



Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg
Hamburg University of Applied Sciences

Bachelor-Arbeit zur Erlangung des akademischen Grades

„Bachelor of Science (B.Sc.)“

im Studiengang Gesundheitswissenschaften

Optimierung des Gesundheitssystems in Äthiopien mit dem Schwerpunkt: HIV/AIDS

Vorgelegt von: Rahel Temesgen

Matrikelnummer: 2010376

Erstbetreuerin: Prof. Dr. Christine Färber

Zweitbetreuer: Dipl. Gesundheitswirt Gunnar Paetzelt

Tag der Einreichung: 14.2.2014

Inhalt

Zusammenfassung	3
Danksagung	4
Abbildungs- und Tabellenverzeichnis	5
Abkürzungsverzeichnis	6
1. Einleitung	7
2. Hintergrund: Geschichte und Entwicklung Äthiopiens	8
2.1 Äthiopien	8
2.1.1 Geschichte und Religion.....	9
2.1.2 Zahlen und Fakten zum Land.....	11
2.1.3 Allgemeiner Gesundheitszustand in Äthiopien	12
2.2 Gesundheitssystem und Entwicklung in Äthiopien	13
2.2.1 Politischer Rahmen	13
2.2.2 Finanzierung , Verwaltung und Durchführung	14
3. HIV/AIDS in Äthiopien	16
3.1 Krankheitsbild HIV/AIDS.....	16
3.1.1 Infektion.....	16
3.1.2 Symptome	17
3.1.3 Diagnose	18
3.1.4 Therapie	19
3.2 Statistik und Trend in Äthiopien	20
3.3 Sexualität, Tradition und Religion (Tabuisierung)	25
3.4 Sozialer Status und soziale Aspekte	26
3.4.1 Sexuelle Ausbeutung und sexuelle Netzwerke.....	26
3.4.2 Risikogruppen.....	26
3.4.3 Geschlechterverhältnisse in Äthiopien.....	27
3.5 Bestehende Präventionsprogramme in Äthiopien	29
4. Methoden der Datenerhebung.....	30
5. Fragestellungen	31
6. Durchführung.....	32
7. Ergebnisse.....	33
8. Diskussion	36
9. Handlungsempfehlungen.....	37
10. Schlussfolgerung und Aussicht.....	40

11. Literaturverzeichnis.....	42
12. Eidesstattliche Erklärung	45

Zusammenfassung

In dieser Arbeit wird der aktuelle Stand der HIV-Epidemie in Äthiopien dargestellt und die Schwachstellen, die im Gesundheitssystem und in der HIV-Prävention auftreten. Zunächst wird allgemein über die Geschichte und die Entwicklung Äthiopiens beschrieben, da dies zu einem besseren Verständnis über die Einstellung und des Bewusstseins des Landes beitragen soll. Der Aufbau des Gesundheitssystems in Äthiopien wird vorgestellt und nachkommend wird ein Einblick über die HIV-Infektion und Statistik in Äthiopien gewährt. Soziale Aspekte werden thematisiert, die für eine gezielte Prävention unumgänglich sind. Einige Beurteilungen beruhen sich auf persönliche Erfahrungen, die während eines sechsjährigen Aufenthaltes in Äthiopien erkannt wurden.

Nach einer Vorstellung eines Präventionsprogrammes von der Regierung, wurde eine Befragung mit einem Mitarbeiter der nichtstaatlichen Organisation „Save the Children“ und zwei Personen aus dem Gesundheitswesen durchgeführt. Diese sind momentan in Äthiopien in der HIV-Prävention aktiv. Desweiteren wird ein Leitfaden zur Verbesserung von Hilfsmaßnahmen dargestellt. Die Daten wurden durch schriftliche Erhebungen erzielt, da eine Erhebung vor Ort aus Kostengründen nicht möglich war. Die Fragen bezogen sich auf das subjektive Empfinden und Bewusstsein der Befragten zum Thema der Erreichbarkeit von Risikogruppen, den Wünschen für eine bessere Präventionsarbeit und den Hindernissen, die während der Aufklärungsarbeit auftreten. Die Betrachtung der Befragung ergab, dass sich die Interviewten eine vermehrte Zusammenarbeit mit der Regierung wünscht, für einen besseren Informationsaustausch und eine vermehrte Erreichbarkeit von Risikogruppen.

Die Risikogruppen in Äthiopien sind unter anderem aus kommerziellen SexarbeiterInnen, Männer in Uniformen, Fernkraftfahrer und Haus- und Kindermädchen zusammengestellt. In dieser Gruppe ist es vor allem sehr wichtig HIV-Prävention zu betreiben, da sie zu einer besonderen Verbreitung der HIV-Infektion beitragen.

Danksagung

Für Mama und Papa, die es mir ermöglichten meine Heimat kennen und lieben zu lernen und so ein Bewusstsein in mir geweckt wurde für das ich auf ewig dankbar sein werde.

Ich bedanke mich bei Frau Prof. Dr. Christine Färber, die mich bei der Erstellung dieser Arbeit mit ihrem Wissen unterstützt hat.

Dank gilt auch Dipl.Gesundheitswirt Gunnar Paetzelt, der sich bereit erklärte meine Arbeit als zweit Prüfenden zu betreuen.

Natürlich bedanke ich mich auch bei den äthiopischen KollegInnen, die sich bereit erklärten meine Fragen zu beantworten.

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

Abbildung 1: Äthiopien Landkarte.....9

Tabelle 1: Eigendarstellung der Statistiken (S.21-22)24

Abkürzungsverzeichnis

ART	Antiretrovirale Therapie
UdSSR	Ehemalige Sowjetunion
GBU	Geburtsvorsorgeuntersuchung
GV	Geschlechtsverkehr
GS	Gesundheitssystem
HSDP	Health Sector Development Programmes
MSM	Men having sex with men
NRO	Nichtstaatliche Organisation
PEP	Postexpositionsprophylaxe
TB	Tuberkulose

1. Einleitung

Der Aufbau des äthiopischen Gesundheitssystems erschwert die Erreichbarkeit von Menschen, die an schweren Erkrankungen leiden und medizinische Hilfe dringend benötigen. Zu jenen Erkrankungen und Infektionen zählt auch HIV und AIDS.

Laut des „Country Progress Report on HIV/AIDS Response“ aus dem Jahr 2012 sind momentan rund 800.000 Menschen mit dem HI-Virus in Äthiopien infiziert. Weltweit sind es rund 35.3 Millionen HIV-positive gewesen (UNAIDS, www.unaids.org, 2012).

Wegen der HIV-Epidemie starben im Jahr 2012 rund 170.000 Menschen in Äthiopien an AIDS und hinterließen viele Familien (UNAIDS, unaids.org, 2012). Aus diesem Grund besteht eine akute Notwendigkeit das Gesundheitssystem und die HIV-Prävention, in Äthiopien zu stärken.

Die vorliegende Arbeit befasst sich mit dem Aufbau des Gesundheitssystems in Äthiopien und der HIV-Prävention. Unter anderem werden soziale Probleme, die die Präventionsarbeit erschweren, beleuchtet. Der Schwerpunkt dieser Arbeit liegt jedoch überwiegend bei der HIV-Epidemie und die Probleme, die bei der Aufklärung und Verbreitung vom HIV-Wissen auftreten.

Bei der Identifikation von Verbesserungsmöglichkeiten werden Erfahrungen und Wissen von Menschen mit einbezogen, die in Äthiopien momentan in der HIV Prävention tätig sind. Dazu wurde eine explorative Befragung durchgeführt, um das Verständnis der konkreten Situation vor Ort zu erweitern und so passende Ansätze für eine verbesserte Prävention heraus zuarbeiten. Es fließen auch einige Erfahrungsberichte mit ein, die durch eigene Beobachtung während meines sechsjährigen Aufenthaltes in Äthiopien (2001-2007) gewonnen wurden.

Die Arbeit ist in mehreren Kapiteln eingeteilt. Das erste Kapitel befasst sich mit der Geschichte, der Statistiken und des Aufbaus des Gesundheitssystems in Äthiopien. Danach folgt das Kapitel über HIV/AIDS und die sozialen Probleme, die mit der Epidemie einhergehen in Äthiopien. Es folgt eine Vorstellung der Erhebung und die Problematiken, die während jener eintrafen und anschließend werden die Erkenntnisse und Feststellungen dargestellt. Abschließend werden Diskussionspunkte, Handlungsempfehlungen und eine Schlussfolgerung vorgestellt.

2. Hintergrund: Geschichte und Entwicklung Äthiopiens

2.1 Äthiopien

Äthiopien befindet sich im östlichen Afrika und grenzt an die Länder Eritrea, Djibouti, Sudan, Somalia und Kenia. Die Bevölkerungsanzahl betrug im Jahr 2012 91,73 Millionen (WHO, www.who.int, 2012). Somit ist Äthiopien das zweitgrößte Land in Sub-Sahara-Afrika (Bank, www.Worldbank.org, 2013). Äthiopien, bezogen auf seine Fläche, ist das zehntgrößte Land auf dem afrikanischen Kontinent mit einer Fläche von 1.104.300 km². Die geographische Lage des Landes variiert von 4.500 m über dem Meeresspiegel bis hin zu nur 110m unter dem Meeresspiegel, jedoch liegt mehr als die Hälfte des Landes über 1.500 Metern (Ethiopia M. o., 2010, S. 1).

Die größte Stadt des Landes ist die Hauptstadt Addis Abeba mit einer Einwohnerzahl von 2,7 Millionen. Äthiopien ist in neun regionale Bundesländer unterteilt: Amhara, Tigray, Afar, Benishangul-Gumuz, Gambella, Harar, Oromia, Somali, Region der südlichen Nationen, Nationalitäten und Völker und zusätzlich die zwei unabhängigen Städte Addis Abeba und Dire Dawa. Die Bundesländer sind unterteilt in ‚Woredas‘ und ‚Kebeles‘. Landesweit gibt es insgesamt 817 Weredas und ungefähr 16 253 Kebeles. Die Woredas bzw. Bezirke sind dezentralisierte Verwaltungseinheiten, die von politischen Verwaltungsräten mit gewählten Mitgliedern gesteuert werden. Die Kebele sind die kleinsten Verwaltungseinheiten und entsprechen deutschen Kommunen (Ethiopia M. o., 2010, S. 2).

Es werden rund 80 Sprachen und Dialekte im Land gesprochen. Davon sind 12 semitische, 22 kuschitische, 18 omotische und 18 nilosaharanische Sprachen (Agency, 2011, S. 1).

