecards, Aufkleber, Büchlein etc. sowie Broschüren von UNAIDS. Der überwiegende Teil der gedruckten Materialien wird ins Russische, ganz wenige auch ins Englische übersetzt. Die Materialien sind für verschiedene Altersklassen gedacht, da sie unterschiedlichen Informationsinhalt und Sprachgebrauch enthalten. Es gibt detaillierte Beschreibungen für ältere und gebildete Jugendliche (Grafik 10.), aber auch „vereinfachte“ Versionen (Grafik 11.). Bei der Durchsicht der Aufklärungsmaterialien fällt auf, dass über Sexualität offen und mit klaren Worten gesprochen wird.



Grafik 10.
Beispiele aus dreisprachigem estnischem Aufklärungsbüchlein über HIV/AIDS für verschiedene Zielgruppen (auf Englisch)
 Quelle: AIDS Präventionzentrum



Grafik 11.

⁴² www.hot.ee/antiids
⁴³ www.amor.ee

Weitere Zielgruppen

Interventionen für homo- und bisexuelle Menschen werden zwar von der NGO „Estonian Gay League“⁴⁴ angeboten, aber auf ihrer Webseite und in anderen Dokumenten sind keine konkreten Informationen über ihre Präventionsmaßnahmen auffindbar. Primärpräventive Interventionen für Frauen, für sozial Benachteiligte oder für andere Zielgruppen sind ebenfalls nicht dokumentiert.

6.3.4. Evaluation

Der Global Fund legt die Wichtigkeit der Wirksamkeitsmessung in jeder Programmbeschreibung fest (Harro 2004). Wie schon erwähnt, wurden konkrete Ziele und Indikatoren zu jedem „Unterprogramm“ entwickelt (Monitoring and Evaluation Toolkit⁴⁵). Leider sind im Internet noch keine Berichte über die (Teil)Ergebnisse der Evaluation erreichbar und meine Interviewpartner konnten nur bestätigen, dass die Prozess- und Programmevaluation in Vorbereitung sind. Weitere Interviews mit Regierungsexperten wären nötig gewesen, um auf persönlichem Weg detailliertere Informationen über die geplanten Evaluationen zu erhalten. Meine Interviewpartner in Estland waren leider in erster Linie aus der NGO-Szene, die gerade über die umfassenden, von staatlicher Institution geleiteten Programme, wie z.B. Evaluationen, kaum Auskunft geben konnten.

6.3.5. Schlussfolgerungen

Die nationale Primärpräventionsstrategie erfüllt in Estland kaum die Kriterien von Rosenbrock für eine wirksame HIV-Präventionsstrategie (vgl. Kapitel 3.3.). Die mangelnde Frühzeitigkeit der Maßnahmen zeigt sich allein schon im schweren Epidemieausbruch im Jahre 2000. Laut Interviewter A fehlten bis 2000 komplett die notwendigen primärpräventiven Maßnahmen im Bereich des Drogengebrauchs und der sexuellen Aufklärung. Schließlich anerkennt die Leiterin des staatlichen Gesundheitsförderungsinstituts (NIG), Ms. Harro in einem Dokument (2004) auch, dass die Regierung auf dem Gebiet der HIV-Prävention vieles versäumt und dies zum Epidemieausbruch beigetragen habe. Regierung und NGOs bedauern, dass die notwendigen Schadensminderungsprogramme erst viel zu spät eingeführt wurden. Dabei hätte man angesichts der hohen Zahl der i.-v Drogenbenutzer in Estland vermuten können, dass es ohne diese Programme leicht zu einer HIV-Epidemie kommen kann. Die genauen Ursachen für dieses fahrlässige Verhalten erschließen sich aus den Interviews nicht unmittelbar. Für eine genaue Ursachenforschung wären daher weitere Untersuchungen nötig.

⁴⁴ www.ngonet.ee/db/ngo?rec=00363

Im Rahmen einer Gesamtschau des gesammelten Materials lassen sich dennoch folgende Vermutungen aufstellen, auch wenn es für deren Verifizierung weiterer Untersuchungen bedürfte: Estland stand auch noch im Jahr 2000 als ehemalige Sowjetrepublik stark unter dem Einfluss der sowjetischen Tradition gesellschaftlich problematische Randgruppen wie i.-v. Drogenbenutzern zu ignorieren. Dies wurde dadurch verschärft, dass nach der Unabhängigkeit die russischstämmige Minderheit in Estland sozial benachteiligt wurde, so dass der Impetus für ein politisches Commitment zugunsten der Opfer gerade zu Beginn der Epidemie nur gering war. Erst als die Ausmaße der Epidemie klar wurden, begann die Regierung nach Lösungen zu suchen. Dabei wurde die Regierung durch die Präsenz des Global Funds unterstützt.

Konsistenz und Integration lassen sich erst seit dem Epidemieausbruch und vor allem seit der Präsenz des Global Funds beobachten. Der internationale Druck auch von anderen Organisationen wie der EU, UNAIDS etc. ist bei der bereits beschriebenen Dimension der HIV-Inzidenz im Lande immer stärker geworden.

Die Unterstützung und beachtliche Erfahrung des Global Funds bedeutet somit für Estland einen Meilenstein in der HIV-Bekämpfung. Sie verhalf dem Land nicht nur zu einem erhöhten Budget für den Kampf gegen HIV, sondern auch zu einer beispielhaft klaren und präzisen Präventionsstrategie für alle gefährdeten Gruppen. Dadurch erlangte die HIV-Prävention einen höheren Stellenwert auf der politischen Agenda aller Parteien. Zudem sorgte das Engagement des Global Funds für die Einbeziehung von HIV-relevanten Themen (z.B. soziale Bedingungen in Gefängnissen) in eine HIV-Gesamtstrategie.

Der baldige Ablauf des Vertrags mit dem Global Fund im Jahre 2007 stellt jedoch Estland vor eine große Herausforderung, da das Land dann in der HIV-Prävention auf eigenen Füßen stehen muss. Um dies zu erreichen, soll das NIG mehr Kompetenzen und Verantwortung in der Koordinierung der Primärprävention bekommen und Kampagnen für die bevölkerungsweite Sensibilisierung und Wissensvermittlung über HIV sowie soziales Marketing für Kondomgebrauch durchführen. Die gegenwärtigen Mängel und Probleme lassen sich zum großen Teil auf die Unerfahrenheit des erst jüngst gegründeten NIGs zurückführen. Seine etwas schwache Position schafft unsichere und unklare Umstände in der Präventionspolitik. Man kann behaupten, dass gegenwärtig der Global Fund und die NGOs die Hauptakteure der estnischen Primärpräventionsstrategie sind und der Staat und seine Organisationen (vor allem das NIG) aber passiv zu sein scheinen. Das NIG muss seine Kapazitäten stärken, um nicht nur der Vermittler zwischen Global Fund und den NGOs zu sein, sondern viel mehr eine starke Rolle in der Koordination der HIV-Prävention zu erfüllen.

⁴⁵ <http://www.tai.ee/?id=2422>

Die NGO-Landschaft ist erfreulicherweise bunt und reich. Die zahlreichen NGOs arbeiten zwar mit vollem Elan, jedoch ohne Koordination. Die Interviewten aus NGOs haben den Eindruck, dass die mangelnde Koordination an manchen Stellen zu Parallelmaßnahmen bzw. „Überversorgung“ führt, während es an anderen Stellen „Unterversorgung“ gibt. Zu den Schwächen der Strategie bzw. der Arbeit des NIGs gehören auch die fehlenden theoretischen Grundlagen, auf der die Präventionsmaßnahmen basieren und die klare Verhältnisse gewährleisten könnten.

Was die Durchsetzung der Strategie betrifft, fehlen die bevölkerungsweiten Kampagnen leider vollständig, was sich in Anbetracht der steigenden Inzidenz in der heterosexuellen Bevölkerung als besonders problematisch erweist. Dagegen sind interpersonelle, von NGOs durchgeführte Interventionen zahlreich vorhanden. Ein Großteil der interpersonellen Interventionen bezieht sich auf die sexuelle Aufklärung von Jugendlichen. Das ist sicherlich berechtigt, weil in den Schulen bis vor kurzem kaum sexuelle Aufklärung erteilt wurde und auch Expertenmeinungen die Vulnerabilität dieser Zielgruppe unterstreichen (Weilandt 2001, Interview A). Der anderen wichtigen Zielgruppe, den Drogenbenutzern, werden jedoch wenig interpersonelle Interventionen angeboten. Es ist auffallend, dass sich trotz der schweren Betroffenheit der i.-v. Drogenbenutzerszene so wenig bedeutende NGOs in Estland – im Vergleich zu Polen (vgl. Kapitel 6.4.) – für diese Gruppe einsetzen. Trotz einiger Bemühungen der NGO Anti-AIDS wird für die sozial Benachteiligten, zu denen vor allem die Mitglieder der russischen Minderheit zählen, ebenfalls wenig an interpersonelle Interventionen gedacht. Es liegt selbstverständlich nicht in der Verantwortung der NGOs, die wirtschaftliche und soziale Lage der russischen Minderheit zu verbessern. Nur die Regierung hat die Macht und Kapazität, umfassende Reformen durchzuführen, denn ohne diese Reformen ist eine erfolgreiche und nachhaltige Prävention nicht möglich.

Estland ist das einzige Land unter den untersuchten Ländern, das dank der klaren Anforderungen des Global Funds eine umfassende Evaluation der Programme plant. Leider sind diese Ergebnisse im Internet noch nicht abrufbar. Sie werden jedoch von besonders großer Bedeutung für die weitere Entwicklung des NIG bezüglich der Auswahl von evidenzbasierten und nachhaltig wirksamen Maßnahmen und zur fachkundigen Verteilung der Ressourcen sein.

6.4. POLEN

In Polen wurden insgesamt vier Interviews durchgeführt: Eines mit einer NGO-Mitarbeiterin (MONAR-Präventionszentrum für Drogenbenutzer), eines mit einer Vertreterin der Interregierungsorganisation UNDP und zwei mit Regierungsmitarbeitern (Nationales AIDS Zentrum und Nationales Büro für Drogenprävention).

6.4.1. Problemdarstellung

Polen war bis Mitte der 90er Jahre ein bedeutendes HIV-Epidemiezentrum in Osteuropa. Die am stärksten betroffene Population waren die i.-v. Drogenbenutzer, die durch das weit verbreitete und billige „polnische“ Heroin leichter an Drogen herankamen als in anderen osteuropäischen Ländern (Interviewte F). Mittlerweile hat sich die Lage gemildert und nach Daten aus dem Jahr 2002 leben 7880 HIV-Infizierte in Polen. Diese Zahl bedeutet eine Prävalenz von 0,7% in der erwachsenen Bevölkerung (Marcez-Boguslawska 2002). Die Inzidenz stagniert seit Jahren und beträgt ca. 500 Fälle/Jahr (EuroHIV 2003).

Diese Daten spiegeln an sich ein günstiges Bild über die HIV-Epidemie in Polen wider, jedoch schätzen Experten die reale Zahl der Infizierten auf etwa 20 000 (Wasson-Simon & Denoue 2003, Interview D). Für die hohe Dunkelziffer trägt sicherlich die mangelnde oder inadäquate Ansprache der betroffenen Bevölkerungsgruppen durch primärpräventive Maßnahmen, aber auch die geringe Anzahl der anonymen kostenlosen Screeningstellen die Verantwortung. Auch wenn bei jeder Screeningstelle die Anonymität und der freie Zugang gesichert ist⁴⁶, betonen viele Experten die bei weitem ungenügende Zahl der Stellen (Glowaczewska 2002, Interview D). Insgesamt gibt es 15 Stellen, die im Land gleich verteilt sind, so dass in jeder der 14 Woiwodschaften eine Screeningstelle und in der Hauptstadt zwei existieren. Diese Daten zeigen, dass vor allem auf dem Lande die Zahl der Stellen erhöht werden sollte, denn aus dem Nationalen Programm wird auch deutlich, dass 69% der Infizierten aus ländlichen Regionen kommen (The National Programme 1999-2003). Die Regierung weigert sich dennoch weitere Screeningstellen zu eröffnen und zeigt sich mit der guten Streuung der Stellen zufrieden.

„Die Schaffung von mehr Screeningstellen würde eine höhere Inzidenz in den Statistiken verursachen und dies liegt nicht im Interesse der Regierung.“ (Interview F)

Die meisten HIV-Infizierten in Polen sind i.-v. Drogenbenutzer, aber es zeichnet sich eine klare Tendenz für die Vulnerabilität der nicht drogenabhängigen Bevölkerung ab durch Infektion beim heterosexuellen Geschlechtsverkehr. Traten 1990 noch 80% aller Infizierungen infolge i.-v. Drogenbenutzung auf, sind gegenwärtig nur noch 60% aller

⁴⁶ Seit 1998 gibt es ein neues Anmeldeformular für HIV-Screening, das die Angaben des Namen und der Adresse nicht erfordert (Szata 2002).

Infizierten i.-v. Drogenbenutzer (Szata 2002). So wird sowohl von der staatlichen Seite als auch von den NGOs formuliert, dass dem sexuellen Übertragungsweg in der Primärprävention in Polen mehr Aufmerksamkeit geschenkt werden soll. Dies ist insbesondere deshalb von großer Bedeutung, weil den i.-v. Drogenbenutzer – im Vergleich zu anderen osteuropäischen Ländern – in Polen relativ gut ausgebaute Unterstützungs- und Betreuungsstrukturen zur Verfügung stehen. Der wichtigste Akteur in diesen Strukturen ist die NGO MONAR, die sich mit i.-v. Drogenbenutzern beschäftigt und zu den größten Zivilorganisationen der Welt zählt⁴⁷. MONAR schaffte durch ihre langjährige niedrigschwellige Arbeit mit i.-v. Drogenbenutzern Vertrauen und einen direkten Zugang zu dieser Population.⁴⁸ Diese in der polnischen Präventionslandschaft fest verankerte Organisation hat sicherlich eine entscheidende Rolle im Rückgang der HIV-Inzidenz der i.-v. Drogenbenutzern gespielt (Interview F). Neben der Unterstützung von MONAR und anderen NGOs, die sich auf Drogensüchtige spezialisierten, sollten ähnlich gute Strukturen für die primärpräventive Arbeit mit hetero- und homosexuellen Populationen verstärkt werden.