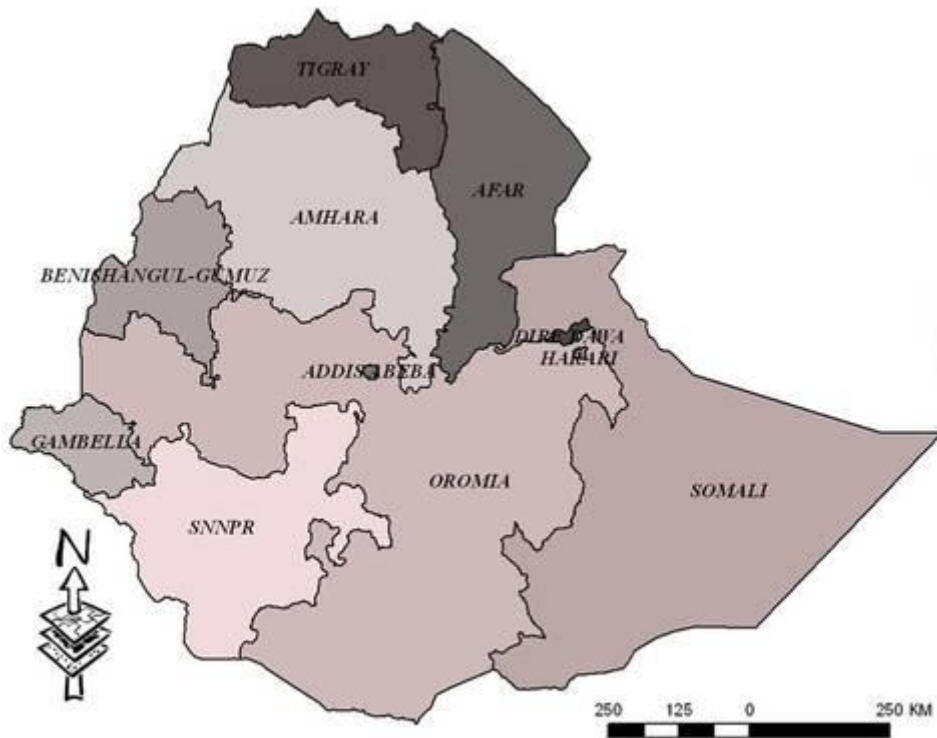


Abbildung 1: Äthiopien

Quelle: GIZ.de (2013)

2.1.1 Geschichte und Religion

Äthiopien ist eine der ältesten Zivilisationen der Welt. Wissenschaftler vermuten auch, dass in Äthiopien der Ursprung der Menschheit sein könnte. Funde verschiedener Skelette, die in der Region Hadar im südlichen Äthiopien aufgefunden wurden, stärken diese Annahme. Die Skelette wurden während verschiedener archäologischer Ausgrabungen im Jahr 1974 und 1994 gefunden (Agency, 2011, S. 1).

Die Geschichte des Landes ist auch durch die Religion geprägt. Frühe Fundstücke aus dem ca. 4. Jahrhundert n.Chr. weisen auf ein christlich geprägtes Land hin. Durch seine geographische Lage im Hochland am Horn von Afrika, konnte Äthiopien viele kulturelle und religiöse Eigenheiten beibehalten. Vor allem Affinitäten zum

Judentum sind unübersehbar, wie z.B. das Einhalten einiger Speisegesetze und Reinheitsvorschriften oder die rituelle Beschneidung der Jungen am 8. Lebenstag. Anhänger der äthiopisch-orthodoxen Kirche sehen sich selber als Judenchristen. Der Ursprung dieser Parallelen oder Verbundenheit mit dem Israelitischen Reich entstammt einer Bindung zwischen dem damaligen Abessinien und Israel. Die äthiopische Kaiserfamilie leitete ihre Herkunft vom König Salomon und Makeda, der Königin von Saba, ab. Die Beziehungen zwischen der äthiopischen und der koptischen Kirche jedoch waren nicht so ganz stabil. Die koptische Kirche versuchte jahrhundertlang mit allen Mitteln die äthiopische Kirche zu kontrollieren und behauptete, das Oberhaupt der äthiopischen Kirche dürfe nur ein vom Patriarchen in Alexandrien ausgewählter ägyptischer Mönch sein. Erst im Jahr 1948 wurde dieses Kirchengesetz aufgehoben und die äthiopische Kirche wurde unabhängig, allerdings wurde im Jahr 1951 erstmals ein Äthiopier Patriarch (Temesgen, 2010, S. 23-24).

1936 war der Anfang der italienisch- faschistischen Besetzung im Land. Der damalige Kaiser Haile Selassie I. (1930-1974) begab sich nach England und lebte dort im Exil. 1941 wurden die Italiener mit Hilfe der Briten besiegt (Temesgen, 2010, S. 25). Die Versuche einer Koloniegründung in Äthiopien schlugen somit fehl und Äthiopien gehört zu den Ländern in Afrika, die am längsten ihre Unabhängigkeit sichern konnten.

Äthiopien ist wegen seiner Geschichte Vorbild vieler afrikanischer Länder und deren Nachkommen, sogar die jamaikanische Rastafari-Religion schloss sich größtenteils der äthiopisch-orthodoxen Kirche an. Die Kirche erreichte ihren Höhepunkt, als Haile Selassie I. 1965 die Oberhäupter aller orientalisches-orthodoxen Kirchen zu einem Gipfeltreffen in Addis Abeba einlud. Es fanden erstmals koptische, syrische, indische, armenische und äthiopische Christen zusammen um ihre einheitliche Tradition zu schützen (Temesgen, 2010, S. 26).

1974 endete das äthiopische Kaiserreich. Der Marxist Haile Mengistu Mariam stürzte das Regime und regierte 17 Jahre lang. Im sozialistischen Regime verlor die Kirche ihren Status und das Regime propagierte Atheismus. 1994 wurde die Kirche offiziell vom Staat getrennt (Temesgen, 2010, S. 26).

Mit dem Kollaps der UdSSR kollabierte auch das äthiopische sozialistische Regime. Im Mai 1991 floh Mengistu nach Zimbabwe und lebt dort seither im Exil.

Das heutige Äthiopien ist circa zu zwei Dritteln (62,8%) christlich geprägt, ein Drittel ist muslimischen Glaubens (33,9%). Von den Christen sind 43,4% äthiopisch-orthodoxen Glaubens und 19,3% gehören anderen Konfessionen an. Naturreligionen werden von 2,6% und andere Religionen werden von 0,6% praktiziert (Affairs, 2012) (<http://www.mfa.gov.et/aboutethiopia.php?pg=2>). Christen und Moslems leben friedlich miteinander.

2.1.2 Zahlen und Fakten zum Land

Schätzungsweise leben 85% der Bevölkerung in ländlichen Gebieten, 44% der Gesamtbevölkerung ist jünger als 15 Jahre alt. Die durchschnittliche Lebenserwartung liegt für Männer bei 51 Jahren und für Frauen bei 53 Jahren. Die Geburtenrate sank von 6.4 Geburten pro Frau im Jahre 1990 auf 5.4 Geburten 2006. Frauen in ländlichen Gebieten jedoch gebären drei Kinder mehr im Durchschnitt als Frauen in städtischen Gebieten. Obwohl die Geburtenrate sinkt, wächst die Bevölkerung um die 2,6% jährlich. Die niedrigste Geburtenrate im Land befindet sich in der Amhara Region mit einem jährlichen Zuwachs von nur 1,7% (Ethiopia M. o., 2010, S. 1).

Das Pro-Kopf-Einkommen beträgt 390 USD jährlich. Der Anteil der Menschen, die in absoluter Armut leben, liegt bei schätzungsweise 32,7% (Ethiopia F. D., 2012, S. 11). Ökonomisch gesehen wächst das Land und hat in den letzten Jahren erhebliche Fortschritte gemacht, auch in der Infrastruktur und im Gesundheitswesen. In Sub-Sahara-Afrika gehört Äthiopien zu den Ländern, die ökonomisch am schnellsten wachsen, und die kein Öl haben bzw. produzieren (Ethiopia F. D., 2012, S. 11). Das Bruttoinlandsprodukt stieg von 7,3% in 2011 auf 8,5% in 2012 (World Bank) (<http://www.worldbank.org/en/country/ethiopia>).

Die Kindersterblichkeitsrate betrug im Jahr 2005 noch 77 auf tausend Geburten und 59 im Jahr 2010. Die Rate der unter Fünfjährigen, die versterben, sank von 123 in 2005 auf 88 in 2010 per tausend Geburten. Der Prozentsatz der unter Fünfjährigen, die an einer Unterernährung litten, betrug im Jahr 1990 noch 47,6%, und im Jahr 2010 35% (Ethiopia F. D., 2012, S. 11). Der Anteil der Mütter, die mindestens einmal während ihrer letzten Schwangerschaft an einer Geburtsvorsorgeuntersuchung

(GBU) durch geschultes Personal aus dem Gesundheitssektor teilnahmen, stieg von 28% im Jahr 2005 auf 34% im Jahr 2010, wobei man anmerken muss, dass es erhebliche regionale Unterschiede in ländlichen und städtischen Gebieten gibt, eine Erklärung könnte die niedrige Krankenhausdichte in ländlichen Gebieten sein. Während 76% der schwangeren Frauen in Städten an einer GBU teilnahmen, waren es nur 26% der ländlichen Frauen. HIV-Tests sind in der GBU mit eingeschlossen und werden kostenlos angeboten (Ethiopia F. D., 2012, S. 11).

Im Bezug auf die Frauengesundheit, wurde eine Absenkung in der Müttersterblichkeit deutlich. Obwohl die Rate auf 590 Tote in 100.000 Müttern sank, gehört diese Zahl dennoch weltweit zu den höchsten Raten. Die Hauptursachen der Müttersterblichkeiten sind Komplikationen während der Geburt (13%), Uterusrupturen (12%), starke Präeklampsie/Eklampsie (11%) und Malaria (9%). Bedeutsam sind auch die 6% der Müttersterblichkeitsrate, die auf Komplikationen während Abtreibungen zurückzuführen sind (Ethiopia M. o., 2010, S. 3).

2.1.3 Allgemeiner Gesundheitszustand in Äthiopien

Die größten Gesundheitsprobleme in Äthiopien sind vermeidbare ansteckende Erkrankungen und Ernährungsstörungen. Mehr als 90% der Kindersterblichkeit werden durch Lungenentzündungen, Durchfall, Malaria, neonatale Probleme, Mangelernährung, HIV/AIDS und oft auch eine Kombination aus diesen Erkrankungen verursacht.

Die Probleme auf der Anbieterseite, die wiederum besonders ungewollte Folgen in der Gesundheit der Mütter mit sich tragen, werden durch Mangel an geschulten Hebammen, schlechte Einlieferungssysteme in Gesundheitszentren, Fehlen angemessener Geräte für Basis- und Erstversorgung im Bereich der Geburtshilfe, sowie in der Notfallmedizin und letztendlich durch die Unterfinanzierung für die Gesundheitsjobs hervorgerufen. Auf der Nachfrageseite waren kulturelle und gesellschaftliche Normen, Entfernungen zu medizinischen Versorgungsorten und finanzielle Einschränkungen die Hauptgründe für die Zugangsbeschränkungen (Ethiopia M. o., 2010, S. 3).