60% aller Infizierten sind i.-v. Drogenbenutzer. Die restlichen 40% haben sich auf anderen Übertragungswegen mit HIV infiziert. 7% davon haben angegeben, sich auf homosexuellem Weg infiziert zu haben, 4% auf heterosexuellem Weg. Die Mutter-Kind Übertragung, die Bluttransfusion sowie der Geschlechtsverkehr mit Prostituierten sind in den epidemiologischen Daten über HIV-Infizierungen kaum vertreten. Auffallend ist jedoch, dass bei 26% der Infizierten kein Übertragungsweg angegeben wurde. Hinter dieser Zahl lässt sich selbstverständlich jede Art der Übertragung vermuten. Interviewte F schätzte die Zahl der am Screening teilnehmenden i.-v. Drogenbenutzer auf 70%, so dass die Dimension der Dunkelziffer in dieser Population eher gering sein dürfte. Dahingegen ist wahrscheinlich, dass in erster Linie homo- und bisexuelle Männer die Mehrheit der Dunkelziffer ausmachen, da sie aus Angst vor der Stigmatisierung ihre „Identität“ nicht angeben wollen.

Wie bereits im Kapitel 4.2.6. bei der Vorstellung der sozialen Repräsentation von HIV und HIV-Infizierten gezeigt wurde, trägt die polnische Gesellschaft konservative Ansichten und schwere Vorurteile gegenüber anderen sexuellen Präferenzen und „Immoralitäten“. Die in Polen mächtige Katholische Kirche verfügt über viel Einfluss auf die Meinungs- und Lebensgestaltung, die u. a. die Vorurteile gegen Homosexualität prägt. Die Kirche spielt nicht

⁴⁷ 40 000 Menschen arbeiten für die Organisation und jährlich werden ca. 135 verschiedene Projekte durchgeführt. Das Besondere an der Organisation ist, dass sie schon 1978 während der kommunistischen Ära gegründet wurde (Galaj 2002). Der Gründer und frühere Leiter der Organisation war der charismatische, bereits verstorbene Marek Kotański, der sich in Polen hoher Bekanntheit erfreute.

⁴⁸ Es soll jedoch an dieser Stelle erwähnt werden, dass MONAR zwar einen guten Zugang zu den Drogenbenutzern schaffte, lösten die Aktivitäten der Organisation Widerstand in der Bevölkerung einiger Städte aus. Es wurde Demonstrationen gegen der Beratungsstelle von MONAR organisiert und die Demonstranten verlangten die Auflösung der Beratungsstelle (Interview F).

nur in der öffentlichen Wahrnehmung der Homosexualität eine entscheidende und behindernde Rolle, sondern auch in der Akzeptanz der Kondome, im vorehelichen Geschlechtsverkehr und in der generellen Enttabuisierung der Sexualität. Die Kirche ist aber auf keinen Fall ein homogener Gegner der HIV-Prävention. Einige Priester aus dem reformerischen Flügel der Kirche sprechen das HIV-Problem und die Konflikte mit den traditionellen katholischen Werten mutig an. Zu diesen Priestern gehört auch Arkadiusz Nowak, der landesweit bekannt und beliebt ist und sich schon frühzeitig für die effektiven Präventionsmaßnahmen als Berater der Regierung in HIV-Prävention und Gründer einer NGO gegen HIV (Res Humanae) einsetzte. Trotz einigen Modernisierungstendenzen ist die Kirche gegen Kondombenutzung und befürwortet keine offene Diskussion über Schwule. Beide Themen wären jedoch für die HIV-Primärprävention bedeutend. Die Rolle der Katholischen Kirche in der HIV-Prävention ist vielschichtig, komplex und sehr wichtig. Dies muss in den Gesprächen über HIV-Prävention in Polen stets vor Auge behalten werden, denn an der Kirche vorbei kann keine Diskussion über HIV-Prävention in Polen stattfinden (Wasson-Simon & Denoue 2003).

Präventionsprogramme für Schwule gibt es praktisch nicht. Die relativ bekannte Schwulenorganisation „Kampania przeciw homofobii“⁴⁹ kämpft in erster Linie gegen die schwere Diskriminierung von Schwulen und die starke Homophobie in der Gesellschaft. Von HIV-Präventionsmaßnahmen kann sie mangels Kapazität und gesellschaftlicher Toleranz nur träumen.

Zur Darstellung der grundlegenden Probleme gehört zudem das ausgesprochen junge Alter der HIV-Infizierten, was in der osteuropäischen HIV-Epidemie – wie bereits erwähnt – ein charakteristischer Zug ist. 50% der Infizierten sind unter 20 Jahren (Szata 2002). Ein weiteres Problem ist die geographische Nähe zur Ukraine, zum gegenwärtig größten Epidemiezentrum Europas. Wegen der besseren Verdienstmöglichkeiten, des höheren Lebensstandards und der z. T. ähnlichen Sprache versuchen viele Ukrainer ihr Glück in Polen. Infolge der strengen Einwanderungsgesetze (vor allem seit dem EU-Beitritt) tun viele dies illegal, was erhöhte Schwierigkeiten in der HIV-Prävention mit sich bringt (Poland-AIDS 2004/b).

⁴⁹ www.kampania.org.pl/english.php

6.4.2. Konzept der Primärprävention

Struktur

Seit 1988 gibt es in Polen eine nationale Strategie zur HIV-Prävention, die von der jeweiligen Regierung für bestimmte Zeitabschnitte festgelegt wird. Dabei ist es wichtig, dass der Rang und die Gewichtung der Strategie als unverbindliches Regierungsprogramm in den letzten Jahren gesunken sind. Der mögliche Grund dafür ist die in den letzten Jahren zurückgegangene HIV-Inzidenz und die daraus resultierende geringere Relevanz des HIV-Problems. 1996 hat noch das Parlament die Regierung mit der Ausarbeitung der Strategie beauftragt und es wurden Vereinbarungen getroffen, um den Inhalt des Dokuments abzustimmen. 1999 ist die Strategie nur als Protokoll des ministerialen Treffens ohne Rechtsverbindlichkeit zustande gekommen und damit verfügt sie auch über eine niedrige rechtliche Basis (Daniluk-Kula & Ciastoń-Przeclawska 2002). Dies wurde sowohl in der NGO-Szene (z.B. Interview D), als auch in regierungsnahen Kreisen (z.B. Interview E) mit Sorgen verfolgt.

Mit der Koordinierung und Durchführung der Strategie ist das 1993 gegründete Nationale AIDS Zentrum⁵⁰ beauftragt, das unter der Kontrolle des Gesundheitsministers steht, d.h. die Direktorin des Nationalen AIDS Zentrums (im weiteren NAZ) ist dem jeweiligen Gesundheitsminister weisungsgebunden. Dies wurde besonders von NGOs (Interview D, F) kritisiert, da dieses Verhältnis zwischen dem Ministerium und dem NAZ die Abhängigkeit und das Ausgeliefertsein des NAZs fördert und auch die Arbeit der NGOs indirekt beeinflusst. Die NGOs würden es willkommen heißen, wenn das NAZ nicht vollkommen unter der Kontrolle des Gesundheitsministers stünde, sondern die HIV-Prävention eine Angelegenheit verschiedener Ministerien wäre. Das ausschließliche Weisungsrecht des Gesundheitsministers ist für die HIV-Prävention auch deshalb nachteilig, weil allein in der gegenwärtigen Legislaturperiode bereits vier Mal die Person des Gesundheitsministers wechselte, was eine gewisse Diskontinuität bezüglich der Durchsetzung der nationalen Präventionsstrategie bedeutet.

Die Aufgabe des Zentrums ist die Koordination der Präventionsmaßnahmen und die Versorgung von HIV-Kranken. Das NAZ führt bevölkerungsweite Kampagnen durch und finanziert aus seinem Budget teilweise Projekte von NGOs, die die direkten, interpersonalen Interventionen vornehmen. Mit der Arbeit des NAZ sind die NGOs (Interview D, F) überwiegend zufrieden, da das Zentrum die Kampagnen relativ professionell durchführt und im Rahmen seiner bescheidenen Möglichkeiten die NGOs unterstützt.

⁵⁰ Früher unter dem Namen „Nationales Büro für Koordination und Prävention für AIDS“ (Daniluk-Kula & Ciastoń-Przeclawska 2002). Mehr Information auf der Webseite des NAZs: <http://www.aids.gov.pl>

Neben dem NAZ und den NGOs ist eine Besonderheit der polnischen HIV-Strategie, dass das UNDP 1995 ein Büro in Warschau eröffnete, das sich aktiv an der Gestaltung der polnischen HIV-Präventionsstrategie beteiligt. Vermutlich war einer der Faktoren für die Gründung eines UNDP-Büros⁵¹ in Warschau die schwere HIV-Epidemie in Polen Anfang der 90er Jahren. Das Warschau-Büro entfaltet bedeutende Aktivitäten, vor allem auf dem Gebiet der Schadenminderungsprogramme für i.-v. Drogenbenutzer und für Prostituierte, der Antidiskriminierung, der Veränderung des öffentlichen Klimas durch Medienpräsenz und durch eigene Kampagnen für den Rechtschutz von HIV-Infizierten (HIV/AIDS Programme in Poland 2004). Das NAZ und auch MONAR betonten die gute Zusammenarbeit mit UNDP.

Die nationale Strategie

Die jüngste öffentlich verfügbare nationale Strategie wurde für den Zeitraum 2004-2006 festgelegt und berücksichtigt Erfahrungen und Fehler der vorherigen Strategie (1999-2003). Die Regierung war zufrieden mit den Ergebnissen der vorherigen Strategie, vor allem was die Stagnation der Inzidenz, die Durchführung von Kampagnen und die Tätigkeiten der HIV-Erzieher betrifft (The National Programme... 2004). Die neue Strategie baut auf den vorherigen auf, unterscheidet sich aber grundlegend in ihrer Struktur und Präzision. Die NGOs bemängelten bei der früheren Strategie die unspezifischen Ziele und unkonkrete Planung.

Die jetzige Struktur des Programms ist aufgeteilt in allgemeine Ziele, Unterziele, Indikatoren, Verantwortlichkeiten etc., und die Reduzierung der Ziele auf zwei wesentliche entspricht den Richtlinien des Global Funds, die in der estnischen Strategie dargestellt wurde. Polen bewirbt sich um die Unterstützung des Global Funds, um wegen der sinkenden staatlichen Förderung andere Finanzierungsmöglichkeiten für die Primärprävention zu haben. Dies ist bisher erfolglos geblieben, aber mit der neuen Strategie macht Polen einen weiteren Schritt in diese Richtung.

In die Vorbereitung der Strategie wurden 19 NGOs, die sich direkt mit den Risikogruppen beschäftigen, einbezogen. Leider steht keine Information darüber zur Verfügung, inwiefern die Vorschläge der NGOs beachtet wurden.

Die allgemeinen Ziele der Primärprävention sind auf sechs Zielgruppen ausgerichtet:

- Sexuell aktive Bevölkerung,
 - Menschen, die mit Jugendlichen arbeiten (Lehrer, Sozialarbeiter etc.)
 - Menschen, die psychoaktive Mittel nehmen
 - Sexarbeiter
 - HIV-Infizierte, ihre Familien und Freunde
 - Die Gesellschaft im Allgemeinen
- (The National Programme... 2004):

⁵¹ Das UNDP hat an sich ihren osteuropäischen Hauptsitz in Bratislava.

Auffallend ist, dass Homosexuelle nicht zu den Zielgruppen gehören, obwohl in der Strategie die Vulnerabilität dieser Zielgruppe klar betont wird und Lamda, der Verein für Homosexuelle, unter den 19 NGOs war, die in die Gestaltung der Strategie einbezogen wurden.

Die HIV-Präventionsstrategie 2004-2006 besteht aus zwei Teilen. Der erste Teil legt die Ziele vorwiegend für eine Primärprävention fest, der zweite für die Tertiärprävention, d.h. für die Versorgung der HIV/AIDS-Kranken⁵². Im Vergleich zu der vorherigen Strategie gibt es nur zwei allgemeine Ziele: Die Entscheidungsträger haben den Fehler einer zu großen Anhäufung zu erstrebender Ziele im Gegensatz zu früher und zur ungarischen Strategie nicht begangen.

Die Ziele, Unterziele und Aufgaben bauen sich wie folgt auf:

ALLGEMEINE ZIELE	UNTERZIELE	AUFGABEN
1. Die Verringerung der Risikoverhaltens der Zielgruppen	1.1. Wissensvermittlung und Veränderung der Einstellungen gegenüber Risikoverhalten	• Langfristige sexuelle Aufklärungsprogramme
		• Innovative und effektive Erziehungsprogramme
		• Fortsetzung der bestehenden Programme für i.-v. Drogenbenutzer
		• Fortsetzung der Aufklärungsarbeit für Sexarbeiter und für ihre Kunden
		• Vorbereitung von multimedialen Kampagnen für ausgewählte Zielgruppen auf der Grundlage der epidemiologischen Situation und ihrer Bedürfnisse
	1.2. Erweiterung der Aufklärungsprogramme und Erhöhung ihrer Qualität	• Ausbildung von Erziehern
• Fortsetzung der Trainings für bereits ausgebildete Erzieher		
• Vorbereitung und Veröffentlichung von Aufklärungsmaterialien		
2. Wissensvermittlung und interpersonelle Beratung	2.1. Erweiterung der Informationsangebote auf der Grundlage der Bedürfnisse	• Erhöhung der Anzahl der Beratungszentren
		• Benutzung und Erweiterung von Informationskanälen wie Internet, Hotline etc.
	2.2. Entwicklung des bereits existierenden Systems der Zentren für Beratung und Diagnostik	• Kostenloses Screening
		• Erhöhung der Anzahl solcher Zentren
		• Trainingsangebote für Mitarbeiter der Zentren

TABELLE 6. AUSZUG AUS DER HIV-PRÄVENTIONSSTRATEGIE DES POLNISCHEN GESUNDHEITSMINISTERIUMS FÜR 2004-2006

⁵² Auf letzteres Ziel „Die Entwicklung der Versorgungsqualität und des Zugangs zur Versorgung von HIV-Infizierten“ wird mangels Primärpräventionsrelevanz nicht näher eingegangen.

Neben den positiven Merkmalen der Strategie – wie die Aufteilung der Ziele in Aufgaben und die Reduzierung der Ziele auf zwei Wesentliche – lassen sich einige Kritikpunkte formulieren. Die Unterziele und Aufgaben sind leider ein wenig redundant und fokussieren stark auf die Erziehung der breiteren Bevölkerungsgruppen. I.-v. Drogenbenutzer und Prostituierte erhalten wenig Aufmerksamkeit und Homosexuelle sind aus dem Programm vollkommen ausgeschlossen (Interview F). Ein weiterer Mangel des Programms ist, dass die Tabelle 6 nur die Ziele des Gesundheitsministeriums bzw. des NAZ zusammenfasst und die Ministerien für Bildung, Justiz, Sozialpolitik und innere Angelegenheiten eigene Strategien haben (Interview D). Diese Trennung ist sicherlich nachteilig, denn ohne enge Verflechtung der Tätigkeiten und intersektorale Kooperation kann HIV-Prävention nicht erfolgreich sein. Problematisch ist weiterhin, dass die Indikatoren, die in die Tabelle 6 nicht eingefügt wurden, keine konkreten Daten bezüglich der Baseline-Messung und der Ziele beinhalten. Die Indikatoren zeigen nur die Datenquelle, an welcher positive Schritte in der Evaluation abgelesen werden können, aber ohne Grund- und Zieldaten haben sie wenig Wert.

Das Screening wird zur Primärprävention gezählt. Interviewte D kritisiert diesen Ansatz, da er wieder die klare Unterscheidung zwischen den zwei Gebieten vermischt und die Umgruppierung der Ausgaben zugunsten der teuren Screeningmassnahmen ermöglicht.

Akteure

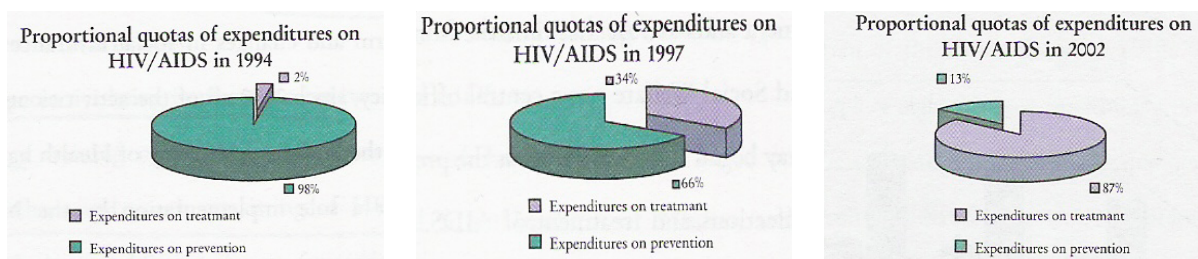
Wie bereits erwähnt werden in der nationalen Strategie die wichtigsten Akteure (NGOs, die Katholische Kirche und Ministerien) aufgeführt, die ihre eigenen fachspezifischen Beiträge und Leistungen zur HIV-Prävention ausgearbeitet haben (The National Programme...2004).

Die Zusammenarbeit der Ministerien und Institutionen ist vom Staat verordnet und scheint etwas aufgezwungen zu sein, denn in der Realität findet wenig Kooperation statt. Die Interviewten D und E berichteten, dass die interdisziplinäre Zusammenarbeit von verschiedenen Ministerien zwar immer ein ersehntes Ziel war, dieses aber in der jüngsten Vergangenheit nie erreicht werden konnte. Das Verhältnis des Bildungs- und Gesundheitsministeriums scheint eher konfliktbeladen als kooperativ zu sein. Die Interviewte aus dem NAZ nannte die Kooperation mit dem Bildungsministerium auf dem Gebiet der schulischen Prävention und der Ausbildung von professionellen Aufklärern als nicht durchführbar und bezeichnete die Mitarbeiter des Ministeriums als „Inquisitoren“ (Interview E). Es wird auch berichtet, dass das Bildungsministerium das Aufklärungsbüchlein des Gesundheitsministeriums „AIDS und Du“ aus den Schulen mit der Begründung zurückgezogen habe, dass es die Kondombenutzung als einzigen Präventionsweg gegen HIV darstelle (Poland-AIDS 2004/a).

Finanzierung

Aus dem vom Parlament gebilligten Budget stellt der Gesundheitsminister jedes Jahr ein eigenes Budget für das NAZ zur Verfügung, wovon die primäre und tertiäre Prävention, darunter auch die epidemiologischen Institute und die einschlägigen medizinischen Einrichtungen in den Woiwodschaften finanziert werden sollen⁵³ (Daniluk-Kula 2002). Das jährliche Budget sei zwar relativ konstant und betrage ca. 10 Mio. Euro/Jahr, die Interviewte E aus dem NAZ kritisierte jedoch, dass vom jährlichen Budget immer weniger für die Primärprävention, aber immer mehr für die tertiäre Prävention ausgegeben werden dürfe.

Im Jahr 1994 wurden 2% vom ganzen Budget für tertiäre Prävention ausgegeben, aber dieser Anteil wuchs 1997 bereits auf 34% und 2002 auf 87%. Das bedeutet, dass 2002 für die Primärprävention nur noch 13% vom Budget zur Verfügung standen (vgl. Grafik 12.). Dies lässt einen Teufelskreis befürchten, denn je weniger Geld für Primärprävention ausgegeben wird, desto mehr Menschen werden infiziert und desto mehr Geld muss für tertiäre Prävention aufgewendet werden.



Grafik 12. Veränderung in der Verteilung der Ausgaben für primäre (grüne Farbe) und tertiäre (lila Farbe) Prävention im Jahre 1994, 1997 und 2002 in Polen.

Quelle: Daniluk-Kula 2002, S. 80-81

6.4.3. Durchführung der Maßnahmen

Das NAZ führt die nationale primärpräventive Strategie durch, indem es selbst die bevölkerungsweiten Kampagnen plant bzw. koordiniert und die Durchführung von Interventionen – bis auf wenige Ausnahmen – an NGOs auslagert. Das NAZ fungiert auch als Forschungswerkstatt und veröffentlicht Expertenstudien sowie das vierteljährlich veröffentlichte Magazin KONTRA, das für das breite Publikum über die verschiedenen Präventionsaktivitäten informiert. Darüber hinaus zählt es zu den Aufgaben des NAZs, die internationale Zusammenarbeit mit anderen Ländern und Organisationen zu fördern (Ankiersztejn 2002)⁵⁴.

⁵³ Diese Regelung ist 2000 in Kraft getreten, denn davor hat der Gesundheitsminister die epidemiologischen Institute und die medizinischen Einrichtungen aus einem separaten Budget finanziert (Daniluk-Kula 2002).

⁵⁴ Auf seiner Webseite (www.aids.gov.pl) sind zahlreiche Informationen verfügbar, teilweise auch auf Englisch.

Kampagnen

Die bevölkerungsweiten Kampagnen werden auf verschiedenen massenmedialen Kanälen und mit den Mitteln des sozialen Marketings durchgeführt (Kiluk 2002). Die Grundlinien der Kampagne werden vom NAZ entworfen. Die Umsetzung erfolgt in der Kooperation mit sozialen Marketingagenturen, die auf Projektbasis arbeiten und aufgrund einer Ausschreibung ausgewählt werden. Ein Drittel der Kosten wird vom NAZ finanziert, den restlichen Betrag soll die ausgewählte Marketingagentur aus dem privaten Sektor beschaffen (Interviewte E).

Das ständige Motto der Kampagnen ist „Gib keine Chance“ (Nie daj szansy!)⁵⁵. Dieses „Hauptmotto“ wird mit anderen Mottos in den jeweiligen Kampagnen kombiniert, das die wichtigste Botschaft der aktuellen Kampagne ausdrückt. Ein Symbol der Kampagnen ist der Pater Arkadiusz Nowak, der seit der Gründung des NAZs sein Engagement für die Kampagnen zeigte und der mit Hilfe seiner Bekanntheit den HIV-Kampagnen zu großer Medienaufmerksamkeit und Glaubwürdigkeit verhalf.

Bis Ende der 90er Jahre wurden Kampagnen für die weite Bevölkerung durchgeführt, aber seit 2001 werden die Zielgruppen immer enger und spezifischer definiert. Im Sinne der „alten“ Strategie versuchte man noch im Jahre 2000 die breite Bevölkerung in der Kampagne anzusprechen, um eine höhere Teilnahmebereitschaft am HIV-Screening zu erreichen. Das Untermotto war „Lebe nicht in Unsicherheit, lass dich testen!“ (Przestań żyć w niepewności. Przeprowadź test na HIV!). Das primäre Ziel war die Verringerung des Schamgefühls bei der Durchführung eines HIV-Tests. In der Kampagne wurden in erster Linie Printmedien benutzt wie Billboards, Plakate, Aufschriften an Verkehrsmitteln, Banner auf größeren polnischen Webseiten und Freecards in zwei Sprachen (Russisch und Polnisch). Offensichtlich hatte diese Kampagne noch kein primärpräventives Ziel, sondern unterstützte die sekundäre Prävention durch ihre Botschaft.

Ab 2001 wird jedes Jahr eine neue Zielgruppe festgelegt, die in der neuen Kampagne angesprochen werden soll. Im Jahre 2001 standen die heterosexuellen Frauen im Mittelpunkt, denn – wie bereits erwähnt – infizierten sich immer mehr Frauen durch ihren promiskuen Lebenspartner bzw. Ehemann. Diese Kampagne benutzt zwar noch den Slogan „Lass dich testen!“ (vgl. Kampagne aus dem Jahre 2001), aber als Hauptziel wird deutlich, dass man mit der Kampagne die Frauen für ihre Vulnerabilität und für den geschützten Geschlechtsverkehr sensibilisieren wollte. Diese Botschaft wurde in einer Aufschrift

⁵⁵ Es ist vermutlich ein Ergebnis der Zusammenarbeit mit der deutschen BZgA, denn die BZgA benutzt fast das gleiche Motto („Gib AIDS keine Chance“) seit Jahren in ihren Kampagnen.

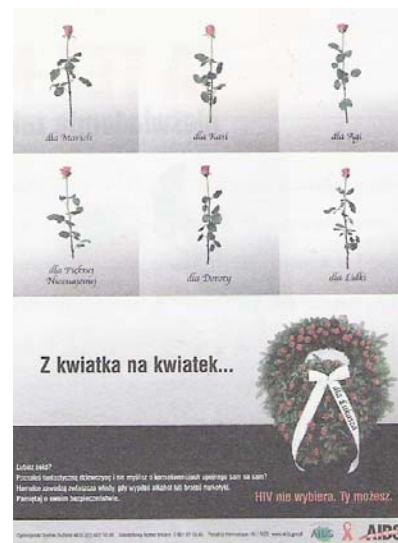
formuliert: „Ich kann auch HIV haben, ohne dass ich es weiß.“ (Ja też mogę być nieświadomie zakażona wirusem HIV). Das Motto („Gib keine Chance“) wurde mit einem Untermotto ergänzt: „Sei verantwortungsvoll“ (Bądź odpowiedzialna).

Bei dieser Kampagne wurde schon eine reiche Palette an massenmedialen Mitteln verwendet. ATL-Mittel (above the line advertising) wie Spots in Fernsehen und Radio, Internet, Presse und auf Billboards sowie BTL-Mittel (below the line advertising) wie Promotionsaktionen, Poster, Freecards, Tüten, Kugelschreiber, T-Shirt sollte die Streuung der Botschaft und den Effekt verstärken. Für „media advocacy“ wurden populäre Magazine verwendet. Manche der BTL-Materialien wurden auch auf Russisch gedruckt. In der Kampagne versuchte man durch die Verwendung von weiblichen Motiven, wie z.B. Blumen und durch das Image der durchschnittlichen, beschäftigten und eigentlich gesunden jungen Frau die HIV-Gefahr für die Frauen realitätsnah und verständlich darzustellen (vgl. Grafik 13.). In der follow-up Untersuchung wurde allerdings die Darstellung manchmal als etwas furchterregend bezeichnet. Diese Kritik ist angesichts der häufigen Illustration vom Tod (z.B. Todeskranz) in der Kampagne sicherlich berechtigt (vgl. Grafik 14.) (Interview E).



Grafik 13. Zwei Poster aus der Kampagne im Jahre 2001 in Polen, in der die Zielgruppe der heterosexuellen Frauen angesprochen wurde.

Die Headline der Grafik 13. heißt: „Ich kann auch HIV haben, ohne dass ich es weiß.“ und der Grafik 14: „Blumen für Blumen“ (Kiluk 2002).

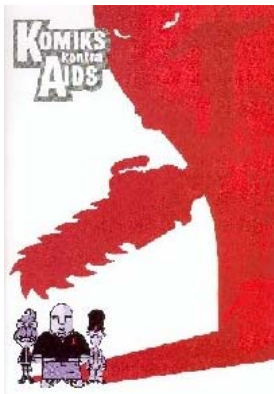


Grafik 14.

Im Jahre 2002 stellte man Jugendliche zwischen 19 und 38 Jahre in den Mittelpunkt der neuen Kampagne. Es ist wenig überraschend, dass über diese Kampagne keine Literatur verfügbar ist, da sie in ihrer kurzen Laufzeit intensiv kritisiert wurde (Interviewte E). Im Laufe der Kampagne stellte es sich in Fokusgruppen heraus, dass die Zielgruppe zu weit gefasst war und diese Altersgruppe aus zwei voneinander stark getrennten Subgruppen besteht: die Jugendlichen bis 19 Jahre und die jungen Erwachsenen ab 20 Jahre.

So wurde im Jahre 2003 die Zielgruppe der 15-19 jährigen Jugendlichen für die neue Kampagne festgelegt. Die Wahl für dieses Alter unterstützten die epidemiologischen Befunde, dass 50% der HIV-Infizierten in Polen unter 20 sind und die Jugendlichen immer früher mit dem Geschlechtsverkehr anfangen (Szata 2002). Das Untermotto der Kampagne war „HIV wählt nicht. Du kannst es!“ (HIV nie wybiera. Ty możesz.) Wiederum wurde eine breite Auswahl von massenmedialen Mitteln verwendet (vgl. Jahr 2000), um eine möglichst weite Streuung der Botschaft zu erreichen. Eine Besonderheit der massenmedialen Verwirklichung der Kampagne war die multimediale Internetseite „Loveline“, die mit der Unterstützung der BZgA zustande kam. Außerdem wurde ein Comic-Wettbewerb (vgl. Grafik 15.) zum Thema HIV ausgeschrieben.

Der beste Comic wurde in einem Band veröffentlicht, in dem auch Zeichnungen von bekannten polnischen Comiczeichnern zum Thema HIV dargestellt wurden. Beim Texten wurde auf den Sprachgebrauch der Jugendlichen besonders geachtet und seine Adäquatheit wurde in Fokusgruppen getestet. Die Spots wurden mit guter Trend-Musik unterlegt und mit dynamischen Szenen gestaltet, so dass die Art der Darstellung einem Videoclip ähnelte.