2.2 Gesundheitssystem und Entwicklung in Äthiopien

Seit dem Regierungswechsel im Jahr 1991, ist der offizielle Name Äthiopiens „The Federal Democratic Republic of Ethiopia (FDRE), und die neue Regierung nahm viele politische und sozio-ökonomische Veränderungen vor. Unter jenen Veränderungen, wurde erstmals eine nationale Gesundheitspolitik konzipiert, ein Vier-Phasen-Programm, das sogenannte „Health Sector Development Programme“ umfasst und die dann ab 1996-97 durchgeführt wurden. Kernstück der Gesundheitsreformen waren die Demokratisierung und Dezentralisation des Gesundheitssystems, die Entwicklung von präventiven, gesundheitsfördernden und kurativen Komponenten im Gesundheitswesen, Zusage von Zugang zur Gesundheitsversorgung für jede Sozialschicht der Bevölkerung und die Ermutigung von privaten und nichtstaatlichen Organisationen, sich am Gesundheitssystem (GS) zu beteiligen (Health, 2010, S. 4).

Die Anzahl der Krankenhausbetten sind im ganzen Land sehr begrenzt. Es gibt insgesamt 13.922 Krankbetten, das heißt es gibt rund 1.9 Betten pro 10.000 Menschen. Der Durchschnitt in der Subsahara liegt nur bei 9 Betten auf 10.000 Menschen, aber bei 27 Betten pro 10.000 Menschen weltweit. Bemerkenswert ist die Aufwertung und Ausstattung von Einrichtungen während des dritten Entwicklungsprogrammes (HSDP III), das in den Jahren 2005 bis 2010 durchgeführt wurde. Die Zahlen erreichten 14.416 Gesundheitsstellen, damit wurden 88,7% der Zielzahl erreicht, 2.689 Gesundheitszentren (84% des Zieles erreicht) und 111 öffentlichen Krankenhäuser, hier wurden sogar 125% des Zieles erreicht. Die nationalen Gesundheitsausgaben pro Kopf erhöhten sich von 7,14 USD (2004/5) auf 16,09 USD (2007/8) (Ethiopia M. o., 2010, S. 6-8).

2.2.1 Politischer Rahmen

Das Regierungssystem ist in zwei Leitungsstrukturen unterteilt, einmal in das „Joint Consultative Forum“ (JCF) und das „Joint Core Coordinating Committee“ (JCCC).

Das JCF ist der höchste Dachverband und stellt einen Dialog zwischen der Regierung und anderen Interessenvertretern her. Unter anderem leitet das Forum die Umsetzung von individualisierten Gesundheitsplänen, sowie die Verteilung und Verwendung von Geldern, die für die Millennium-Entwicklungsziele, der weltweiten Allianz für Impfstoffe und Impfungen und anderen spendenunterstützte Projekte gedacht sind. Der höchste Dachverband versichert eine effektive Verbindung zwischen Entwicklungspartnern, regionalen Büros und anderen Bereichen unter Vorsitz des Gesundheitsministers (Ethiopia M. o., 2010, S. 72).

Das JCCC ist das technische Organ der JCF und verantwortlich für Steuerung, Planung und Finanzierung. Die Hauptaufgabe ist die betriebliche Beaufsichtigung der gesamten Gelder, einschließlich des Gesundheitsfonds, für die weltweite Allianz für Impfstoffe und Impfungen und der Millennium- Entwicklungsziele. Sie organisieren und koordinieren das Überwachen und Auswerten von Aufträgen und von Gremien der Gesundheits-Entwicklungsprogramme. Die neuen Ergebnisse und Empfehlungen jener Gremien versucht das JCCC ebenfalls umzusetzen. Technische Zuweisungen wie von der JCF vorgeschrieben gehören auch zum Tätigkeitsbereich. Zusätzlich analysiert die JCCC Vorschläge des Gesundheitsministeriums, bezüglich der Verteilung oder Umverteilung von Fördergeldern. Diese Analysen sollten vierteljährlich durchgeführt werden und an die Nachprüfung von Plänen und Berichten gekoppelt sein. Dies bedeutet also, dass alleine das JCCC Entscheidungen treffen kann ohne von anderen Ämtern Anweisungen zu erhalten. (Ethiopia M. o., 2010, S. 72).

2.2.2 Finanzierung, Verwaltung und Durchführung

Gesundheitsdienste werden hauptsächlich aus vier Quellen finanziert: 1. staatliche und regionalen Regierungen, 2. Zuschüsse und Kredite von Spendern, 3. nicht-staatlichen Organisationen und 4. privaten Beiträgen (Ethiopia M. o., 2010, S. 27).

Das äthiopische Gesundheitsversorgungssystem ist als dreigliedriges System strukturiert. Die erste Ebene macht das „primary care level“ aus, das in drei Dienstleistungsstellen eingeteilt ist: Gesundheitsstellen (Gs), Gesundheitszentren (GZ) und primäre Krankenhäuser (Ethiopia M. o., 2010, S. 4).

Die Gs und GZ machen zusammen die primäre Gesundheitsfürsorgeeinheit aus, die aus einem GZ und fünf Gesundheitsposten zusammengesetzt sind und jeweils Leistungen für rund 25.000 Personen anbieten. Jeder Gesundheitsposten ist mit zwei GesundheitsarbeiterInnen (GA) ausgestattet und ist verantwortlich für ungefähr 3.000 bis 5.000 Personen. Die sogenannten GesundheitsarbeiterInnen, sind Freiwillige die ein einjähriges Gesundheitstraining hinter sich haben und mindestens die Highschool absolviert haben (Scholl & Cothra, 2011, S. 6). Es wird von den GA erwartet, dass sie 20% ihrer Zeit auf dem Gesundheitsposten zu verbringen und die restlichen 80% sollten in Kommunen bzw. in Haushalten und aktiv mit Müttern und Kindern als Zielgruppe genutzt werden. Die GA bieten 96 Stunden Beratung und Kurse an für Haushalte über ausgewählte Gesundheitsthemen bevor die Teilnehmer eine Art von Zeugnis erhalten, dass sie am Kurs teilgenommen haben (Ethiopia M. o., 2010, S. 74).

Die GA bieten auch verschiedene gesundheitliche Versorgungsleistungen an, inklusive Familienplanung, Schutzimpfungen, ambulanten Behandlungen, Entbindungen und eventuellen Untersuchungen bei Neugeborenen, Diagnose und Behandlung von Malaria und Lungenentzündungen und die Verabreichung von oralen Rehydrationslösungen bei Diarrhöe und Dehydration. Eine GZ beschäftigt durchschnittlich 20 Personen und bietet sowohl präventive als auch kurative Dienste an. Die GZ dienen auch als Einlieferungszentren, darüber hinaus sind sie Ausbildungsplätze für GA (Ethiopia M. o., 2010, S. 74).

Ein Primärkrankenhaus bietet ambulante Versorgung an. Zusätzlich bieten die Krankenhäuser auch Notfalloperationen, Kaiserschnitte und Zugang zu Bluttransfusionen. Primärkrankenhäuser nehmen auch Überweisungen von GZ in der Umgebung auf und geben praktische Trainingseinheiten für Krankenschwestern/Krankenpflegern und RettungssanitäterInnen. Es sind 25 bis 50 Betten in einem Krankenhaus vorhanden und es sind durchschnittlich 53 Mitarbeiter, die unter anderem aus MedizinerInnen und Krankenschwestern/Krankenpflegern bestehen, beschäftigt (Ethiopia M. o., 2010, S. 74). Auf der zweiten Ebene sind die Allgemeinenkrankenhäuser angesiedelt. Ein „General Hospital“, so wie es in Äthiopien beschrieben wird, bietet stationäre und ambulante Dienste an. Durchschnittlich sind 234 Fachkräfte tätig in den Einrichtungen. Ein Allgemeinkrankenhaus übernimmt Einweisungen von den primären Krankenhäusern. In diesen Einrichtungen werden auch Krankenschwestern und Notfallchirurgen,

Beamte im Gesundheitswesen und andere Beschäftigte im Gesundheitssektor ausgebildet (Ethiopia M. o., 2010, S. 74-75).

Die dritte Ebene bilden die Fachkrankenhäuser, die sich auf bestimmte Felder in der Medizin spezialisiert haben. Hier sind durchschnittlich 440 Fachkräften beschäftigt. Hier werden auch Überweisungen von Allgemeinen- und Primärkrankenhäusern aufgenommen (Ethiopia M. o., 2010, S. 75).

3. HIV/AIDS in Äthiopien

3.1 Krankheitsbild HIV/AIDS

Die Abkürzung HIV steht für das englische „Human Immunodeficiency Virus“. Das Virus schädigt überwiegend das menschliche Immunsystem, das wiederum für die Abwehr von Krankheitserregern und Beseitigung von defekten Körperzellen verantwortlich ist. Der Virus kann vom Körper nicht beseitigt werden, das heißt wenn der Virus einmal im Körper ist, bleibt es ein Leben lang. Das HI-Virus kann sehr viele Zellen des Immunsystems zerstören, so dass der Körper keine Infektionen und/oder Krankheiten eigenständig abwehren kann. Wenn dies der Fall ist, führt eine HIV-Infektion zur Krankheit AIDS. Zurzeit gibt es kein Heilmittel zur Bekämpfung des Virus, jedoch ist es möglich mit richtiger medizinischer Versorgung den Virus zu kontrollieren. Eine HIV-Behandlung wird oft als Antiretrovirale Therapie (ART) bezeichnet. Eine ART kann das Leben eines Infizierten verlängern und die Gefahr andere anzustecken senken. Bevor es diese Behandlungsmöglichkeit gab, starben Menschen innerhalb von wenigen Jahren an AIDS. Heute kann ein Infizierter Mensch fast eine durchschnittliche Lebenserwartung erreichen (Centers for Disease Control and Prevention, 2013)(<http://www.cdc.gov/hiv/basics/whatishiv.html>).

3.1.1 Infektion

Nur durch manche Körperflüssigkeiten wie Blut, Samen, Präejakulat, Rektalflüssigkeiten, Vaginalflüssigkeiten und Muttermilch einer HIV-positiven Person kann der HI-Virus übertragen werden. Diese Flüssigkeiten müssen über die Schleimhaut oder verletztes Gewebe aufgenommen werden oder durch direktes Injizieren in die Blutbahn, mit einer Nadel oder Spritze. Schleimhäute sind im Rektum, der Vagina, in der Penisöffnung und dem Mund vorzufinden (Centers for Disease Control and Prevention, 2013)(<http://www.cdc.gov/hiv/basics/transmission.html>).

Der HI-Virus wird hauptsächlich durch ungeschützten Geschlechtsverkehr mit einer HIVpos Person übertragen. Die riskanteste Sexualpraktik ist Analsex, gefolgt von Vaginalsex. Dabei ist zu vermerken, dass beim Analsex der passive Partner eher gefährdet ist als der aktive. Mehrere Sexualpartner oder eine Geschlechtskrankheit zu haben, kann das Risiko von einer HIV-Ansteckung erhöhen. Außerdem trägt das Teilen von Nadeln und Spritzen, Spülwasser oder anderer Geräte, die zum Injizieren von Drogen benötigt werden, zu einer Infektion bei (Centers for Disease Control and Prevention, 2013) (<http://www.cdc.gov/hiv/basics/transmission.html>).