Grafik 15. Wettbewerbaufwurf zu Comiczeichnungen über HIV

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die Kampagnen mit modernen und vielseitigen massenmedialen Elementen präsentiert wurden. Dabei flossen die langjährige Erfahrung der deutschen BZgA hilfreich ein. Der Trend in Polen geht seit einigen Jahren in Richtung Festlegung spezifischerer und abwechselnder Zielgruppen. Was die Kritik anbelangt, ist ein auffallendes und problematisches Merkmal der polnischen Kampagnen, dass auf HIV-Tests immer noch ein großer Akzent gelegt wird und Kondome nicht klar und deutlich propagiert werden (z.B. wird kein Kondom gezeigt). Stattdessen wird eine vage angedeutete, verschämte Darstellung von Safe-Sex verwendet.

Interpersonelle Interventionen

Auf dem Gebiet der interpersonellen Interventionen ist das NAZ weniger aktiv. Bis auf das Training für Lehrer zur sexuellen Aufklärung in den Schulen lagert es die Mehrheit der Tätigkeiten, ca. 80%, an NGOs aus (Interview D). Eine enge Zusammenarbeit findet zwischen dem NAZ und NGOs statt, die nicht nur in der Weiterleitung von Projekten und Finanzierung zum Ausdruck kommt, sondern auch in Kommunikation und Erfahrungsaustausch. Vor allem ist es für das NAZ von Bedeutung, dass NGOs ständig Feedback aus dem Feld über die aktuellen Probleme geben, betonte die Mitarbeiterin des NAZs (Interview D).

In Polen sind etwa ein Dutzend NGOs auf dem Gebiet der HIV-Prävention tätig. Etwa die Hälfte von ihnen leistet Tertiärprävention (z.B. kämpfen sie für die Rechte der HIV-Infizierten, für Solidarität und gegen Diskriminierung etc.), wobei sich eine beeindruckende Verbindung von Tertiär- und Primärprävention herstellen lässt, weil zahlreiche Infizierte freiwillig an edukativ-aufklärerischen Präventionsmaßnahmen teilnehmen. Die andere Hälfte der NGOs beschäftigt sich ausschließlich mit HIV-Primärprävention und arbeitet mit unterschiedlichen Zielgruppen (Galaj 2002). Im Folgenden werden die Tätigkeiten der NGOs nach Zielgruppen vorgestellt.

I.-v. Drogenbenutzer

MONAR wurde bereits bei der Problembeschreibung (Kapitel 6.4.1.) erwähnt, da sie die größte und wichtigste NGO ist, die mit i.-v. Drogenbenutzern arbeitet und einflussreich genug ist, um an der Gestaltung der nationalen Strategie teilzunehmen. MONAR leitet zwar auch Rehabilitationszentren, ihre Haupttätigkeit bildet aber Schadensminderung wie Nadel- und Spritzenaustausch, Streetworking, Beratung; zusätzlich führt sie sexuelle Aufklärung durch und verteilt Kondome. Es gibt noch andere kleinere Organisationen wie Powrót z U, Maraton, Wspólnota etc., die die Gefahr der HIV-Infizierung bei i.-v. Drogenbenutzern mit Schadensminderungsprogrammen minimalisieren wollen. Diese Programme blicken in Polen bereits auf eine lange Tradition zurück. MONAR führte sie schon 1988 ein, was auch im Vergleich mit westeuropäischen Verhältnissen als fortschrittlich galt. Dennoch verhält sich die jeweilige Regierung – wie in Ungarn und in Estland – ambivalent und widersprüchlich gegenüber Schadensminderung und bringt damit die NGOs in eine schwere Lage. Darüber haben nicht nur die polnischen NGOs berichtet, sondern auch die Mitarbeiterin des internationalen Open Society Institut (Interview K). Das Ziel einer nicht liberalen, „drug free“ Strategie zeigt sich auch darin, dass der polnische Gesetzgeber im Jahre 2000 die Strafe des Drogenbesitzes auch in kleiner Menge deutlich verschärfte.

“Es gibt widersprüchliche Stellungnahmen seitens der Regierung zur Schadensminderung, aber es kam nie zu seriösen Diskussionen darüber, dass auf Schadensminderung verzichtet werden sollte.[...] Die Regierung will mehr Akzent auf die

Rehabilitation setzen und nicht unbedingt auf Programme, die das Leben der Drogenabhängigen `leichter` machen.“ (Interview F)

Das Nationale Büro für Drogenprävention der Regierung sieht dennoch keine Widersprüchlichkeit in der Drogenstrategie der Regierung, wobei die Interviewpartnerin G jedoch anerkannte, dass in Polen ein bedeutsamer Widerstand im Kreise von Experten und in der Bevölkerung gegen Schadensminderung bei i.-v. Drogenbenutzern spürbar ist.

„Beide Modelle haben Verfechter, deshalb existieren beide Modelle parallel. Ich muss allerdings sagen, dass mehr Geld für klassische Entzugstherapien als für Schadensminderung ausgegeben wird.“ (Interview G)

Gefängnisinsassen

Ähnlich wie in Estland ist die Zahl der i.-v. Drogenbenutzer in den polnischen Gefängnissen beachtlich groß. Die meisten Gefängnisse bieten ihnen Entzugstherapie an, aber es gibt immer einige Drogenbenutzer, die mit ihrer Sucht nicht aufhören wollen oder können. Sie beschaffen sich die Droge auf unterschiedlichen illegalen Wegen weiterhin im Gefängnis, aber sterile Nadeln und Spritzen sind im seltensten Fall vorhanden. Die schnelle Verbreitung wird noch durch ungeschützten Geschlechtsverkehr und Tätowierung erhöht. Die Statistiken zeigen die Dimension dieses Problems: Im Jahre 1990 gab es 96 und im Jahre 2002 schon 1203 HIV-Infizierte in polnischen Gefängnissen. 70% von ihnen sind i.-v. Drogenbenutzer. Dies ist besonders aus zwei Gründen problematisch. Einerseits haben nur 73 HIV-infizierte Gefängnisinsassen von den 981 Bedürftigen antiretrovirale Therapien bekommen (Ksel 2002). Andererseits ist die Nadel-, Spritzen- und Kondomverteilung in den Gefängnissen nicht verbreitet, so dass sich die HIV-Infektionsgefahr enorm erhöht (Interview F), ohne dass die Regierung darauf reagieren würde.

Homo- und Bisexuelle

Die NGOs Kampania, Tolersex und Lamda beschäftigen sich mit Homo- und Bisexuellen. Sie versuchen durch Informationsmaterialien und Beratung deren Risikoverhalten zu minimieren. Wie bereits erwähnt, ist Homosexualität ein besonders sensibles Thema in Polen, und NGOs werden häufig während ihrer Arbeit mit Diskriminierung und Intoleranz konfrontiert. Von „gay pride“ ist in Polen sicherlich nicht die Rede und die Schwulenclubs und -organisationen arbeiten eher im „Underground“. Für Präventionsmaßnahmen gegen HIV reicht ihre Kapazität nicht, denn der Schwerpunkt ihrer Arbeit ist die Bekämpfung der weit verbreiteten Homophobie. MONAR startete auch ein HIV-Präventionsprojekt für Homo- und Bisexuelle in Krakau, und sie mussten lange Zeit nach einer/m Projektleiter/in suchen, die/der bereit war, ihre/seine Homosexualität offen zum Ausdruck zu bringen (Wasson-Simon & Denoue 2003).

Weitere Zielgruppen

Es gibt noch andere NGOs, die für weitere Zielgruppen interpersonelle Interventionen anbieten, sie sind aber weniger gut ausgebaut und vertreten. Die seit 1993 existierende Soziale Kommission organisiert z.B. sexuelle Aufklärung für Jugendliche in Schulen und für andere Zielgruppen, vor allem für Prostituierte in Screeningstellen. Ebenfalls mit Prostituierten und mit anderen sozial Benachteiligten beschäftigt sich die NGO Tada. Zu ihren wichtigsten Tätigkeiten gehören Streetworking und Beratung (Galaj 2002).

Die finanzielle Situation der NGOs ist unsicher. MONAR bildet eine Ausnahme, da ihre finanzielle Lage zwar keinesfalls rosig, aber stabil ist. NGOs werden sehr sporadisch, ausschließlich auf Projektbasis finanziert. Einen erheblichen Anteil ihres Budgets bekommen sie von internationalen Stiftungen, unter denen die Soros Stiftung sich besonders hervorhebt (s S. 41.). Private Spenden auf diesem Gebiet sind in Polen wenig verbreitet, so dass NGOs mit dieser Finanzierungsquelle kaum rechnen können. Ein Beispiel dafür ist, dass auf den Spendenaufruf der kirchlichen, von Pater Nowak gegründeten NGO Res Humanae, den 10.000 Menschen erhielten, 10 Antworten zurückkamen, wovon nur drei eine Spende beinhalteten (Wasson-Simon & Denoue 2003 S.6).

6.4.4. Evaluation

Eine der wichtigsten Schlussfolgerungen, die nach Durchführung der nationalen Strategie für den Zeitraum 1999-2003 gezogen wurde, war der Bedarf nach einer verbesserten Evaluation der Maßnahmen (The National Programme...2004). Bis dahin wurden Meinungsforschungsinstitute (wie tns, Taylor-Nelson etc.) in der Regel beauftragt, die Wirksamkeit von Kampagnen, vor allem durch quantitative Befragung zu erfassen. Die Evaluationen sind leider nur auf Polnisch verfügbar⁵⁶, deshalb kann hier keine Darstellung der Ergebnisse stattfinden. Die Maßnahmen der NGOs werden kaum, bzw. „intern“ und informell evaluiert, was alle Interviewten mit Geldmangel begründeten.

In der Strategie 2004-2006 wird die Wichtigkeit des Monitorings und der Evaluation mit Hilfe von Indikatoren verstärkt betont. Es wird hervorgehoben, dass eine saubere Methodik und die entsprechenden finanziellen Bedingungen (10% des Budgets für die Programme) für die erfolgreiche Evaluation gewährleistet werden müssen. Laut Plan werden einerseits Monitoring und Prozessevaluation durch den Input bzw. den direkten Effekt durchgeführt, andererseits wird bei einigen Projekten eine Outcome-Evaluation der kurz- bzw. langfristigen Wirkung (z.B. Veränderung der Einstellungen bzw. Morbidität) untersucht.

⁵⁶ Über die Evaluationen kann man auf der Webseite des NAZs (www.aids.gov.pl) lesen.

6.4.5. Schlussfolgerungen

Die polnische nationale Strategie erfüllt nur teilweise die drei Kriterien von Rosenbrock für eine wirksame HIV-Präventionsstrategie (vgl. Kapitel 3.3.). Das Kriterium der Frühzeitigkeit ist insofern erfüllt, als die damalige Regierung eine nationale Strategie bereits 1988, wenn auch mit mangelhafter Durchführung, festlegte und das NAZ 1993 gegründet wurde. Dieses Institut existiert seit 11 Jahren ohne Unterbrechung und hat mittlerweile beachtliche Erfahrung in der Durchführung von Kampagnen sowie in der Zusammenarbeit mit NGOs. Zudem pflegt das NAZ gute Kontakte zur deutschen BZgA und die fruchtbare Kooperation zeigt sich in ähnlichen Elementen der Kampagnen (z.B. das Motto „Gib keine Chance“).

Was die Konsistenz der Strategie anbelangt, lassen sich grundlegende Widersprüchlichkeiten feststellen. Polen ist das einzige Land, wo mit HIV-Prävention nicht nur frühzeitig angefangen wurde, sondern auch institutionelle Bedingungen, Ressourcen, vielschichtige Methoden und Kontinuität gewährleistet wurden. Die Programme wurden permanent weiterentwickelt und verbessert. Die jüngste Strategie ist präziser und klarer als die vorherige und die verbesserte Struktur zeigt den Willen der Entwicklung und die hohe Priorität des Themas. Trotz dieses positiven Bildes gibt es doch kein richtiges „Commitment“ für die HIV-Prävention: dies zeigt sich einerseits in der Verringerung des Budgets für HIV-Primärprävention, andererseits in der konzeptuellen Widersprüchlichkeit der Strategie. Dafür ist das wichtigste Beispiel, dass fundamentale Themen und Schwerpunkte der HIV-Prävention ignoriert werden: Die Kondombenutzung wird nicht propagiert, das Wort „Kondom“ kommt in der Strategie nicht vor, die Zielgruppe der Homosexuellen wird ausgelassen, für die Prostituierten wird kaum etwas getan etc. Man bekommt den Eindruck, dass die Regierung bzw. die Gesellschaft nicht bereit für die Enttabuisierung der Sexualität ist, was ein grundlegendes Hindernis und eine unmögliche Situation für die HIV-Bekämpfung schafft. In diesem kulturell-politischen Kontext, wo unter den klassischen Risikogruppen nur für die i.-v. Drogenbenutzer HIV-Präventionsprogramme angeboten werden und für die wichtigste Zielgruppe (die Jugendlichen) Sex-Abstinenz propagiert wird, sind die Experten vor große Herausforderung gestellt. Einerseits dürfen die gesellschaftlichen Normen nicht verletzt werden, andererseits soll man die relativ guten Bedingungen bezüglich der Ressourcen ausnutzen und klare Botschaften vermitteln.

Das dritte Kriterium, die Integration der Disziplinen und Ansätze, wird zum Teil erfüllt. Die Vielgestaltigkeit der Präventionsmaßnahmen (Kampagnen und Interventionen), die in der nationalen Strategie festgelegt ist, widerspiegelt die Bereitschaft zur Vernetzung der verschiedenen Akteure und Ansätze. In Polen sind sowohl interpersonelle, direkte Interventionen als auch bevölkerungsweite bzw. zielgruppenspezifische Kampagnen vorhanden. Die Kampagnen des NAZ wirken durch moderne multimediale Elemente, ein permanentes

Logo und Motto sowie durch klare Botschaften. Die Aufteilung der Kompetenzen zwischen dem NAZ als Verantwortliche für Kampagnen und den NGOs als Verantwortliche für Interventionen erwies sich auch in Deutschland als fruchtbar. Die NGO-Landschaft in Polen ist vielschichtig und relativ gut ausgebaut. Eine bessere finanzielle Stabilität der NGOs sollte jedoch gesichert werden und die Evaluation ihrer Programme wäre auch bedeutend für eine evidenzbasierte und wirksame Verteilung der knappen Ressourcen. Problematische Merkmale der zu erstrebenden Integration und Interdisziplinarität sind die minimale Bereitschaft der Ministerien zur Kooperation und das konfliktvolle Verhältnis zwischen Bildungs- und Gesundheitsministeriums. Die Abwertung der nationalen Strategie zum unverbindlichen Regierungsprogramm und die Streitigkeiten zwischen den Ministerien unterstreichen auch, dass HIV-Prävention für die Regierung und ihre Ministerien nicht von höchster Priorität ist.

Was die nationale Strategie betrifft, ist das Bestreben um die Erfüllung der internationalen Standards anzuerkennen. Die Ziele werden in allgemeine Ziele, in Unterziele und in Aufgaben geteilt. Auch die Fristen, Indikatoren und ihre Quellen werden festgelegt. Ein besonders wichtiges Element ist die Planung der konkreten Schritte der Wirksamkeitsbewertung, die aus dem Monitoring (Prozessevaluation) und aus der Outcome-Evaluation besteht. Die Betonung der Relevanz der Evaluation ist nicht neu, aber in den früheren Strategien fehlte das konkrete Vorgehen zu ihrer Verwirklichung.

Unter den Zielgruppen sind nur die i.-v. Drogenbenutzer relativ gut versorgt. Die intensiven Aktivitäten der NGO MONAR sind beispielhaft, insbesondere wenn man das politische Milieu betrachtet, in dem die Freiwilligen der NGO arbeiten. Die Drogenpolitik der Regierung war und ist äußerst konservativ, missbilligt die Schadensminderungsprogramme und zeigt keine Offenheit für die i.-v. drogenbenutzenden Gefängnisinsassen. Über HIV-Prävention für Schwule kann man nicht reden, denn die NGOs für Schwule sind primär mit der Bekämpfung von Homophobie und Diskriminierung beschäftigt. Präventionsmaßnahmen für Schwule und Prostituierte würden vermutlich den Widerstand der Kirche und der Gesellschaft auslösen. Wie bereits erwähnt, ist die Propagierung der Kondombenutzung mit ähnlichen Problemen konfrontiert. Eine offenere sexuelle Aufklärung der nachwachsenden Generationen in den Schulen, in der mehr über Kondombenutzung diskutiert wird, wäre notwendig.

7. DISKUSSION

Osteuropäische HIV-Primärpräventionsstrategien gelten in der Fachliteratur als kaum erforscht. Es gibt zwar zahlreiche Studien, die sich mit epidemiologischen Beschreibungen der HIV-Verbreitung beschäftigen (u.a. Bornemann 2001, Hamers & Downs 2003). Man findet

auch deskriptiv-vergleichende Studien über die Sekundärprävention (u.a. Danziger 1996). Studien über die Primärpräventionsstrategien der einzelnen osteuropäischen Länder sind ebenfalls sporadisch vorhanden (u.a. Kiluk 2002). Deskriptiv-vergleichende Arbeiten über dieses Thema sind jedoch noch nicht veröffentlicht. Das geringe empirische Material dieser Arbeit erlaubt nur Auswertungen, die mit Vorsicht zu genießen sind. Die Ursache für die geringe Zahl der Interviews in der vorliegenden Arbeit sind der zeitlich limitierte Rahmen und auch die sprachlichen Barrieren in Polen und in Estland, die eine Kontaktaufnahme mit Experten und das Verständnis der Regierungsdokumente erschwerten.

7.1. DISKUSSION DER AUSSAGEKRAFT DER INTERVIEWS

Vor der Diskussion der Ergebnisse soll auf einen kritischen Punkt der Arbeit hingewiesen werden. In den Interviews kristallisierte sich deutlich heraus, dass Politiker und NGOs einander häufig als verfeindete Gegenspieler ansehen. Die extrem unterschiedlichen Sichtweisen traten bei der Beurteilung der nationalen Strategie („Strategieebene“) und auch der Durchführung von HIV-Präventionsmaßnahmen („Durchführungsebene“) stark hervor. Aufgrund der massiven Meinungsunterschiede zwischen beiden Lagern stellt sich die Frage, wessen Meinung als aussagekräftig zu betrachten ist.

Eine klare Aufteilung zwischen „aussagekräftigen“ und „nicht aussagekräftigen“ Meinungen ist schwierig durchführen, stattdessen ist wohl eher von Tendenzen auszugehen. In den Interviews mit Regierungsvertretern war in allen drei Ländern auffällig, dass es der Regierung an einer kritischen Reflexion der Präventionspolitik fehlt. Regierungen haben eine Tendenz, HIV und die Gefährdung spezieller Gruppen zu unterschätzen, was sich allein schon im schweren HIV-Epidemieausbruch in Osteuropa deutlich widerspiegelt (Csernus 2004). Deshalb sind die Interviews mit den Vertretern von staatlichen Einrichtungen als weniger aussagekräftig zu bezeichnen. Dieses Ergebnis hängt mit der Tabuisierung von HIV und anderen relevanten gesellschaftspolitischen Themen in den osteuropäischen Gesellschaften zusammen, was bereits im Kapitel 4.2. bereits ausführlich erläutert wurde.

Die Meinung von NGO-Mitarbeitern kann tendenziell als aussagekräftig betrachtet werden, weil sie sich kritisch mit der Ignoranz der Regierung und den fehlenden Maßnahmen auseinandersetzen. Es muss dabei jedoch beachtet werden, dass NGOs, die nur bestimmte Bevölkerungssegmente vertreten, häufig den Überblick über die HIV-Prävention in ihrer Gesamtheit vermissen lassen. Die zwei Interviews mit Mitarbeitern von internationalen Organisationen (Interviews D, K) bestätigen dennoch in aller Regel die hohe Aussagekraft der von NGO-Vertretern geäußerten Meinung. Sie konnten durch ihre bilaterale Arbeit mit NGOs und auch mit der Regierung oft sogar ein differenzierteres Bild über die Lage geben.

Auch die Auswertung der beschränkt verfügbaren Sekundärliteratur half bei der Relativierung der Konflikte und unterstrich meist die hohe Aussagekraft der von NGO-Mitarbeitern geäußerten Meinungen im Vergleich zu den Regierungsvertretern.

7.2. DISKUSSION DER ERGEBNISSE

Die nachfolgende Diskussion der Ergebnisse erfolgt anhand der in der Einführung festgelegten zwei Zielsetzungen, die mit Hilfe der 13 Experteninterviews und den Primär- sowie Sekundärliteraturrecherchen verfolgt werden sollten. Die erste Zielsetzung war das Herausarbeiten der Ähnlichkeiten und Unterschiede in den Primärpräventionsstrategien von Ungarn, Estland und Polen. Die andere Zielsetzung bestand in der Beantwortung der Frage, ob aus den im Drei-Ländervergleich gewonnenen Erfahrungen Konsequenzen für andere osteuropäische Länder gezogen werden können.

7.2.1. Ähnlichkeiten in der HIV-Primärpräventionsstrategie

Zu den wichtigsten Ähnlichkeiten zählt in den einzelnen Länderbeschreibungen das bereits erwähnte konfliktbeladene Verhältnis des NGO-Sektors und der Regierung. Das resultiert einerseits aus den verschiedenen Erfahrungen, Interessen und Arbeitsweisen der beiden Sektoren und ist fast überall auf der Welt ein typisches Phänomen (O'Malley, Nguyen & Lee 1996). Andererseits ist die Lage in Osteuropa durch die kulturelle Andersartigkeit erschwert: Der Zivilsektor verfügt über keine langjährige Erfahrung und keine ausgebauten Strukturen (Amirkhanian et al. 2004), und die Regierung ist in der Zusammenarbeit mit NGOs nicht geübt.

Andere Ähnlichkeiten bestehen in allen drei Ländern sowohl auf der Strategieebene (z.B. nationale HIV-Präventionsstrategie, Akteure), als auch auf der Durchführungsebene.

A) Die Strategieebene

Eine nationale HIV-Präventionsstrategie gibt es in allen drei Ländern, was auf den ersten Blick auf die hohe Priorität des Themas hinweist. Tatsächlich ist aber das politische Commitment hinter der Strategie eher schwach. Mit der HIV-Epidemie wurde diese Region erst spät konfrontiert und die Regierungen vernachlässigten gerne das Problem, solange keine alarmierenden Daten vorlagen. Vor allem nach der politisch-wirtschaftlichen Wende Anfang der 90er Jahre war die Region mittellos, aber auch gegenwärtig gelten diese Länder im EU-Vergleich als arm. Durch die unentbehrlichen Investitionen, die nötigen wirtschaftlichen Reformen, Unerfahrenheit aber auch durch Verschwendung bleiben meist keine ausreichenden Mitteln für die Finanzierung solcher sozial-gesundheitlichen Problemen wie HIV. Die geringe Finanzierung bzw. das Stocken der versprochenen Gelder haben zur Folge,

dass für HIV-Prävention nie kontinuierlich eine ausreichende Finanzierung gesichert werden konnte, welche langfristige Planung und nachhaltigen Effekte ermöglicht hätte.

Rosenbrock (2002) legte drei Kriterien einer wirksamen HIV-Prävention fest, die im Kapitel 3.3. ausführlich dargestellt wurden. Von den drei Kriterien – Frühzeitigkeit, Integration und Konsistenz – erwiesen sich die beiden letzteren als besonders problematisch.

Die Integration von HIV-Prävention in gesundheitspolitische Programme findet kaum statt. Das ist problematisch, weil die HIV-Verbreitung mit anderen ansteckenden Krankheiten (Hepatitis, Syphilis, Tuberkulose etc.) und mit vielen anderen gesellschaftspolitischen Themen wie Drogengebrauch, Prostitution oder gesundheitliche Ungleichheit in enger Verbindung steht. Die mangelnde Einbettung dieser Themen in der HIV-Prävention hängt allerdings gleichzeitig mit der fehlenden Übereinstimmung (Rosenbrock nennt dies „Konsistenz“) der politischen Parteien über deren Relevanz zusammen. Ohne ein konsequentes politisches Commitment für Reformen in Bereichen wie Drogengebrauch, Prostitution und Diskriminierung von Minderheiten kann von keiner wirksamen HIV-Primärprävention die Rede sein. Solange mangels politischer Einheit immer noch über die Notwendigkeit von Nadelaustausch- und Methadonprogrammen kontrovers diskutiert wird bzw. die Polizei den Nadelaustausch mit Razzien behindert, existieren HIV-Präventionsmaßnahmen für i.-v. Drogenbenutzer nur in Gedanken. Solange die Prostitution illegal bleibt, es keine Frauenhäuser und Weiterbildungsmöglichkeiten für Frauen gibt, die vor Prostitution fliehen, helfen die sporadischen Kondomverteilungsaktionen von NGOs im Rotlichtviertel kaum. Solange Minderheiten wie Roma in Ungarn und Russen in Estland in einer sozial stark benachteiligten Lage leben, sind sie einer hohen HIV-Gefährdung ausgesetzt. Das politische Commitment für diese gesellschaftspolitischen Veränderungen fehlt jedoch und stattdessen werden häufig scheinmoralische und demagogische Diskussionen geführt, die gegen Drogenbenutzer, Prostituierte und Minderheiten hetzen und wenig der HIV-Prävention dienen.

Ein weitere Gemeinsamkeit – von den NGOs nicht ausdrücklich, aber in der Fachliteratur (Weilandt et al. 2001) deutlich formuliert – besteht darin, dass in keinem der Länder bei der Gestaltung der nationalen Strategie auf konkrete theoretische Grundlagen verwiesen wird. Das ist sicherlich auch in Westeuropa nicht überall üblich, aber einige westeuropäische Staaten verwenden sie zumindest in der Praxis (z.B. Deutschland). Eine überdachte, theoretische Basis würde gewiss stärkere Grundlinien in der Präventionsstrategie gewährleisten.

B) Durchführungsebene

Auf der Durchführungsebene werden vor allem die fragwürdigen Screeningumstände kritisiert. HIV-Screening gehört strenggenommen zwar nicht zur Primärpräventionsstrategie, aber mangelhafte Screeningmethoden können zu hohen Dunkelziffern und zur Unterschätzung der Vulnerabilität bestimmter Bevölkerungsgruppen führen, was wiederum einen deutlichen Einfluss auf die Primärprävention haben kann. Darauf wurde bereits in der Fachliteratur hingewiesen und auch die Interviews bestätigen diese Probleme. Dabei wird vor allem die geringe Zahl der HIV-Screeningstellen, insbesondere im Bereich des niedrigschwelligen, nicht-staatlichen Screeningangebots hervorgehoben.

Eine weitere problematische Ähnlichkeit besteht auf der Durchführungsebene darin, dass mit Ausnahme von Polen der Staat insofern relativ wenig Verantwortung übernimmt, als die staatlichen AIDS-Organisationen (z.B. AIDS-Zentrum, Kommission etc.) kaum Maßnahmen durchführen oder über wenig Entscheidungsspielräume verfügen. Die Maßnahmen werden von 80-100% an NGOs ausgelagert. Die dominante Präsenz der NGOs in der HIV-Prävention ist auf der einen Seite erfreulich, auf der anderen Seite bedeutet ein solches „Outsourcing“ ein geringes Engagement des Staates in diesem wichtigen Bereich. Der Staat vernachlässigt in allen drei Ländern seine Verantwortung vor allem dann, wenn es um die reibungslose Finanzierung der vereinbarten NGO-Projekte geht.

7.2.2. Unterschiede in der HIV-Primärpräventionsstrategien

Auf der Grundlage der Unterschiede werden die wichtigsten Stärken und Schwächen der untersuchten Länder zusammengefasst. Aus diesem Überblick wird ersichtlich, auf welchen Gebieten die Länder beachtliche Fortschritte machten und wo erhebliche Defizite bestehen. Zur besseren Veranschaulichung soll dies am Ende des Kapitels in einer Tabelle dargestellt werden.

Die dramatische HIV-Epidemie in Estland, die auch im weltweiten Vergleich als extrem gilt, schaffte besondere Bedingungen, die einen Vergleich mit den anderen beiden Ländern kaum ermöglicht. Osteuropa kann jedoch aus seinen Erfahrungen lernen. Nach der schweren Krise gegen 2000-2002 fing Estland an, mit der beachtlichen finanziellen Hilfe vom Global Fund eine Strategie zum Bremsen der steigenden HIV-Inzidenz aufzubauen. Der Global Fund hilft nicht nur bei der Finanzierung, sondern auch bei der Gestaltung der Strategie und ihrer Umsetzung. Die präzise ausgearbeitete Strategie des Global Funds stand mit ihren konkreten Umsetzungs- und Evaluationsplänen zur Zeit ihrer Bekanntmachung im großen Kontrast zu den nationalen Präventionsstrategien der osteuropäischen Ländern. Einige Länder haben daraus die Konsequenzen gezogen: z.B. Polen hat 2004 seine HIV-Präventionsstrategie

schon z. T. nach diesem Muster festgelegt. Es hängt vermutlich damit zusammen, dass Polen sich auch um die Unterstützung des Global Funds bewirbt.