Weniger häufige Übertragungswege im westlichen Teil der Welt ist die Mutter zu Kind Übertragung, Ansteckung über HIV kontaminierte Nadeln oder anderen spitzen Gegenständen, über Bluttransfusionen oder nach einer Organ- oder Gewebetransplantation, die mit dem Virus kontaminiert sind. Diese Art von Übertragung ist jedoch sehr gering, da die Organe und das Gewebe vorher auf HIV getestet werden (Centers for Disease Control and Prevention, 2013)(<http://www.cdc.gov/hiv/basics/transmission.html>).

Unter anderem sind sehr seltene Übertragungswege das Vorkauen von Nahrung von einer HIVpos Person. Die Ansteckung ereignet sich dann, wenn infiziertes Blut vom Pflegenden sich mit der Nahrung zusammen vermischt hat (Centers for Disease Control and Prevention, 2013)(<http://www.cdc.gov/hiv/basics/transmission.html>).

3.1.2 Symptome

Um eine HIV-Infektion gänzlich auszuschließen, hilft nur ein HIV-Test. Die meisten Menschen, die sich mit dem Virus angesteckt haben, weisen für 10 oder mehr Jahre keine Symptome auf. Manche HIV-positive Menschen beschreiben sehr starke grippeähnliche Symptome, zwei bis vier Wochen nach einer Ansteckung. Einige dieser Symptome können Fieber, vergrößerte Lymphknoten, Halsschmerzen und Ausschlag sein. Diese Symptome können nur ein paar Tage oder auch bis zu ein paar Wochen andauern. Während dieser Zeit, ist der Virus eventuell noch nicht sichtbar im Blut, aber die infizierten Personen sind höchst ansteckend für andere (Centers for Disease Control and Prevention, 2013) (<http://www.cdc.gov/hiv/basics/whatishiv.html>).

3.1.3 Diagnose

Der häufigste HIV-Test, der durchgeführt wird, ist der Antikörper-Test, der nach Antikörpern im Blut sucht, die der Körper herstellt gegen den HI-Virus. Der Antikörper-Test kann in einem Labor oder durch Schnelltests durchgeführt werden. Um den Test durchzuführen benötigt man eine Blutprobe oder eine Probe aus oraler Flüssigkeit (nicht aus Speichel). Da die Viruslast in oralen Flüssigkeiten generell niedriger ist als in einer Blutprobe, wird der Virus eher im Blut entdeckt als in der oralen Flüssigkeit.

Neuere Antikörper-Tests können mittlerweile den Virus schon nach drei Wochen nach einer Ansteckung im Blut finden. Diverse Labortests können nicht nur Antikörper ausfindig machen, sondern auch Antigene, die Teile des Virus selbst sind. Somit kann der Virus schneller entdeckt werden, als von manchen Tests, die nur nach Antikörpern suchen.

Der Schnelltest ist auch ein Antikörper-Test, der schnelle Ergebnisse erzielt in 20 Minuten oder weniger. Der Schnelltest kann nach einer möglichen Ansteckung durchgeführt werden, schon bevor Antikörper überhaupt im Test erscheinen könnten. Da der Test eventuell keine Antikörper entdeckt, ist die Wahrscheinlichkeit eines „falschen positiv“- Ergebnisses möglich. Alle positiven Ergebnisse dieser Schnelltests, müssen sich nachträglich nochmal testen lassen um das Resultat endgültig zu bestätigen (Prevention, Centers for Disease Control and Prevention, 2013) (<http://www.cdc.gov/hiv/basics/testing.html>).

Obwohl die Antikörpertests allgemein als sehr sicher gelten, sollten Nachfolgeuntersuchungen nach einem positiven Testergebnis dennoch durchgeführt werden, um so eine angemessene HIV-Therapie zu beginnen. Falsch-positive Testergebnisse sind eher eine Seltenheit, können jedoch während des Zeitfensters zwischen Ansteckung und Entstehung von Antikörpern vorkommen.

Es gibt einige Tests, die Zuhause durchgeführt werden können, aber bei einem positiven Ergebnis müssen die Betroffenen ärztliche Hilfe aufsuchen und mit einem Folgetest die Diagnose bestätigen.

Der RNA-Test spürt den Virus selbst direkt im Blut auf und kann HIV schon nach zehn Tagen einer möglichen Infizierung feststellen, bevor sich überhaupt Antikörper gebildet haben. RNA-Tests sind teurer als Antikörper-Tests und werden generell nicht als Untersuchung genutzt, es sei denn der behandelnde Arzt weist einen an als Nachfolgeuntersuchung (Prevention, Centers for Disease Control and Prevention, 2013)(<http://www.cdc.gov/hiv/basics/testing.html>).

3.1.4 Therapie

Eine antiretrovirale Therapie (ART) wird in der Behandlung von HIV eingesetzt. Die ART ist darauf ausgerichtet, die Viruslast zu verlangsamen, umso das Immunsystem vor eventuellen Angriffen durch den Virus zu beschützen (Wasmuth & Voigt, 2004, S. 4). Durch die ART werden die Helferzellen aufrechterhalten und es können so leistungsfähige Zellen nachwachsen. Durch diesen Vorgang wird verhindert, dass das Immunsystem geschwächt wird und andere opportunistische Krankheiten erscheinen (Wasmuth & Voigt, 2004, S. 4). Opportunistische Erkrankungen sind Krankheiten, die das geschwächte Immunsystem möglicherweise angreifen könnten, die zum Beispiel durch Bakterien, Pilze oder Viren begünstigt werden (Wasmuth J.-C. , 2010, S. 1). Falls dies geschehen sollte, kann das beschädigte Immunsystem nicht fehlerfrei funktionieren und vermeintlich harmlose Infektionen können zu lebensbedrohlichen Erkrankungen werden. Des Weiteren ist das Immunsystem für das Erkennen und Zerstören von entstehenden Krebszellen zuständig. Ist diese Funktion eingeschränkt durch das HI-Virus, kann sich das Risiko an Krebs zu erkranken erhöhen (Wasmuth J.-C. , 2010, S. 1). Falls opportunistische Infekte oder gewisse Krebsarten auftreten, dann hat der Betroffene die Erkrankung AIDS (Wasmuth J.-C. , 2010, S. 1).

Seit den neunziger Jahren des vergangenen Jahrhunderts wurde die HIV-Therapie fortwährend optimiert. Die Optimierung der Medikamente ist mittlerweile so fortgeschritten, dass die Zunahme des Virus permanent gehemmt wird und so weniger Menschen in der westlichen Welt an einer opportunistischen Infektion erkranken und daran versterben (Wasmuth & Voigt, 2004, S. 4). Eine vollständige Genesung vom Virus kann jedoch durch die Medikamente nicht erreicht werden, sondern sie verhindern das Vorankommen der Krankheit AIDS und eines frühzeitigen Todes (Wasmuth & Voigt, 2004, S. 5).

Es gibt außerdem präventive Behandlungsmöglichkeiten wie die Postexpositionsprophylaxe (PEP), die nach einer direkten Exposition mit dem HI-Virus eingenommen werden sollte. Die Einnahme der antiretroviralen Medikamente sollte so früh wie möglich, spätestens 72 Stunden nach der Risikosituation eingenommen werden. So wird versucht die Wahrscheinlichkeit HIV-positiv zu werden zu mindern. Diese Präparate verhindern, dass der HI-Virus sich vermehrt und somit im Körper streuen kann. Es werden zwei bis drei Arzneimittel verschrieben, die 28 Tage eingenommen werden müssen. Die PEP ist nicht immer wirksam und es gibt keine Garantie für eine Nicht-Übertragung nach einer Exposition mit dem Virus (Prevention, Centers for Disease Control and Prevention, 2014) (<http://www.cdc.gov/hiv/basics/pep.html>).

3.2 Statistik und Trend in Äthiopien

Die folgenden Statistiken beruhen auf Daten aus dem „Country Progress Report on HIV/AIDS Response“ aus dem Jahr 2012, der von der äthiopischen Regierung herausgegeben wurde.

Aktuell sind rund 800.000 Menschen in Äthiopien mit dem HI-Virus infiziert und es gibt rund 1 Million AIDS-Waisen. Die geschätzte Prävalenz liegt bei 1,5%. In den letzten Länderberichten jedoch wurde auch deutlich, dass Äthiopien zu den Ländern gehört, die die Zahl der Neuinfektionen um 25% senken konnten (Ethiopia F. D., 2012, S. 1). Äthiopien hat sich als Ziel gesetzt, in der allgemeinen Bevölkerung, bis 2015 die HIV Übertragungen um 50% zu senken. Um einschätzen zu können, ob diese Zahl realisierbar ist, wurden 2011 Befragungen durchgeführt. Die Statistiken wurden dann mit Zahlen aus dem Jahr 2005 verglichen, um die Trends besser nachzuvollziehen. Erhoben wurde das Wissen über HIV, das heißt der Prozentanteil der jungen Frauen und Männer zwischen 15 und 24, die korrekte Wege der Prävention von der Übertragung des Virus kennen und allgemeine Missverständnisse bezüglich der Ansteckung ablehnen (Ethiopia F. D., 2012, S. 3).

Zunächst möchte ich mit der Statistik der Frauen beginnen und danach werden die Zahlen der Männer vorgestellt. Bei den 15- bis 19-jährigen Mädchen betrug der Prozentsatz derjenigen, die sich über HIV aufgeklärt fühlten, im Jahr 2005 21.1%

und im Jahr 2011 24,0% und bei den 20- bis 24-jährigen 19,7% (2005) und 23,6% (2011). Hier sind nur kleine Erhöhungen zu vermerken, da dies daran liegen könnte, dass diese Alterskategorie der Mädchen und Frauen besonders schwer zu erreichen ist oder die allgemeine Bereitschaft Fragen über HIV und AIDS zu beantworten niedrig ist. Bei den Jungen (derselben Alterskategorien) betragen die Prozentzahlen 32,1% und 34,8% (2005) und in 2011 31,8% und 37,4% (Ethiopia F. D., 2012, S. 3).

Der nächste Indikator, erfasst den Prozentanteil der jungen Frauen und Männer im Alter zwischen 15 und 24, die vor dem 15. Lebensjahr schon Geschlechtsverkehr hatten. Bei den Mädchen bzw. Frauen betrug der Anteil im Jahr 2005 11,1 % (bei den 15- bis 19-jährigen) bzw. 21,9% (bei den 20- bis 24-jährigen), und in 2011 7,1% bzw. 16,0%. Diese Zahlen zeigen deutlich, dass Mädchen und Frauen in Äthiopien früher mit dem Thema Sex in Kontakt treten als die Jungen und Männer. Hieraus lässt sich eventuell erschließen, dass ältere Männer diese Altersgruppe schon früh zum Geschlechtsverkehr anlocken. Bei den Jungen bzw. Männern lag die Zahl bei 1,7% (2005) in jeweils beiden Alterskategorien, 2011 sanken die Zahlen in beiden Kategorien auf 1,2% und 1,3% (Ethiopia F. D., 2012, S. 3). Hier konnte demnach eine erhebliche Verbesserung erreicht werden.

Als nächstes wurde der Prozentsatz der Frauen und Männer im Alter von 15 bis 49 erhoben, die in den letzten 12 Monaten mit mehr als nur einer Person Geschlechtsverkehr (GV) hatten. Die Altersklassen wurden wie folgt unterteilt: 15-19 Jahre, 20-24 Jahre und 25-49 Jahre. Bei den Frauen lagen die Zahlen bei 0,4%, 0,6% und 0,1% (2005), im Jahr 2011 lagen die Zahlen dann bei 0,3%, 0,6% und 0,4%. Diese niedrigen Zahlenangaben zeigen deutlich, dass Frauen in Äthiopien ihre Sexualität nicht offen diskutieren, da eine Anzahl von vielen Sexualpartnern auf einen promiskuen Lebensstil zurück geführt werden könnte. Bei den Männern lagen die Zahlen 2005 bei 3,9%, 5,0% und 3,5%, danach dann bei 0,5%, 1,6% und 5,3% (2011) (Ethiopia F. D., 2012, S. 3). Die Tendenzen sind demnach bei den jungen Männern positiv, bei den älteren negativ.

Der Indikator, wie viel Prozent der Frauen und Männer zwischen 15-49 Jahren, die in den letzten 12 Monaten mit mehr als nur einer Person GV hatten und dabei ein Kondom nutzen, wurde auch abgefragt. Die Altersklassen sind wie schon oben beschrieben in drei Kategorien eingeteilt. In der Frauenkategorie konnten keine konkreten Daten zu den Alterskategorien erhoben werden, der Grund hierfür könnte

eventuelle Scham sein, da sozial gesehen eine „promiske“ Frau möglicherweise eine Prostituierte sein könnte und man als solche nicht gelten will. Bei den Männern konnten allerdings nur in den letzten zwei Altersklassen für das Jahr 2011 Daten erhoben werden. Bei den 20-24-jährigen lag die Zahl bei 36,9% und bei den 25-49-jährigen 11,3% (Ethiopia F. D., 2012, S. 4), hier liegt also hoch riskantes Verhalten vor.

Der Prozentanteil der Frauen und Männer zwischen 15 und 49, die sich auf HIV getestet hatten in den letzten 12 Monaten und über ihr Ergebnis in Kenntnis waren, wurde auch ermittelt. Bei den Frauen waren die Zahlen 2,4%, 3,6% und 1,1% in 2005 und 18,8%, 24,5% und 19,2% in 2011. Bei den Männern lagen die Angaben bei 1,5%, 4,0% und 2,0% (2005), in der nächsten Studie lagen die Zahlen dann schon bei 16,5%, 24,8% und 21,1% (2011). Der Prozentanteil der 15- bis 24-jährigen Mädchen und jungen Frauen, die HIV positiv waren, betrug im Jahr 2005 3,5% und nur noch 2,6% in 2011 (Ethiopia F. D., 2012) (S.4). Die Testhäufigkeit war demnach sehr stark gestiegen und der Anteil der Angesteckten gesunken. Die erfassten Daten wurden in eine Übersicht zusammengefasst (siehe unten).

Allgemeinbevölkerung	HIV Aufgeklärtheit	Sex vor d. 15.ten Lebensjahr	% derjenigen die mehr als einen Sexualpartner in d. letzten 12 Monaten hatten	% von Personen die mit mehr als einer Person Sex hatten u. Kondom nutzten in d. letzten 12 Monaten	% die einen HIV-Test gemacht haben und über ihr Ergebnis Bescheid wissen (letzten 12 Monaten)
15-19-jährige Frauen	21,1% (2005) 24,0% (2011)	11.1% (2005) 7,1% (2011)	0,4% (2005) 0,3% (2011)	-	2,4% (2005) 18,8% (2011)
20-24-jährige Frauen	19,7(2005) 23,6% (2011)	21,9%(2005) 16,0% (2011)	0,6% (2005) 0,6% (2011)	-	3,6% (2005) 24,5% (2011)
25-49-jährige Frauen	-	-	0,1% (2005) 0,4% (2011)	-	1,1%(2005) 19,2% (2011)
15-19-jährige Männer	32,1% (2005) 31,8% (2011)	1,7% (2005) 1,2% (2011)	3,9% (2005) 0,5% (2011)	-	1,5% (2005) 16,5% (2011)
20-24-jährige Männer	34,8% (2005) 37,4% (2011)	1,7% (2005) 1,3% (2011)	5,0% (2005) 1,6% (2011)	36,9% (2011)	4,0% (2005) 24,8 (2011)
25-49-jährige Männer	-	-	3,5% (2005) 5,3% (2011)	11,3% (2011)	2,0% (2005) 21,1% (2011)

Tabelle 1: Eigendarstellung der Statistiken S.21-22

Einige Daten zu SexarbeiterInnen konnten auch erhoben werden, sind jedoch nicht national repräsentativ. Zunächst wurde der Prozentanteil der SexarbeiterInnen erfragt, die mit HIV-Präventionsprogrammen erreicht wurden. Für die Jahre 2009 bis 2011 wurden 42,3% ermittelt, hauptsächlich an Hauptstraßen und Haupttransportwegen des Fernverkehrs. Die SexarbeiterInnen wurden auch befragt, ob beim letzten Geschlechtsverkehr (GV) mit einem Kunden ein Kondom genutzt wurde. Im Jahre 2005 betrug die Zahl 98,3% und für die Jahre 2009-2011 gaben 99,4 % der SexarbeiterInnen an bei ihrem letzten zahlenden Kunden ein Kondom genutzt zu haben, aber nur 65,7% verhüteten während des GVs mit einem nicht-zahlenden Kunden. Vermutungen für so hohe Zahlen bei der Verhütung mit Kondomen, könnten sein, dass die SexarbeiterInnen eher nach sozialer Erwartungen die Fragen beantworteten als Wahrheitsgemäß. Diese Daten sind national nicht

repräsentativ, da die Daten an verschiedenen Orten, mit verschiedenen Stichprobenzahlen und anhand verschiedener Quellen erhoben wurden. 2005 hatten nur rund 28,2% der SexarbeiterInnen in den letzten 12 Monaten einen HIV Test und 97,3% davon wussten ihren HIV Status. Die Jahre 2009-2011 zeigten eine Steigerung von 44,8%, die an einem Test in den letzten 3 Monaten teilnahmen. Rund 25% der SexarbeiterInnen sind wohl HIV-positiv, diese Zahl aber wahrscheinlich höher liegt, da sich nur wenige SexarbeiterInnen auf HIV testen lassen. Alle Daten zu SexarbeiterInnen können nicht als repräsentativ Ebene gelten (Ethiopia F. D., 2012, S. 5).

Als Ziel in der Prävention wurde auch die Mutter-Kind-Übertragung berücksichtigt, die bis zum Jahr 2015 gänzlich eliminiert werden soll. Auch die Muttersterblichkeitsrate soll erheblich gesenkt werden. Dazu wurden Befragungen durchgeführt, die zu einer besseren Einschätzung beitragen sollen. 2010 erhielten insgesamt 7.844 schwangere HIV-positive Frauen eine ART, davon 1.113 Frauen lebenslang und 5.721 eine Kombinationstherapie, um das ungeborene Kind vor einer Infektion zu schützen. 2011 bekamen von 42.900 Frauen rund 10.302 eine ART (Antiretrovirale Therapie) Behandlung, das sind 24% der schwangeren Frauen, die den Virus in sich tragen. Davon erhielten 5.280 Schwangere eine Kombinationsbehandlung und 4.823 Frauen werden lebenslang mit einer ART behandelt. 2011 wurde erstmals eine Statistik erstellt über die Zahl der Neugeborenen, die von einer HIV positiven Mutter entbunden wurden und innerhalb der ersten zwei Lebensmonate einen virologischen Test erhielten: 4.753 von insgesamt 42.900 Säuglingen erhielten einen Test, das entspricht 11%. Im Jahr 2011 lag der Anteil der Mutter-Kind-Übertragung in der 6. Woche bei 17% und stieg auf 30% an, hierbei wurden auch die Stillenden mit einbezogen. Hochgerechnet auf insgesamt 42.900 Fälle wären das 13.000 in den ersten Lebensmonaten infizierte Säuglinge. Die Anzahl von Gesundheitseinrichtungen, die ART und Prävention von Mutter zu Kind Übertragungen anbieten, hat sich erheblich erhöht. Es wurden jedoch im Jahr 2009 nur 8,2% von 80.000 HIV-positiven schwangeren Müttern erreicht (Ethiopia F. D., 2012, S. 7).

Bis 2015 soll die Zahl der ART-Patienten auf geschätzte 15 Millionen ansteigen. Der Anteil der erwachsenen Infizierten über 15 Jahre, die eine ART zum Zeitpunkt der Befragungen Angaben in den Jahren 2009-2011 erhalten zu haben, betrug 167.816

(2009), 209.360 (2010) und 249.174 (2011). Letztere Zahl wurde aus insgesamt 289.900 erhoben und ergibt somit einen Prozentanteil von 86%. Der Anteil der Kinder unter 15 Jahren, die zum Zeitpunkt der Befragung eine ART Behandlung erhielten, lag in denselben Jahren bei 10.350, 13.000 und 16.000 Kindern. Letztere Zahl wurde über insgesamt 82.100 infizierten Kinder erhoben, was einen Prozentanteil von 20% ergibt (Ethiopia F. D., 2012, S. 8).

Tuberkulose (TB) wurde in den Zielgruppen mitbestimmt, da Äthiopien im Rahmen der Millennium-Entwicklungsziele seit 2002, eine Senkung der TB-Todesfälle unter den HIV-Infizierten anstrebt und diese bis 2015 um 50% senken möchte. Dabei wurde der Prozentanteil jener erhoben, die Medikamente gegen TB und HIV einnahmen. 2009 lag die Zahl bei 40,6% und 2011 bei 39%, der identifizierten HIV-positiven Fällen die an einer TB erkrankten und eine ART erhielten (Ethiopia F. D., 2012, S. 8).

3.3 Sexualität, Tradition und Religion (Tabuisierung)

Das Thema Sexualität ist in Äthiopien generell ein Tabuthema. In den letzten Jahren jedoch hat sich einiges verändert und verbessert wie zum Beispiel die Rolle der Frauen, auf die ich im weiteren Text näher eingehen werde. Auch der Kauf von Kondomen stellt sich insbesondere für junge unverheiratete Menschen als Herausforderung dar.

Man kann nachvollziehen, dass es für manche „peinlich“ ist im kleinen Kiosk in der Nachbarschaft nach Präservativen zu fragen und jeder einen kennt. Also spielt nicht nur der religiöse Einfluss eine sehr große Rolle in der Nutzung von u. A. Kondomen, sondern auch der soziale Aspekt. Auch die Rolle der Frauen hat sich in den letzten Jahren verändert und verbessert, der Punkt wird im weiteren Text näher beleuchtet.