In Estland wurde ein neues Institut (Nationales Institut für Gesundheitsförderung) vor der Bewerbung um die Förderung des Global Funds gegründet, das für die Koordination der Durchsetzung der HIV-Strategie zuständig ist. Die Gründung des neuen Institutes wurde wegen seiner Unerfahrenheit intensiv kritisiert. Trotz der Befürchtungen ist die Leistung des NIGs zufrieden stellend, denn der Vertrag mit dem Global Fund wurde zwei weitere Jahre verlängert. Die wichtigsten Zielgruppen sind die i.-v. Drogenbenutzer und die Jugendlichen, sowie Maßnahmen für die russischsprachige Minderheit. In Estland stellt der Ablauf des Vertrages mit dem Global Fund die große Herausforderung in der baldigen Zukunft.

Ähnlich wie in Estland stehen in Polen die i.-v. Drogenbenutzer und die Jugendlichen im Mittelpunkt der Präventionsstrategie. Während in Estland die dramatische HIV-Epidemie gerade durch die inadäquate Versorgung von i.-v. Drogenbenutzern explodierte, konnte Polen mit Hilfe von NGOs die schnell steigende Inzidenz im Kreise der i.-v. Drogenbenutzer Mitte der 90er Jahre durch effektive Maßnahmen (vor allem Schadensminderung) bremsen. In Polen bestehen dennoch Mängel in der HIV-Prävention für Jugendliche. Die sexuelle Aufklärung für Jugendliche ist extrem kontrovers, denn wegen der machtvollen Position und des Einflusses der Katholischen Kirche ist die offene Propagierung der Kondombenutzung tabuisiert. Eine Stärke von Polen besteht in der Existenz des Nationalen AIDS Zentrum. Ein eigenes Institut für dieses Thema gibt es in keinem anderen Land in Osteuropa. Das Institute ist in erster Linie für die Durchführung der bevölkerungsweiten Kampagnen zuständig und seine Arbeit wird auch von NGOs positiv beurteilt. Seine Kooperation mit Sozialmarketingagenturen ist fruchtbar und beispielhaft: Der Staat zahlt nur ein Drittel der Kosten der Kampagnen, der Rest muss von der ausgewählten Agentur durch Sponsoring finanziert werden. Die Existenz eines eigenen Institutes für dieses Thema könnte auf eine wichtige Positionierung des Themas hindeuten, aber in der Realität sind seine Entscheidungsspielräume begrenzt und sein Budget für Primärprävention wird immer kleiner. Ein wesentliches Problem besteht darin, dass die Regierung bzw. die Ministerien keine Verpflichtung gegenüber diesem Themas zeigen, das Institut wenig unterstützen und zu einer Kooperation kaum bereit sind.

Ungarn hat eine erfreulich niedrige Prävalenz. Diese führt aber leider dazu, dass das Thema nicht genug Aufmerksamkeit bekommt. Auch wenn die Regierung offiziell der HIV-Prävention hohe Priorität beimisst und eine Nationale AIDS Kommission gegründet hat, gibt es in der Realität nur eine unpräzise formulierte Strategie, eine sehr bescheidene Finanzierung für Programme und eine Kommission mit einer politisch und rechtlich schwachen Position. Die

Stärke der Situation ist ein informelles, protektives und gut aufgebautes Netzwerk der homo- und bisexuellen Männer, die im Übrigen den größten Anteil der HIV-Infizierten ausmachen. Sie bieten umfassende interpersonelle Interventionen für homo- und bisexuelle Männer an. Eine große NGO engagiert sich außerdem für die HIV-Primärprävention von Prostituierten, jedoch ist ein deutlicher Mangel an Angeboten für Roma in Ungarn zu beobachten. Es fehlt auch ein klares Konzept für die sexuelle Aufklärung von Jugendlichen. Die Regierung unterstützt den Ansatz, dass Lehrer diese Aufgabe übernehmen sollen, aber NGOs sind gegen diesen Vorschlag. Der Standpunkt der NGOs wird durch die Fachliteratur bestätigt, denn Gyarmathy et al. (2002) haben gefunden, dass Lehrer in erster Linie zum Wissenszuwachs der Schüler beitragen konnten, während NGOs (Personen außerhalb der Schule und Gleichaltrige) konnten nicht nur Wissenszuwachs, sondern auch die Veränderung der Einstellungen erreichen konnten.

	Stärken	Schwächen
Ungarn	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Gut organisierte, informelle Präventionsprogramme des Vereins für Schwule (Háttér) 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Die nationale Strategie wird in der Praxis kaum durchgesetzt ➤ Schulische Aufklärung ist zwar eine Priorität, aber es fehlen Konzepte, wer sie durchführen soll ➤ Die Roma und i.-v. Drogenbenutzer werden als Zielgruppen vernachlässigt
Estland	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Präzis ausgearbeitete Präventionsstrategie (mit Hilfe vom Global Fund) ➤ Der Akzent liegt auf der Zielgruppe der Jugendlichen und der i.-v. Drogenbenutzer ➤ Eine neu aufgebaute staatliche Koordinierungsstelle für Präventionsmaßnahmen 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Kampagnen werden nicht durchgeführt; es gibt ausschließlich interpersonelle Interventionen ➤ Russische Minderheit wird vernachlässigt, obwohl ihr Anteil unter den HIV-Infizierten besonders hoch ist ➤ Schadensminderungsprogramme sollen für Gefängnisinsasse gesichert werden
Polen	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Nationales AIDS Zentrum erfüllt seine Aufgaben (z.B. Koordination) relativ gut ➤ Es führt Evaluationen durch ➤ Es nimmt bevölkerungsweite Kampagnen in Kooperation mit sozialen Marketingagenturen vor (mit einem Ein-Drittel Finanzierungsprinzip) ➤ NGOs haben beachtliche Erfahrung und ausgebaute Strukturen in der Präventionsarbeit mit i.-v. Drogenbenutzern ⇒ Der Akzent liegt deutlich auf den Zielgruppen der breiten heterosexuellen Bevölkerung und i.-v. Drogenbenutzer 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Kondombenutzung wird mangels politischen Konsenses nicht propagiert ➤ Es gibt kaum Maßnahmen für Homo- und Bisexuelle

TABELLE 7. STÄRKEN UND SCHWÄCHEN DER EINZELNEN LÄNDER IN DER PRÄVENTIONSSTRATEGIE

7.2.3. Mögliche Schlussfolgerungen für andere Länder in Osteuropa

Zur Übertragbarkeit der Ergebnisse auf andere osteuropäische Länder kann nur eine vorsichtige Aussage gemacht werden, denn die geringe Zahl der Interviews ermöglicht keine gut begründete Verallgemeinerung. Zum anderen gibt es zu wenige Veröffentlichungen über einzelne osteuropäische Staaten zu diesem Thema, um mit großer Sicherheit die hier erhaltenen Befunde auf sie übertragen zu können.

Dennoch zeigen sich zahlreiche gemeinsame Probleme in allen drei untersuchten Ländern, die unabhängig von den kulturellen und religiösen Unterschieden eine allgemeine Gültigkeit für die HIV-Prävention in Osteuropa haben und dies lässt auch auf allgemeine Konsequenzen schließen. Die Konsequenzen beziehen sich auf die strategische Ebene (z.B. Akteure in der HIV-Prävention, nationale Präventionsstrategie), auf die Ebene der Durchführung von Maßnahmen (z.B. Gestaltung einer Kampagne) und auf die gesellschaftspolitische Ebene (wie problematische Einstellung gegenüber Schadensminderung, Prostitution oder mangelnde Toleranz für sexuelle und ethnische Verschiedenheiten etc.).

Keines der untersuchten Länder hatte eine überlegte, präzise Strategie zur HIV-Prävention. Dazu ist in erster Linie ein klares, politisches Commitment nötig, zweitens best-practice Erfahrungen aus anderen Ländern oder internationalen Organisationen. Die Struktur der nationalen Strategie von Estland könnte auch auf andere Länder übertragbar sein, wie das z.T. jüngst in Polen geschehen ist.

Auf einige Probleme, vor allem auf der institutionellen Durchführungsebene, fand schon das eine oder andere Land relativ zufrieden stellende Lösungen. Das polnische NAZ, das sich ausschließlich mit HIV-Prävention beschäftigt, funktioniert hervorragend. Es gibt aber auch positive Erfahrungen mit Gesundheitsförderungsinstituten, die u.a. auch in der HIV-Prävention tätig sind (z.B. Estland).

Internationale Erfahrungen und Kooperationen sind vorbildlich in beiden Ländern. Das polnische NAZ kooperiert eng mit der deutschen BZgA und dieser Einfluss zeigt sich auch in seinen Aufgaben bzw. Kompetenzen sowie in der Durchführung der Kampagnen (z.B. wurden BZgA-Broschüren in polnischer Übersetzung verwendet). Die estnische Präventionsstrategie entstand auch mit externer Hilfe, nämlich mit der Unterstützung des Global Funds. Im Übrigen findet auch bei NGOs häufig ein besonders erfolgreicher Erfahrungsaustausch sowohl auf nationaler als auch auf internationaler Ebene statt. Interviewte F aus Polen berichtet über Kooperation zwischen estnischen und russischen NGOs, die ebenfalls mit i.-v. Drogenabhängigen arbeiten. Die langjährige Erfahrung der großen polnischen NGO MONAR

kommt estnischen NGOs zu Nutze, da in Estland bisher wenig für Drogenprävention getan wurde.

Auf der anderen Seite wurde für einige immer wiederkehrende gesellschaftspolitische Probleme in keinem der Zielländer eine zufriedenstellende Lösung gefunden. Einer der Eckpfeiler ist die klare Botschaft für Kondombenutzung, die in vielen osteuropäischen Ländern (s. Polen) wenig Tradition hat. Ein weiteres und ebenfalls vorrangiges Problem ist das ambivalente Verhältnis der Regierung zur Schadensminderung. Die Notwendigkeit dieser Programme in Osteuropa kann nicht häufig genug wiederholt werden, denn die intravenöse HIV-Verbreitung ist und bleibt der schnellste und wichtigste Übertragungsweg, der nur mit Schadensminderung angegangen werden kann. Bei dem enormen Anstieg der Hepatitis-Inzidenz in der ganzen Region, die sich auch auf sexuellem Weg, aber noch mehr auf intravenösem Weg verbreitet, sollten die wissenschaftlichen Argumente bzw. Befunde, die für die Schadensminderung sprechen, endlich ernst genommen werden. Die Erfahrung in Estland, wo die fehlende Schadensminderung eine der schlimmsten HIV-Epidemien der Welt verursachte, sollte als ernste Warnung verstanden werden und auch andere osteuropäische Länder zum schnellen Handeln veranlassen. Dabei stellt sich die Frage, ob die EU über die Verabschiedung von Richtlinien hinaus eine intensive Zusammenarbeit der Mitgliedstaaten bzw. der Kandidaten zur HIV-Primärprävention in Gang setzen könnte. Die EU könnte diese Länder durch größeren legislativen Druck zu einem klaren Bekenntnis zur Notwendigkeit von Schadensminderung drängen sowie Maßnahmen für bestimmte Risikogruppen fördern. Das würde einen großen Schritt im gemeinsamen europäischen Kampf gegen HIV bedeuten.

8. ZUSAMMENFASSUNG UND FAZIT

Osteuropa ist gegenwärtig und in naher Zukunft mit großen Herausforderungen in der HIV-Primärprävention konfrontiert. Diese Region der Welt wurde unerwartet stark und plötzlich von der Epidemie getroffen. Die Herausforderung ist vielschichtig, berührt zahlreiche Tabuthemen und gefährdet nicht nur einige Bevölkerungssegmente, sondern durch die rapide HIV-Verbreitung in der „bridge population“ (d.h. Vermittlerpopulation wie z.B. Freier von Prostituierten, Sexpartner von i.-v. Drogenbenutzern etc.) die ganze Gesellschaft. Wie die drei untersuchten Länder auf diese Public-Health-Gefahr reagieren, wurde in der Arbeit im Detail vorgestellt. Im vorherigen Kapitel (Diskussion) wurden die Ähnlichkeiten und Unterschiede dargestellt. In diesem Kapitel werden die wichtigsten fünf Konsequenzen aus dem Drei-Ländervergleich für die zukünftigen Präventionsstrategien dieser und auch anderer Länder in Osteuropa zusammengefasst.

1. Eine der größten Herausforderungen der HIV-Prävention besteht einerseits darin, dass Primärprävention, d.h. die tatsächliche Vorbeugung von Krankheiten in keinem der untersuchten Länder die notwendige Aufmerksamkeit erfährt. Diese Ignoranz bezieht sich selbstverständlich auch auf die HIV-Prävention und ist vermutlich in anderen osteuropäischen Staaten nicht anders. In dieser Arbeit wurde mehrfach darauf hingewiesen, dass Entscheidungsträger in Osteuropa tendenzielle Ansätze der Old-Public-Health-School vertreten, die das Augenmerk auf das Screening⁵⁷ und die Versorgung der manifestierten Krankheiten und nicht auf die Vorbeugung richtet. Dies wird dadurch erschwert, dass Entscheidungsträger sich in manchen Ländern gerne auf die offiziell niedrige Prävalenz berufen und das Thema somit vernachlässigen. Dabei sind jedoch diese Daten wegen der problematischen Screeningumstände (z.B. wenig Screeningstellen) als fragwürdig zu bezeichnen. Darüber hinaus weisen andere Daten (z.B. Prävalenz von Hepatitis B oder C) auf eine hohe Risikobereitschaft im sexuellen Verkehr und in der Drogenbenutzung hin.
2. Mit der geringen Priorität der HIV-Primärprävention hängt zusammen, dass durchdachte nationale Strategien in der Regel – mit Ausnahme Estlands dank des Einflusses des Global Funds – fehlen. Die Präventionsziele der Strategien basieren nicht auf Forschungs- bzw. Untersuchungsergebnissen, welche die tatsächlichen Bedürfnisse und Mängel in der HIV-Prävention erfassen können. Aus diesem Grunde beinhalten die nationalen Strategien meist unpräzise Zielsetzungen, allgemeingültige Floskeln und entbehren der konkreten Handlungsschritte. Dies hat wiederum zur Folge, dass mangels brauchbarer und konkreter Programme der nationalen Strategie zu wenig Beachtung in der Praxis beigemessen wird.
3. Der Akzent in der HIV-Primärprävention liegt sehr stark auf interpersonellen Interventionen, wohingegen primärpräventiven Kampagnen wenig Raum gegeben wird. Sensibilisierung, Wissenserweiterung und das soziale Marketing von Kondomen sind vor allem für die erwünschte Verhaltensänderung der heterosexuellen Bevölkerung von großer Bedeutung. Hier soll noch einmal auf den äußerst niedrigen Informationsstand über HIV in breiten Bevölkerungsschichten in Osteuropa hingewiesen werden, der nur mit bevölkerungsweiten Kampagnen verbessert werden kann. Eine weitere Folge der besonders starken Akzentuierung der von den NGOS durchgeführten interpersonellen Interventionen ist darin zu sehen, dass sie damit die HIV-Prävention fast allein auf ihren

⁵⁷ In der Arbeit wurde an mehreren Stellen auf die problematische Aussagekraft der Screeningergebnisse hingewiesen. Anonymität und Kostenfreiheit sind nicht nur aus menschenrechtlichen Gründen wichtig, sondern auch für die Erhebung der vollständigen Daten, für Ausarbeitung der nationalen Strategie, mit einem Wort für die effektive HIV-Bekämpfung sind sie von elementarer Bedeutung.