3.4 Sozialer Status und soziale Aspekte

Der HI-Virus kennt keinen sozialen Status, es ist mir wichtig dies vorweg zu verdeutlichen. Es ist schwierig in Äthiopien klar zu deuten, welche Schicht am ehesten betroffen ist. Die HIV-Prävalenz ist auf dem Land niedriger als in der Stadt. Mögliche Ursachen hierfür könnten außereheliche Beziehungen sein, oder die Zunahme von Prostitution, oder die komplette Tabuisierung und offene Diskriminierung von Homosexuellen, die gezwungen sind ihre Neigungen heimlich auszuleben. Auch die Bevölkerungsmobilität spielt eine große Rolle: viele Bauern und junge Mädchen ziehen in die Großstädte, in der Hoffnung auf eine bessere Arbeitsstelle und einen besseren Lebensstandard.

3.4.1 Sexuelle Ausbeutung und sexuelle Netzwerke

Aus eigenen Erfahrungen im Land ist mir bekannt, dass sich einige Mädchen vom Land als Kinder- und Hausmädchen einstellen lassen und sie dann in Häuser einziehen, wo sie keine Kenntnis darüber haben wer sie eigentlich einstellt. Leider gibt es einige Männer, die diese hilflose Situation ausnutzen und sich an den Mädchen vergehen. Die Mädchen haben meistens auch kaum Wissen über HIV und die richtige Anwendung von Kondomen, zumal auch Kondomnutzung in Verbindung mit Prostituierten gebracht wird und man sich mit dieser Gruppe von Frauen nicht identifizieren möchte. Die Mädchen entwickeln teilweise auch eine emotionale Bindung zu ihren Peinigern und verzichten dann eher auf das Kondom.

3.4.2 Risikogruppen

Anfänglich gehörten zu den Hauptrisikogruppen unter anderem die SexarbeiterInnen, LKW-Fahrer, die aus oder in den Sudan, Djibouti oder Kenia fahren, begünstigen die Verbreitung der Infektion. Auch Männer in Uniform (Polizisten, Soldaten, usw.) gelten als Risikogruppen. Hinzu kommen die Haus- und Kindermädchen und die „Sugar-Daddy“-Mädchen, beziehungsweise die sie missbrauchenden wohlhabenden Männer und deren Ehefrauen (Ethiopia F. D., 2012, S. 14).

In der westlichen Welt gehören in den Risikogruppen auch Männer, die Sex mit Männern haben (MSM), und intravenöse Drogenabhängige. Zu diesen Kategorien gibt es in Äthiopien jedoch keine Daten. Vermutlich ist es sehr schwierig Menschen

zu finden, die offen darüber berichten würden, da der gesellschaftliche Druck gegen Homosexualität immens ist. Zumal erschwert die Rechtslage wirkungsvolle Prävention, da Homosexualität als Straftat gilt.

SexarbeiterInnen sind besonders schwer zu erreichen. Sie halten sich meistens in Bars, Diskotheken und Restaurants auf und sind schwer von Frauen zu unterscheiden, die keiner Sexarbeit nachgehen. Durch eine Studie der WHO (World Health Organization) aus dem Jahr 2011, die sich die Prävention von HIV/AIDS unter SexarbeiterInnen in der Subsahara als Ziel gesetzt hatte, konnten neue Erkenntnisse gewonnen werden. So zeigte sich zum Beispiel, dass in einem Gebiet in Äthiopien 79% der insgesamt 544 Bars Kondome angeboten haben, sie wurden umsonst verteilt, überwiegend jedoch wurden sie zum Verkauf angeboten. Dies weist aber nur darauf hin, dass Kondome angeboten, nicht aber ob sie genutzt werden. Manche SexarbeiterInnen gaben nämlich an, sie hätten ungeschützten Sex, weil es wenige Anlaufstellen gebe, die umsonst Kondome verteilten. Die Qualität der Kondome wurde von manchen auch als unterdurchschnittlich bewertet (WHO, 2011, S. 10).

Der Altersdurchschnitt von SexarbeiterInnen generell in der Subsahara liegt zwischen 25 und 30 Jahren, mit etwas jüngeren Anhalts Werten in Äthiopien und Kenia (WHO, 2011, S. 14). In der Stadt Bahir Dar (Amhara Region) im nordwestlichen Äthiopien, wurden auch Erhebungen durchgeführt bei den zwischen 15 und 24 Jährigen, die nicht mehr die Schule besuchen oder einen anderen Bildungsabschluss anstreben. 304 Personen, die befragt wurden, machten Angaben dazu, ob sie jemals für Sex bezahlt haben oder gegen Bezahlung Sex angeboten haben. 22% der befragten Männer gaben an, schon für Sex bezahlt zu haben und 13% der Frauen haben Sex für Geld eingetauscht. Dieses Gebiet weist eine der höchsten HIV-Prävalenzen in Äthiopien auf (WHO, 2011, S. 15).

3.4.3 Geschlechterverhältnisse in Äthiopien

Frauen in Äthiopien müssen sich immer noch behaupten. Die Frauenrolle in ländlichen Gebieten ist deutlich eingeschränkter und traditioneller definiert als in Großstädten, wo sich die Rollenverteilungen langsam angleichen.

In Äthiopien sind Frauen eher von HIV/AIDS betroffen als Männer, mit einem Zahlenverhältnis 3 zu 2 Infektionen bei Frauen und Männern. Extreme Unterschiede

bei den Infektionsraten sind bei jüngeren Altersgruppen vorzufinden, wobei die Prävalenz allgemein niedrig ist. In der Altersgruppe der 15- bis 19-jährigen gibt es für einen HIV positiven Mann sieben HIV-positive Frauen (WHO, 2011, S. 1). Sexarbeiterinnen und Frauen, die in Bars, Restaurants und Nachtclubs tätig waren, beschwerten sich eher über Belästigungen und Übergriffe am Arbeitsplatz, als Frauen, die in Haushalten oder anderswo beschäftigt waren (WHO, 2011, S. 9). Grund hierfür könnte unter anderem sein, dass die Hausmädchen Angst haben ihren Job zu verlieren nach einer Angabe und sie eventuell obdachlos werden, da ihre Familien meistens auf dem Land oder woanders leben.

Besonders schwierig ist das Erreichen von jungen Mädchen (10-14 Jahre), die nicht mehr zur Schule gehen, da diese Gruppe besonders gefährdet ist. Das Erreichen dieser Gruppe erweist sich als kompliziert, da die Mädchen nicht bei ihren Eltern leben und als Hausangestellte in andere Städte und Regionen emigrieren. Die Arbeitsbedingungen dieser Mädchen sind meistens lange Arbeitsstunden, schlechte Bezahlung und ausbeuterische Umständen. Soziale Netzwerke werden kaum hergestellt, die Mädchen sind zum Teil sozial isoliert (Ferede & Erulkar, 2009, S. 12). Die Männer bieten den Mädchen auch manchmal Geld oder Geschenke an, damit sie schweigen. So beginnen die meisten „informellen SexarbeiterInnen“ und können sich nur schwer aus diesem Teufelskreis befreien, da das Geld und die Geschenke auch ihren Familien auf dem Land zu Gute kommen. In den meisten Fällen handelt es sich auch um generationsübergreifenden Sex und die meisten Männer wiederum haben trotzdem noch weiterhin ungeschützten Geschlechtsverkehr mit anderen und sogar ihren festen PartnerInnen. Diese lockere Einstellung ggü. Geschlechtsverkehr ist bei vielen Männern im Land keine Seltenheit (Eigene Beobachtung).

Auch das „Sugar-Daddy“ Phänomen ist in Äthiopien aufzufinden. Ältere Männer fangen Mädchen von High-Schools ab und bieten ihnen Geschenke und Geld an und fangen dann eine meist außereheliche Beziehung mit den Teenagern an. Das ganze Geld und die Wertsachen sind für die Mädchen sehr verlockend, da sie meist aus einfachen Verhältnissen stammen.

Durch meine eigene Beobachtung vor Ort konnte ich sehen wie weit Ehebruch oder generell Untreue in der Partnerschaft verbreitet ist. Somit sind sexuelle Ausbeutung von Frauen und Mädchen und große sexuelle Netzwerke in der Gesellschaft verbreitet und stellen einen großen Risikofaktor dar. Vor allem im Nachtleben von

Addis Abeba, der Hauptstadt des Landes, sind die Menschen lockerer und offener, was nicht zwingend bedeutet, dass alle sich in risikohafte Situationen bringen, dies jedoch durch den Einfluss von Alkohol und andere Drogen begünstigt wird. Die Ehefrauen von promiskuen Männern sind daher ebenso gefährdet und darum ist es wichtig die Risiken von HIV Übertragung innerhalb der Ehe, Förderung der Kondomnutzung in der Familienplanung und zur Prävention anderer Krankheiten innerhalb der Ehe zu thematisieren (Ferede & Erulkar, 2009, S. 24).

3.5 Bestehende Präventionsprogramme in Äthiopien

Bis heute erhält Äthiopien Unterstützung von nationalen und globalen Partnern zur Bekämpfung der HIV-Epidemie. Neben HIV-Präventionsprogrammen für den öffentlichen und privaten Sektor, werden auch kommunale Organisationen mit einbezogen. Neben einer Vielzahl von nichtstaatlichen Organisationen, wie zum Beispiel „Save the Children“, gibt es einige staatlich geförderte Programme, die zur Prävention gegen und Aufklärung über HIV/AIDS beitragen.

Zwei dieser staatlich unterstützen Projekte zur Familienplanung und zum Thema HIV/AIDS, sind das Rural Health Extension Program (RHEP), das sich auf ländliche Gebiete konzentriert, und das Urban Health Extension Program (UHEP), das sich um die städtische Gesundheit kümmert (Scholl & Cothra, 2011, S. 5).

Das RHEP stellt ländliche GesundheitshelferInnen ein, die alle die Highschool abgeschlossen haben, in verschiedenen GP arbeiten und beaufsichtigen die Freiwilligen, die im Gesundheitsbereich ehrenamtlich tätig sind. Insgesamt sind 32.000 GesundheitshelferInnen im Land beschäftigt, die Gesundheitsaufklärung leisten und eine wichtige Rolle in der Integration von Familienplanung und HIV-Aufklärung in ländlichen Gebieten spielen. Sie sind dazu ausgebildet, HIV-Beratungen durchzuführen und verschiedene Methoden der Verhütung während Hausbesuchen vorzustellen, z.B. Kondome, Pillen, Hormonspritzen oder in manchen Fällen auch Implantate. Einige GesundheitshelferInnen bieten auch HIV-Schnelltests für Zuhause an, während andere Klienten weitergeleitet werden zum örtlichen Gesundheitszentrum, damit sie sich dort testen lassen (Scholl & Cothra, 2011, S. 6).

Das UHEP begann im Jahr 2009 und beschäftigt Krankenschwestern und UHEP Fachleute. Die Krankenschwestern machen Hausbesuche und bieten eine Vielzahl von bildungsbezogenen Dienstleistungen an und Themen wie Familienplanung,

Hygiene, Umwelthygiene, Prävention und Kontrolle von Erkrankungen (auch HIV-Infektionen), psychische Gesundheit und Gewaltprävention. Auch hier bieten die Krankenschwestern diverse Methoden zur Verhütung an oder leiten die Klienten für HIV-Tests weiter. Die Einrichtungen des Gesundheitsministeriums und die kommunenbasierten Tätigkeiten des RHEP und des UHEP unterstützen die Integration von Familienplanung und HIV-Aufklärung. Viele nicht-staatliche Programme bieten ebenfalls dieselben Dienste an, sowohl durch private Kliniken, als auch durch Haushalts- und gemeindebasierte Programme (Scholl & Cothra, 2011, S. 6-7).

Das UHEP und seine HIV-Aktivitäten werden mit Geldern aus dem PEPFAR Fond finanziert. Dieses Projekt unterstützt die Umsetzung und Überwachung des UHEP, verbessert die Zugänglichkeit zu Gesundheitsdiensten, einschließlich der HIV-Prävention, Versorgung und unterstützenden Dienstleistungen. Das Programm richtet sich an fünf Regionen und zwei Stadtverwaltungen, die insgesamt 19 Klein- und Großstädte abdecken, wo ein hohes HIV-Risiko besteht. Zusätzlich besteht ein anderer von PEPFAR finanzierter Partner, IntraHealth International, der bei der Umsetzung hilft und auch das UHEP dabei unterstützt HIV-Tests und Beratungen für schwangere Frauen durchzuführen (Scholl & Cothra, 2011, S. 7). Um ein persönliches Bild von der Präventionsarbeit in Äthiopien zu gewinnen, in einer nicht-staatlichen Organisation, wurde eine explorative Befragung durchgeführt, die im folgenden Text vorgestellt wird.

4. Methoden der Datenerhebung

Um ein besseres Bild von der aktuellen Lage in der HIV-Prävention zu erhalten, wurde eine explorative Studie durchgeführt. Hierfür wurden drei Personen befragt die in Äthiopien entweder in der Präventionsarbeit oder im Gesundheitswesen tätig sind. Da sich die Internetverbindung als schwierig erwies, wurden die Befragten schriftlich interviewt. Der Fragebogen enthielt neun offene Fragen, die sich überwiegend mit der subjektiven Meinung und Empfinden der Befragten befasste. Politische Fragen wurden nicht weitergehend thematisiert, da dies ein sensibles Gebiet ist, welches in Äthiopien ungern offen diskutiert wird. Ebenso ist ein

schriftliches Interview hier angebracht, da die Personen einigermaßen frei und offen die Fragen beantworten konnten. Andere Vorteile einer E-Mail-Befragung waren unter anderem niedrige Kosten bei der Beschaffung von Informationen und die Möglichkeit einer eventuellen schnellen Rückmeldung der Interviewten (Diekmann, Empirische Sozialforschung, 2009) (S.522-523).

5. Fragestellungen

Der Fragebogen wurde in der englischen Sprache verfasst, da die Befragten keine Deutschkenntnisse besitzen, somit ist die Auswahl der Sprache naheliegend. Nach einer kurzen persönlichen Vorstellung, einer Beschreibung für den Anlass der Erhebung und der Zusicherung der absoluten Anonymität wurden zunächst über den Beruf und Art der Tätigkeit der Interviewten Fragen gestellt. Danach wurden nach möglichen Vor- und Nachteilen, so wie Hindernissen in der Präventionsarbeit erfragt. Frage drei befasste sich mit subjektiven Wünschen die zur einer verbesserten Prävention im Land verhelfen könnten und die darauf folgende Frage befasste sich mit den Finanzierungen und ob jene ausreichend sind. Die fünfte Frage im Fragebogen hängt mit der Partizipation der Regierung und Verbesserungsvorschlägen zusammen. Die Fragen sechs bis sieben beschäftigen sich mit den Risikogruppen, deren Wichtigkeit und der Erreichbarkeit in der Aufklärung. Anschließend wurden die positiven und negativen Trends in der Tätigkeit der Interviewten erfragt und abschließend die subjektiven Empfehlungen zur Verbesserung des äthiopischen Gesundheitssystems. Der Fragebogen, den die Befragten erhielten, sah wie folgt aus:

1. What is your profession? Which occupation do you have in the field of HIV and AIDS prevention?
2. Which pros and cons come in your work field of prevention?
 - a. Which obstacles need to be overcome to achieve better results?
3. Which actions do you wish to be promoted in order to reach a larger group of people to educate on HIV/AIDS?
4. Are the financial fundings reasonable for you to successfully do your work?
 - a. What is missing in your opinion for an even more effective prevention?
5. How do you feel about the government's participation on the matter of preventing HIV/AIDS from further spreading in Ethiopia?

- a. What could be improved?
6. Which target groups do you address?
- a. How important are these target groups for prevention work?
7. In the matter of risk groups, regarding men having sex with men (MSM), have you had experiences with this group?
- a. Do you have suggestions on how to reach this risk group?
8. Which positive and/or negative trends regarding your occupation can you notice?
9. How can the health system generally in Ethiopia be improved in your opinion?

Einer der Interviewten ist in der Organisation "Save the Children" tätig, die eine nichtstaatliche Organisation ist und sich primär um die Kindergesundheit sorgt. Sie ist seit 1984 in Äthiopien aktiv und kümmert sich zusätzlich um die Prävention von HIV/AIDS in Risikogruppen (Children, 2014). (http://www.savethechildren.org/site/c.8rKLIXMGIpI4E/b.6150299/k.7399/Ethiopia_Humanitarian_Aid.htm).

6. Durchführung

Zunächst wurde der Kontakt zu einer Vertrauensperson hergestellt, die in der Organisation „Save the Children“ tätig ist. Die Fragen wurden im HTML-Format an die Vertrauensperson zugeschickt, um so eventuelle technische Probleme beim öffnen von Dateien zu umgehen. Die Person stellte dann weitere Verbindungen her, zu Personen die aktiv in der HIV-Prävention in Äthiopien tätig sind. Den Befragten wurde ein Zeitraum von einer Woche gegeben, um die Fragen zu beantworten und direkt an mich, der Verfasserin, zurückzuschicken. Die vorgegebene Zeitwahl stellte sich im Nachhinein als problematisch dar, da die Vertrauensperson ihre Schwierigkeit hatte einige Experten zu erreichen. Somit verzögerte sich nicht nur die Evaluation des Fragebogens um zwei Wochen, sondern es war erforderlich zwei neue InterviewpartnerInnen ausfindig zu machen.

7. Ergebnisse

Es wurde ein Arzt, der ebenfalls Epidemiologe ist und zwei Krankenschwestern befragt. Der Arzt/Epidemiologe ist in der NRO „Save the Children“ tätig, während die zwei Krankenschwestern, im Gesundheitswesen arbeiten und aktiv an HIV-Programmen teilnehmen. In diesem Kapitel werden die häufigsten Antworten und die wichtigsten Aussagen aufgeführt.

Erweiterung und Stärkung von Netzwerken/Gesundheitsstellen

Bei allen Interviewten wurde es deutlich, dass sich die Befragten wünschten das Netzwerke und vor allem Jobs im Gesundheitswesen weiter ausgebaut werden sollten. Im Bezug auf Netzwerke wird auf Netzwerk Erweiterungen gehofft, die eine breitere Anzahl von Menschen aus den Risikogruppen erreichen könnten und auch eine Verbesserung der Dienstleistungen könnte dazu beitragen. So erklärte es einer der Interviewten:

„Erweiterter Zugang zur Prävention, Pflege und Unterstützende Leistungen für Risikogruppen und die Stärkung von Präventionsqualität, Verhaltensveränderung in Kommunikation und Kommunenbasierte Pflege und Unterstützung für Risikogruppen um Nachhaltigkeit und Qualität innerhalb der Dienstleistungsnetzwerk zu sichern...“ Interview 1 (Arzt/Epidemiologe)

„Mehr Jobs im Gesundheitssektor sollten geschaffen werden, es gibt zu wenige Profis, die die Bevölkerung mit der richtigen Behandlung abdecken...“ Interview 2 (Krankenschwester)

Zusammenarbeit zwischen Regierung und privaten Anbietern

Die Interviewten gaben häufig an sie wünschten sich eine Zusammenarbeit mit der Regierung und das jene auch anderen privaten Akteuren mehr Freiheiten überlassen sollten. Würde die Regierung mehr Entscheidungsfreiheiten in private Hände geben, könnten so viel mehr Menschen erreicht werden und die Regierung würde so ihre Kapazität indirekt vergrößern. Hier eine Aussage eines Befragten:

„...die Regierung lässt keine anderen Akteure aus Kommunen und privaten Sektoren zum System beitragen. Eine Verbesserung der Rolle des privaten

Sektors, nicht nur in der HIV-Prävention, sondern allgemein im Gesundheitssektor sollte berücksichtigt werden und es sollte ihnen mehr Spielraum gewährleistet werden.“ Interview 1 (Arzt/Epidemiologe)

„...die Regierung sollte es zulassen andere am Gesundheitssystem teilzunehmen, um es so eventuell so bessern.“ Interview 2 (Krankenschwester)

Fokus auf Risikogruppen und Erweiterung von Präventionsgebieten

In den Interviews wurden die Risikogruppen, SexarbeiterInnen, Fernkraftfahrer, KellnerInnen und Tagelöhner als besondere Risikogruppen erkannt. Diese Gruppen tragen in Äthiopien für die Verbreitung von HIV außerordentlich bei. Hier ist es von Wichtigkeit diese Gruppen zu betreuen, auch mit Selbsthilfegruppen geleitet von Risikogruppen, um so die Wahrnehmung gegenüber Übertragungswegen von HIV zu stärken. Außerdem wurde eine bessere Präventionsarbeit in ländlichen Gebieten vorgeschlagen, um auch dort bessere Aufklärungsarbeit anbieten zu können.

„...Die Gruppen die wir besonders ansprechen sind die Risikogruppen, die am meisten gefährdet sind dich mit dem Virus anzustecken, jene Gruppen bestehen aus kommerziellen SexarbeiterInnen, Fernkraftfahrer, Kellnerinnen, Tagelöhner und andere. Diese Gruppen sind wichtig in der Präventionsarbeit da diese Gruppen die Kernübermittler des HIV-Virus sind und so in andere Teile von Kommunen die Infizierung verbreiten können. Prävention vom Virus unter diesen Risikogruppen würde die HIV-Infektion immens reduzieren im Land.“ Interview 1 (Arzt/Epidemiologe)

„Ich glaube, dass ländliche Gebiete und Frauen mehr im Fokus von Kampagnen sein sollten. Das Problem von Kinderehen und Vergewaltigungen sind immer noch Zusatzfaktoren, die zur HIV-Verbreitung im ländlichen Äthiopien beitragen.“ Interview 2 (Krankenschwester)

„Aus meiner Erfahrung kann ich sagen es ist von besonderer Wichtigkeit, die junge Generation zwischen 15 und 19 und Mütter, in der Prävention zu beachten.“ Interview 3 (Krankenschwester)

Finanzierung effizienter und transparenter gestalten

Die Finanzierung vom Gesundheitssystem ist sehr schwierig einzusehen und nachzuvollziehen. In diesem Punkt wurde es auch erwünscht mehr Transparenz und Lockerheit seitens der Regierung entgegen zu nehmen. Es sollte möglich sein für private Akteure und Mitglieder von Kommunen einzusehen wie und wofür Geld ausgegeben wird.