Schultern tragen. Zudem sind die NGOs in Osteuropa in der Regel für diese Aufgabe äußerst schlecht gerüstet, weil sie über wenig Erfahrung verfügen und nur geringe und unsichere (staatliche) Subventionen erhalten.

4. Die primärpräventiven Maßnahmen dürfen nicht nur auf Verhaltensprävention beschränkt werden. Verhaltens- und Verhältnisprävention sollen gleichzeitig angeregt werden. Prävention kann erfolgreich sein, wenn die Regierung sich für die Verbesserung der gesundheitsfördernden gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse engagiert, denn ohne verändernde Einwirkung auf die allgemeinen Verhältnisse und Risikostrukturen kann sich das individuelle, präventive Verhalten kaum durchsetzen. Zur Verhältnisprävention im Bezug auf HIV gehören auch umfassende Maßnahmen wie u.a. die rechtliche Regelung von Prostitution, die Entpönalisierung von i.-v. Drogenbenutzung und die materielle Grundabsicherung von sozial marginalisiert lebenden Minderheiten (z.B. Roma).
5. Die Interviews haben deutlich gezeigt, dass Schadensminderungsprogramme in allen drei Ländern nur äußerst mangelhaft durchgesetzt werden, stattdessen ist die Durchsetzung einer strengen und pönalisierenden Drogenpolitik typisch⁵⁸, die die Schaffung einer utopischen, drogenfreien Welt bezweckt und dabei die tatsächliche Gefährdung der i.-v. Drogenbenutzer und schließlich der ganzen Bevölkerung in Kauf nimmt. Wie in der Arbeit mehrfach erörtert, ist Schadensminderung der wohl wichtigste Eckpfeiler der wirksamen HIV-Prävention in Osteuropa, deshalb sollte der Minderung des Risikoverhaltens der i.-v. Drogenbenutzer erhöhte Aufmerksamkeit geschenkt werden. Die Erfahrung aus Estland soll lehren, dass die versäumte bzw. verspätete Einführung von Schadensminderungsprogrammen zu einer dramatischen HIV-Verbreitung führen kann. Ebenfalls sollte eine offene Diskussion über Sexualität und Kondombenutzung (z.B. Kondomautomaten) angestrebt werden.
6. Internationale Zusammenarbeiten (z.B. zwischen Polen und der deutschen BzGA, Estland und dem Global Fund) erweisen sich als ausgesprochen fruchtbar. Von der EU finanzierten HIV/AIDS Programme im Bereich Forschung über Verhalten und Wissen etc., die Veröffentlichung der epidemiologischen Daten, die Analyse der Gesetzgebung und der Politik, Durchführung von Projekte in mehreren Mitgliedsstaaten etc. können Druck auf die Regierungen ausüben und Aufmerksamkeit für das Thema stiften bzw. aufrechterhalten.

⁵⁸ Slowenien machte große Fortschritte auf diesem Gebiet (s. mehr dazu Hoffman 2002).

Diese Arbeit konnte die Aspekte der Primärprävention und den Vergleich dieser Strategien nur teilweise abdecken. Nicht nur die sprachlichen Barrieren, sondern auch der problematische Informationsaustausch durch die vereinzelt Projekte von NGOs verhindert die Vollständigkeit. Systematische Dokumentation der Projekte, nationale Berichte und die Vermittlung von Informationen in Zeitschriften oder Workshops wären aus dieser Hinsicht hilfreich. Der Bedarf an Studien über die tatsächliche Durchsetzung der nationalen Programme ist ebenfalls groß. Nicht zuletzt wären weitere Forschungen bzw. ein Monitoring über Kenntnisse, Verhalten und Einstellung zu HIV von grundlegender Bedeutung.

9. LITERATURVERZEICHNIS

- Amirkhanian, Y.A. et al. (2004): HIV Prevention Nongovernmental Organizations in Central and Eastern Europe: Programs, Resources and Challenges. In: Central European Journal of Public Health. Vol. 12, No. 1. S. 12-18
- Ankiersztejn, E. (2002): National AIDS Centre. In: HIV/AIDS The Polish Policy. National AIDS Centre, Warsaw, S. 23-24
- Arnaudova, A. (2004): 10 Health Questions About the 10. World Health Organization, Regional Office for Europe
- Bobak, M. et al. (2000): Socioeconomic Factors, Material Inequalities, and Perceived Control in Self-Rated Health: Cross-Sectional Data from Seven Post-Communist Countries. In: Social Science and Medicine. Vol. 51. S. 1343-1350
- Bornemann, R. (2001): Epidemiologie des Drogenkonsums und drogenassoziiertes Infektionskrankheiten, insbesondere HIV/AIDS, in Osteuropa. KAROI-Verlag Bornemann
- Chervyakov, V. & Kon, I. (1998): Sex Education and HIV Prevention in the Context of Russian Politics. In: Politics behind AIDS Policies. Case Studies from India, Russia and South Africa. Veröffentlichungsreihe der Arbeitsgruppe Public Health. Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung. S. 39-47
- Ciastoń-Przeclawska, E. (2002): Behavioural Research Relating to Selected Aspects of HIV/AIDS in Poland. In: HIV/AIDS. The Polish Policy. National AIDS Centre, Warsaw, S. 68-73
- Csepe, P. et al. (2002): HIV Risk Behaviour Among Gay and Bisexual Men in Budapest, Hungary. In: International Journal of STD & AIDS. Vol. 12. S. 192-200
- Csernus, E. (2004): Hepatitis C járvány és HIV/AIDS járványveszély a magyarországi intravénás kábítószer-fogyasztók körében. In: Csernus, E. & Dénes, B. (Hrsg.): Intravénás droghasználat és közegészségügy. TASZ Drogpolitikai Füzetek. Heft 6.
- Daniluk-Kula, B. (2002): Financial Means Designated for HIV/AIDS from Budget of the Minister of Health. In: HIV/AIDS. The Polish Policy. National AIDS Centre, Warsaw, S. 79-86
- Daniluk-Kula, B. & Ciastoń-Przeclawska, E. (2002): The National Program for HIV Prevention and Care for People Living with HIV/AIDS. Principle and Reality. In: HIV/AIDS. The Polish Policy. National AIDS Centre, Warsaw, S. 18-22
- Danziger, R. (1996): Compulsory Testing for HIV in Hungary. In: Social Science and Medicine. Vol. 43. No. 8. S. 1199-1204
- Danziger, R. (1997): HIV Prevention in Hungary. In: Health Policy Vol. 40. S. 231-236
- Dearing, J.W. & Rogers, E.M. (1992): AIDS and the Media Agenda. In: Edgar, T, Fitzpatrick, M. A., Freimuth, V. S. (Hrsg.): AIDS. A communication perspective. Lawrence Erlbaum Associates, Hillsdale, New Jersey, S. 91-110
- Dehne, K.L. et al. (1999): The HIV/AIDS Epidemic in Eastern Europe. Recent Patterns and Trends and Their Implications For Policy-Making. In: AIDS. Vol. 13. S. 741-749
- Demetrovics, Zs. (2003): Drog és AIDS II. A megelőzés és az ártalomcsökkentés lehetőségei. In: Képzés egy életen át. Továbbképző folyóirat gyógyszerészek számára. Vol. 3. S. 3-15.
- DiClemente & R.J, Peterson, J.L. (1994): Changing HIV/AIDS Risk Behaviours. In: DiClemente, R.J, Peterson, J.L.: Preventing AIDS. Theories and Methods of Behavioural Interventions. Plenum Press, S.1-3

- Eörsi, S. (2004): Szexuális felvilágosítás. Kérdezd apádat! In: Magyar Narancs (Wochenzeitung) 21. Oktober 2004, S. 26-27
- EuroHIV (2003). HIV/AIDS Surveillance in Europe. Mid-year Report 2003. No. 69. http://www.eurohiv.org/reports/report_69/pdf/rapport_eurohiv_69.pdf (Stand: 14.10.2004)
- Filipowicz, M. (2004): HIV Prevention Among Drug Users And Harm Reduction Programs in Prison in Poland And in Other Countries. (unveröffentlicht)
- Fishbein, M. (2000): The Role of Theory in HIV Prevention. In: AIDS Care. Vol. 12., No. 3. S. 273-278
- Fisher, J.D. & Fisher, W.A. (2000): Theoretical Approaches to Individual-Level Change in HIV Risk Behavior. In: Peterson, J.L. & DiClemente, R.J. (Hrsg.): Handbook of HIV Prevention. Kluwer Academic/Plenum Publishers, S. 3-57
- Forrai, J. & Simka, E. (1999): Az AIDS-szel kapcsolatos ismeretek és a megelőzés jelentősége a prostituáltak körében. In: Fehér, L. & Forrai, J. (Hrsg.): Prostitúció. Prostitúcióra kényszerítés. Emberkereskedelem. Kiút veled Egyesület. Budapest, S. 174-186
- Freimuth, V.S. (1992): Theoretical Foundations of AIDS Media Campaigns. In: Edgar, T, Fitzpatrick, M. A., Freimuth, V. S. (Hrsg.): AIDS. A communication perspective. Lawrence Erlbaum Associates, Hillsdale, New Jersey, S. 91-110
- Galaj, J (2002): Non-governmental Organisation in Poland: The Past and Today. In: HIV/AIDS The Polish Policy. National AIDS Centre, Warsaw, S. 25-32
- Glowaczewska, I. (2002): Anonymous and Free of Charge Testing for HIV. In: HIV/AIDS The Polish Policy. National AIDS Centre, Warsaw, S. 53-54
- Goodwin, R. et al. (2002) : Values and Sexual Behaviour in Central and Eastern Europe. In: Journal of Health Psychology. Vol. 7 (1). S. 45-56
- Goodwin, R. et al. (2003): Social Representations of HIV/AIDS in Central and Eastern Europe. In: Social Science and Medicine. Vol. 56. S. 1373-1384
- Grund, J.-P. C., Öfner, P.J. & Verbraeck (unveröffentlicht): *Marek o del, kas kamel, le Romes duvar* (God hits whom he chooses; the Rom gets hit twice) An Exploration of Drug Use and HIV Risks Among the Roma of Central and Eastern Europe. Research report
- Gyarmathy, V.A. et al. (2002/a): Evaluation of a Comprehensive AIDS Education Curriculum in Hungary – A Role of Good Educators. In: Journal of Adolescence. Vol. 25. S. 495-508
- Gyarmathy, V.A. et al. (2002/b) : Sexual Activity and Condom Use Among Eastern European Adolescents – A Study of Hungarian Adolescent Risk Behaviours. In: International Journal of STD & AIDS. Vol. 12. S. 299-405
- Gyarmathy, V.A. et al. (2004) : The Urgent Need for HIV and Hepatitis Prevention in Drug Treatment Programs in Hungary. In: AIDS Education and Prevention. Vol. 16. No. 3. S. 276-287
- Hamers, F.F. & Downs, A.M. (2003): HIV in Central and Eastern Europe. In: The Lancet. Vol. 361. S. 1035-1344
- Harro, M. (2004) Scaling up the Response to HIV in Estonia. Vortrag auf der 2. Offenes Europa AIDS Konferenz (2nd Open Europe AIDS Conference. „Europe and HIV/AIDS: New Challenges, New Opportunities.“) 16-18 September, 2004, Vilnius, Lettland
- Heffernan, C. (2002): HIV, Sexually Transmitted Infections and Social Inequalities: When the Transmission is More Social than Sexual. In: International Journal of Sociology and Social Policy. Vol. 22, S. 159-176

- Herrn, R., Kohler, R. & Rosenbrock, R. (2002): Defizite der Aids-Prävention in Ostdeutschland. In: Rosenbrock, R., Schaeffer, D. (Hrsg.): Die Normalisierung von Aids. Sigma, S. 89-110
- Hewstone, M. et al. (1995): Szociálpszichológia. Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó, Budapest
- Hofmann, T. (2002). Developing European Health Policy. Harm Reduction in the Context of Drug Policy in Slovenia, Sweden and Germany. Verlag Hans Jacobs
- Hurrelmann, K. (2003): Gesundheitssoziologie. Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Theorien von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung. Juventa
- Kalikova, N. (unveröffentlicht): At First We Got the Heroine Epidemic, Then We Got One of the Worst HIV Epidemics in Eastern Europe
- Kalikov, J. & Wasson-Simon, A. (2004): HIV/AIDS in Estonia. Country Report, Estonia. http://europa.eu.int/comm/health/ph_projects/2001/com_diseases/fp_commdis_2001_anex1_03_en.pdf (Stand: 20.12.2004)
- Kiluk, M. (2002): Prevention Campaigns. In: HIV/AIDS The Polish Policy. National AIDS Centre, Warsaw, S. 58-61
- Kirby, D. & DiClemente, R.J. (1994): School Base Interventions to Prevent Unprotected Sex and HIV Among Adolescents. In: DiClemente & R.J., Peterson, J.L.: Preventing AIDS. Theories and Methods of Behavioural Interventions. Plenum Press, S. 117-135
- Kronemann, M.W. & van der Zee, J. (1997): Health Policy as a Fuzzy Concept: Methodological Problems Encountered When Evaluating Health Policy Reforms in an International Perspective. In: Health Policy, Vol. 40. S. 139-155
- Ksel, M. (2002). Problems of HIV/AIDS in the Population of Detained Persons at Penitentiary Units. In: HIV/AIDS The Polish Policy. National AIDS Centre, Warsaw, S. 66-67
- Kulis, M. et al. (2004): Truck Drivers and Casual Sex. An Inquiry into Potential Spread of HIV/AIDS in the Baltic Region. World Bank Working Paper No. 37, The World Bank
- Laczó, Z. (2004): HIV/AIDS in Hungary. A Non-Governmental Overview. http://www.integration-projects.org/c_reports/hungary.pdf (Stand: 26.1.2005)
- Latsin, A. (2004): It is time to help! In: Connections. Vol. 15. 2004/5. S. 14-15
- Leskovsek, E. (2004): Public Health Aspect of Immigration and Human Trafficking in East Europe. Vortrag auf der 2. Offenes Europa AIDS Konferenz (2nd Open Europe AIDS Conference. „Europe and HIV/AIDS: New Challenges, New Opportunities.“) 16-18 September, 2004, Vilnius, Lettland
- Leppin, A. (2004/a): Konzepte und Strategien der Krankheitsprävention. In: Hurrelmann, K., Klotz, T., Haisch, J.: Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. Hans Huber Verlag, S. 31-41
- Leppin, A. (2004/b): Seminarveranstaltung zum Thema bevölkerungsweite Kampagnen im Rahmen des Kurses MPH37 am 04.05.2004
- Mann, J. & Tarantola, D. (1996): AIDS in the World II. Global Dimensions, Social Roots and Responses. Oxford University Press
- Marcez-Boguslawska, A. (2002): HIV/AIDS in Numbers. In: HIV/AIDS The Polish Policy. National AIDS Centre, Warsaw, S. 12-14
- Müller, W.M. (1996): Stand und Perspektiven der AIDS-Präventionskampagne in Deutschland. In: Krämer, A., Stock C. (Hrsg.): HIV-Ausbreitung und Prävention. Epidemiologische Trends und präventive Strategien. Juventa, S. 175-183

- Naidoo, J. & Wills, J. (2003): Lehrbuch der Gesundheitsförderung. BZgA
- National HIV/AIDS Prevention Programme for 2002-2006, Estonia (unveröffentlicht)
- The National Programme for HIV Prevention and Care for People Living with HIV/AIDS for the Period 2004-2006 (2004)
http://www.aids.gov.pl/files/krajowy_program/National_Programme_final_31_03_05.doc
(Stand: 17.5.2006)
- Nemzeti AIDS Bizottság (2003): Red Ribbon – piros szalag. Mit üzen 2003-ban, 20 évvel az HIV/AIDS-járvány felbukkanása után?
http://www.eum.hu/eum/eum.head.page?pid=DA_11459 (Stand: 18.2.2005)
- Nemzeti AIDS Stratégia 2004-2010 (Nationale AIDS Strategie aus Ungarn):
http://www.eszcsm.hu/eszcsm/eszcsm.news.page?pid=DA_12201 (Stand: 13.08.2004)
- Novotny, T, Haazen, D & Adeyi, O. (2003): HIV/AIDS in Southeastern Europe. Case Studies from Bulgaria, Croatia and Romania. World Bank Working Papers No. 4, The World Bank
- OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development) Health Data (2004):
http://www.oecd.org/document/16/0,2340,en_2825_495642_2085200_1_1_1_1,00.html
(Stand: 01.12.2004)
- O'Malley, J., Nguyen, V.K., & Lee S. (1996): Nongovernmental Organisations. In: Mann, J. & Tarantola, D.: AIDS in the World II. Global Dimensions, Social Roots and Responses. Oxford University Press, S. 341-362
- Pforr, P. (1998): AIDS-Prävention bei Jugendlichen. Der Einfluss der Ich-Stärke auf Kondombenutzung und Kondomakzeptanz. Profil, München und Wien
- Poland (2004): <http://www.undp.org/hiv/poland.pdf> (Stand: 13.08.2004)
- Poland-AIDS (2004/a): Prevention News:
<http://www.aegis.com/news/afp/1993/AD931247.html> (Stand: 13.08.2004)
- Poland-AIDS (2004/b): Poland Concerned About Explosion in Eastern Neighbours.
<http://www.aegis.com/news/afp/2002/AF021038.html> (Stand: 13.08.2004)
- Program Grant Agreement Between the Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria and the National Institute for Health Development of the Ministry of Social Affairs of Estonia (2003) http://www.tai.ee/failid/GF_Grant_Agreement_inglise_keeles.pdf
(Stand: 23.1.05)
- Raudsepp, A. & Tomberg, E. (2004): HIV Prevention by Tallinn Municipality. Vortrag auf der 2. Offenes Europa AIDS Konferenz (2nd Open Europe AIDS Conference. „Europe and HIV/AIDS: New Challenges, New Opportunities.“) 16-18 September, 2004, Vilnius, Lettland
- Rodriguez-Trias, Helen (1995): Foreword. In: Freudenberg, N., Zimmerman, M.A. (Hrsg.): AIDS Prevention in the Community. American Public Health Association, Washington, S. ix-x
- Rosenbrock, R. (1987): AIDS kann schneller besiegt werden. Gesundheitspolitik am Beispiel einer Infektionskrankheit. VSA-Verlag
- Rosenbrock, R. et al. (2000): The Normalization of AIDS in Western European Countries. In: Social Science & Medicine. Vol. 50, 1607-1629
- Rosenbrock, R. (2002): Ein Grundriss wirksamer Aids-Prävention. In: Rosenbrock, R., Schaeffer, D. (Hrsg.): Die Normalisierung von Aids. Sigma, S. 71-83.
- Rützel, K. (2004): Women and HIV/AIDS in Estonia. Vortrag auf der 2. Offenes Europa AIDS Konferenz (2nd Open Europe AIDS Conference. „Europe and HIV/AIDS: New Challenges, New Opportunities.“) 16-18 September, 2004, Vilnius, Lettland

- Sarapuu, M. (2004): Drug Prevention and Problems in the Estonian Prison System. In: Connections. Vol. 15. 2004/5. S. 21-23
- Simon, T. (1996): HIV/AIDS in Countries of Central and Eastern Europe. In: Krämer, A., Stock C. (Hrsg.): HIV-Ausbreitung und Prävention. Epidemiologische Trends und präventive Strategien. Juventa, S. 133-174
- Szata, W. (2002): Epidemiological Characteristics of HIV Infections and AIDS in Poland 1985-2002. In: HIV/AIDS The Polish Policy. National AIDS Centre, Warsaw, S. 14-17
- Tefanova, V. et al. (2003): Hepatitis B and C Infections Among Intravenous Drug Users in Prisons and Visitors of Anonymous Consulting Rooms in Estonia: Prevalence Risk Factors. In: Connections. Vol. 14, 2003/11, S. 8-9
- Ujhegyi, E. (Hrsg.) (2002): HIV/AIDS. Szivárvány Präventionsheftsreihe des Ungarischen Ministerium für Jugend und Sport.
- UNAIDS (2002): Report on the Global HIV/AIDS Epidemic. WHO Library Cataloguing-in-publication Data, Geneva
- UNAIDS (2004/a): The changing HIV/AIDS Epidemic in Europe and Central. WHO Library Cataloguing-in-publication Data
- UNAIDS (2004/b): AIDS Epidemic Update. Women and AIDS http://www.unaids.org/wad2004/report_pdf.html (Stand: 23.11.2004)
- UNAIDS (2004/c): Epidemiological Fact Sheet on HIV/AIDS and Sexually Transmitted Infections. Hungary. http://www.who.int/GlobalAtlas/PDFFactory/HIV/EFS_PDFs/EFS2004_HU.pdf (Stand: 22.1.2005)
- UNAIDS (2004/d): Epidemiological Fact Sheet on HIV/AIDS and Sexually Transmitted Infections. Poland. http://www.who.int/GlobalAtlas/PDFFactory/HIV/EFS_PDFs/EFS2004_PL.pdf (Stand: 5.1.2005)
- UNAIDS (2004/e): Epidemiological Fact Sheet on HIV/AIDS and Sexually Transmitted Infections. Estonia. http://www.who.int/GlobalAtlas/PDFFactory/HIV/EFS_PDFs/EFS2004_EE.pdf (Stand: 12.1.2005)
- Wasson-Simon, A. & Denoue, O. (2003): HIV/AIDS in Poland. A non-governmental overview. http://europa.eu.int/comm/health/ph_projects/2001/com_diseases/fp_commdis_2001_anex4_03_en.pdf (Stand: 20.12.2004)
- Weilandt, C. et al. (2001): HIV Prevention in Europe. A Review of Policy and Practice in 25 Countries. Sigma
- Wellings, K. (2002): Evaluating AIDS Public Education in Europe: A Cross-national Comparison. In: Hornik, R.C. (Hrsg.): Public Health Communication. Evidence for Behavior Change. Lawrence Erlbaum Associates Publishers, Mahwah, New Jersey, S. 131-146
- WHO (2004): HIV/AIDS epidemic in Europe and central Asia. www.who.dk/aids/20040326_1 (Stand: 14.10.2004)
- Williams, C. (1995): AIDS in Post-Communist Russia and its Successor States. Avebury, Aldershot, England
- Wolfe, D. & Malinowska-Sempruch, K. (2004): Illicit Drug Policies and the Global HIV Epidemic. Effects of UN and National Government Approaches. Open Society Institute

- World Bank (2004): Averting AIDS Crises in Eastern Europe and Central Asia. [http://wbi0018.worldbank.org/ECA/ECSHD.nsf/ECADocByUnid/28367598BBA44B2B85256DA3004ECEE9/\\$FILE/AIDS%20Executive%20Summary%20.pdf](http://wbi0018.worldbank.org/ECA/ECSHD.nsf/ECADocByUnid/28367598BBA44B2B85256DA3004ECEE9/$FILE/AIDS%20Executive%20Summary%20.pdf) (Stand: 5.1.2005)
- The World Health Report (2003): World Health Organisation Library Cataloguing-in-Publication-Data, Geneva
- Zimmermann, M. et al. (1995): Introduction. In: Freudenberg, N., Zimmerman, M.A. (Hrsg.): AIDS Prevention in the Community. American Public Health Association, Washington, S.1-9

10. ANHANG

Leitfaden für Experteninterviews

1. Einleitung, gegenseitige Vorstellung

2. Epidemiologischer Hintergrund von HIV im Zielland

- Wie hoch sind die aktuelle Prävalenz und Inzidenz des Ziellandes? Wie groß ist vermutlich die Dimension der Dunkelziffer?
- Welche sind gegenwärtig die besonders betroffenen Populationen und welche Populationen verbergen sich wahrscheinlich hinter den Dunkelziffern?
- Wie wirksam würden Sie das aktuelle Screeningverfahren einschätzen?
- Zusätzliche Fragen je Zielland:
 - In Ungarn: Wie erklären Sie die auffallend niedrige HIV-Prävalenz des Landes, während einige Nachbarstaaten so eine hohe HIV-Prävalenz aufweisen?
 - In Polen: Wie wurde die Epidemie gebremst? Wie ließ sich die Eskalation der Lage vermeiden, anders als in Estland?
 - In Estland: Was war der Auslöser des schweren Epidemieausbruchs in Estland?

3. Interventionen und Kampagnen in der Primärprävention

3.1. Kampagnen

- Welche Kampagnen wurden bisher durchgeführt? Können Sie einige Beispiele in chronologischer Reihenfolge nennen und beschreiben?
- Welche Medienkanäle benutzen Sie? Wie oft und wie lang sind die Werbungen zu sehen?
- Welche Zielgruppen wollen Sie ansprechen? Aufgrund welcher Kriterien, Informationen oder Untersuchungsergebnisse legen Sie die Zielgruppen fest?
- Anhand der Fachliteratur hat man das Gefühl, dass es relativ wenige Kampagnen gibt. Wenn es so ist, was sind die Gründe dafür? Worin bestehen die Hindernisse?

3.1. Interventionen

- Wer bestimmt die Zielgruppen, die Inhalte und die Art der Intervention?
- Welche Formen der Interventionen werden in die Tat umgesetzt? (Gruppendiskussion, aufsuchende Arbeit, „peer counselling“ etc.)
- Was wird den i.-v. Drogenbenutzern angeboten?
- Was wird den Homo- und Bisexuellen angeboten?
- Gibt es und wenn ja welche Maßnahmen in der HIV-Primärprävention für andere weniger stark betroffene, aber ausgesprochen vulnerable Populationen wie Roma und Sinti, Schwangere, Gefängnisinsassen, ethnische Minderheiten und Prostituierte?

4. Zuständigkeiten

- Wessen Aufgabe ist die Planung der HIV-Präventionsstrategie? (AIDS-Kommission, AIDS Zentrum etc.)
- Was für aktuelle politische Diskussionen laufen in der letzten Zeit zum Thema HIV-Primärprävention?

Regierungsorganisationen

- Gibt es Meinungsunterschiede innerhalb der Regierung, der Partei oder dem Parlament?
 - In Polen: Inwiefern hat die Katholische Kirche Einfluss auf die HIV-Prävention und sexuelle Aufklärung in Schulen?
 - In Ungarn: Welche Meinungsunterschiede über HIV-Prävention bestehen zwischen der konservativen und der sozialistischen Partei?
 - In Estland: Welche Meinungsunterschiede gibt es zwischen den Parteien und weiteren Akteuren in der Drogenpolitik, vor allem in Hinblick auf HIV-Prävention?
- Beteiligen sich andere Ministerien an der HIV-Prävention, um eine Interdisziplinarität zu erreichen?
- Findet internationale Zusammenarbeit statt? Können Sie konkrete Länder nennen, mit denen sie kooperieren?
- Mit welchen NGOs arbeiten Sie zusammen?
 - Welcher Anteil der Aktivitäten ist an NGOs ausgelagert (outsourcing)?
 - Nach welchen Kriterien wählen Sie die NGOs aus, mit denen Sie zusammenarbeiten wollen?

NGOs und Interregierungsorganisationen

- Wie finden Sie die nationale HIV-Primärpräventionsstrategie? Was fehlt?
- Wo haben Sie die wichtigsten Reibungspunkte mit Regierungsorganisationen? (Schadensminderung bei i.-v. Drogenbenutzern, Prostitution, Homosexualität, Roma-Bevölkerung etc.)

5. Finanzierung

- Wieviel Geld wird für die HIV-Primärprävention in einem Jahr ausgegeben (falls möglich: Interventionen und Kampagnen getrennt!) Hat sich diese Summe in den vergangenen Jahren verändert?
- Bei NGOs: Aus welchen Quellen finanzieren Sie ihre Interventionen?

6. Evaluation

- Findet Evaluation zur Messung der Wirksamkeit eines HIV-Präventionsprogramms statt?
- Falls ja, wer führt die Evaluation durch? (Bei NGOs ist es wichtig, ob die NGO selbst oder der Auftraggeber die Evaluation durchführt!)