„...bezüglich der Finanzierung des Gesundheitswesens sollte die Regierung ihr jetziges System verbessern und es sollte umfangreich genug sein um alle Kommunenmitglieder mit einzubeziehen und sollte in Zusammenarbeit mit Interessenvertretern aus privaten Sektoren durchgeführt werden.“ Interview 1 (Arzt/Epidemiologe)

„Es sollte mehr Sichtbarkeit darüber herrschen, wie das Geld ausgegeben wird.“ Interview 3 (Krankenschwester)

Mehr Bildung und HIV-Aufklärung

Einige der Befragten nannten den Punkt „Bildung“, als einen sehr bedeutsamen. Der Zugang zur Bildung sollte einfacher gestaltet werden, vor allem in ländlichen Gebieten. HIV-Aufklärung sollte auch intensiver betrieben werden und die ländlichen Regionen sollten mehr abgedeckt werden.

„Bildung sollte verbessert werden. Die Regierung könnte zusätzlich HIV-Kurse an Highschools einführen...“ Interview 3 (Krankenschwester)

„Das Bewusstsein der Menschen sollte gestärkt werden in der Hinsicht von HIV-Prävention.“ Interview 3 (Krankenschwester)

„...es ist notwendig das Verhalten in der Zielgruppe bezüglich der Servicenutzung, die ihnen angeboten werden und ihrer HIV-Risikohaltung zu ändern.“ Interview 1 (Arzt/Epidemiologe)

8. Diskussion

Auf dem ersten Blick ist zu beobachten, dass die Regierung versucht eine bessere HIV/AIDS Prävention zu gewährleisten. Es ist aber auch auffallend, dass die Regierung oftmals als alleiniger Akteur in Gesundheitsfragen agiert und so die Arbeit von unter anderem Nichtregierungsorganisationen (NRO) und privaten Anbietern erschwert. Die Politik sollte versuchen mehr Freiheiten bezüglich der Präventionen anzunehmen, um so eine breitere Bevölkerungsdichte erreichen zu können und nicht nur Personen aus der oberen und mittleren Schicht in Äthiopien. In Äthiopien gilt überwiegend das „aus der Tasche“-Prinzip, das heißt nur wer genug Geld hat kann sich medizinische Betreuung oder Behandlungen leisten. Dies erweist sich natürlich als eine Schwierigkeit bei einem jährlichen Einkommen von nur 390 USD (S.11), da sich die Bevölkerung eher die Ernährung von Familienmitgliedern sichern wollen, als ihre Gesundheit.

Es wäre von Vorteil wenn die Regierung mit privaten Akteuren und NRO zusammenarbeitet und so eventuelle Risikogruppen, wie z.B. MSM, eher zu erreichen, da sich diese Gruppe nicht unbedingt staatliche Hilfe aufsuchen würde wegen der Gesetzeslage, die Homosexualität verbietet. Optimal wäre es natürlich dieses Gesetz gänzlich zu überarbeiten, dies ist jedoch ein Aspekt für den das Land vielleicht noch nicht bereit ist. Im Bezug auf intravenösen Drogengebrauch, wird diese Gruppe, so wie die MSM Gruppe, in der Prävention überhaupt nicht berücksichtigt. Es gibt keine Daten, die zu einer eventuellen Verbesserung der Erreichbarkeit beisteuern könnten.

Die Unterschiede vom Bildungsstand sollten in der Prävention berücksichtigt werden. Bestehende Angebote erreichen nicht zwangsläufig die gewollte Zielgruppe, wegen Problemen von Analphabetismus oder fehlendem Bewusstsein. Es ist wichtig, viel Mundpropaganda zu bereiten, um so auch Menschen zu erreichen die keine Plakate oder Werbungen lesen können oder es einfach nicht lesen wollen. Vor allem für Menschen die auf dem Land leben, unter denen viele Landwirte sind, die keinen hohen Bildungsstand erreichen ist dies ein wichtiger Punkt der beachtet werden sollte.

Das Thema HIV und AIDS sollte mit der Assoziierung von nur Promiskuität komplett getrennt werden. Da HIV/AIDS und Sex nun mal zum Thema gehören, ist dies für die

meisten automatisch ein Tabuthema worüber ungern gesprochen wird. Es sollte ein legeres Bewusstsein gefördert werden, das dabei hilft die Prävention zu erleichtern.

Die Nutzung von Kondomen wird in der Prävention zwar gepredigt, aber die Anbieterseite ist nicht optimal verteilt. In ländlichen Gebieten z.B. erschwert sich der Kondomkauf durch fehlende Kioske, Apotheken und anderen möglichen Verkaufsstellen. Auch das Schamgefühl beim Kauf von Präservativen sollte gemindert werden, da dies auch eine Hürde darstellt für einen Schutz gegen den Virus. Frauen und junge Mädchen sollten auch dazu bestärkt werden Eigenverantwortung im Bereich des geschützten Geschlechtsverkehrs zu übernehmen und ihren Partnern zum Kondomkauf aufzufordern oder auch selber Kondome bei sich zu haben.

9. Handlungsempfehlungen

Aus der Literatur und den Befragungen werden nun Folgende Handlungsempfehlungen herausgearbeitet, die zu einer eventuellen Verbesserung des Gesundheitssystems und der HIV-Prävention beitragen sollen.

Die Medien haben einen großen Einfluss in Äthiopien, werden jedoch von der äthiopischen Regierung streng kontrolliert und reguliert. Die Menschen dort hören sehr gerne Radio und, wenn es die soziale Lage zulässt, wird in vielen Haushalten ferngesehen. Es sollten vermehrt Werbungen und Berichte über HIV/AIDS und generell Gesundheitsthemen in diesen Medien erscheinen. Plakate aufhängen, ist ein von der Regierung organisierter Vorgang. Dies bedeutet, dass alle Plakate, die aufgehängt werden, durch die Regierung genehmigt werden müssen. In dieser Hinsicht sollte die äthiopische Regierung die Gesetze etwas erleichtern, umso mehreren gesetzlichen als auch privaten Organisationen die Chance zu bieten wichtige gesundheitsfördernde Nachrichten zu verbreiten.

In Äthiopien gibt es nur minimale Straßensozialarbeit im weiteren Sinne. Eine Einführung derartiger Tätigkeiten würde zusätzlich das Wissen vieler Menschen erweitern, die selber vielleicht nie eine Beratungsstelle aufsuchen würden. Kampagnen die sich gegen Stigmatisierung von HIV-positiven einsetzen wären gute Ansätze, um die Menschen für das Thema zu sensibilisieren und wachsam zu machen.

Die Politik sollte sich verstärkt für die Einführung und Umsetzung wichtiger Gesundheitsreformen einsetzen. Vermehrte Kontrollen und Inspektionen dürften zu einer verbesserten Nachhaltigkeit verhelfen. Die Einführung eines Krankenkassensystems konnte zu einer fairen Verteilung von Dienstleistungen verhelfen.

Es sollten auch mehr Arbeitsplätze im Gesundheitswesen geschaffen werden wie zum Beispiel die Anzahl der GesundheitsarbeiterInnen, die nationaler verstärkt eingesetzt werden sollten. Wichtig ist hierbei auch Rücksicht auf die ländlichen Gebiete zu nehmen, da diese es besonders schwer haben mit der Zugänglichkeit zur Gesundheitsversorgung. Besonders die Anzahl von Gesundheitszentren und geschultem medizinischen Personal sollte in ländlichen Regionen ausgebaut werden. Aus den Befragungen kristallisierte sich deutlich heraus, dass die ländlichen Teile Äthiopiens in der Prävention gering fokussiert werden.

Generell sollten vermehrt kostenlose HIV-Tests in Äthiopien angeboten werden. Spezielle Risikogruppen wie SexarbeiterInnen sollten die Möglichkeit erhalten sich kostenlos testen zu lassen und kostenlose Beratungen bezüglich Infektionskrankheiten und Geschlechtskrankheiten zu erhalten. Auch die Verteilung von kostenlosen Kondomen und Lubrikanzien sollten gewährleistet werden. HIV-Tests und die Vergabe von kostenlosen Kondomen sollten attraktiver vorgestellt werden, umso eine höhere Bevölkerungsanzahl gezielter zu erreichen.

Einrichtungen, die sich eventuell nur mit SexarbeiterInnen beschäftigen, wären sinnvoller umso vielleicht die Frauen besser aufzuklären, da sie sich bewusst an so eine Einrichtung wenden würden. Auch HIV-Test unter schwangeren Frauen sollten verstärkt durchgesetzt werden.

Die Hausmädchen in Äthiopien gehören zu den Risikogruppen und sollten in der Prävention mehr mit einbezogen werden. Auch hier wären besondere Beratungsstellen sinnvoll, die sich mit der Hausmädchenproblematik aktiv auseinandersetzen. Soziale Beratungen sind hier sehr angebracht, da einige Mädchen auch seelischen und körperlichen Misshandlungen durch ihre Arbeitgeber ausgesetzt sind. Die Gleichstellung von Frauen ist daher auch von großer Bedeutsamkeit, da das gestärkte Selbstbewusstsein zur Einstellungsänderung beitragen kann.

Allgemein sollten vermehrte Aufklärungskampagnen ins Leben gerufen werden, für andere Risikogruppen wie zum Beispiel uniformierte Männer. Die Jugend in den Schulen, aber auch für diejenigen, die nicht mehr zur Schule gehen, sollten gezielter angesprochen werden. Die 15-24-jährigen sind eine wichtige Altersgruppe, die in der Prävention intensiver betrachtet werden muss. Hierfür könnten Jugendliche in verschiedenen Stadtvierteln und in ihren Settings aufgesucht werden und für eventuelle Aufklärungsberatungen gewonnen werden. Die Politik könnte helfen indem sie zum Beispiel Kinderarbeit im Land verbietet und eine Schulpflicht, für Mädchen und Jungen, bis zum 15. Lebensjahr einführen. Auch ein Verbot gegen Kinderehen und härtere Strafen für Vergewaltiger sollten verfassungsmäßig verankert werden.

Homosexualität, insbesondere Männer, die mit Männern Sex haben (MSM), werden in der Präventionsarbeit so gut wie gar nicht berücksichtigt. Dieses Thema wird absolut totgeschwiegen, obwohl die Anzahl der MSM immens ansteigt im Land. Hier wäre es sehr wichtig, Beratungsstellen zu eröffnen und Aufklärungsarbeit zu betreiben. So wie in vielen Ländern, auch in der westlichen Welt, ist in dieser Gruppe das Risiko besonders hoch. In der Schwulen- und Lesbenszenen in Äthiopien wird oft auch von HIV- positiven Menschen berichtet, vor allem Männern, die bewusst ohne Kondome Geschlechtsverkehr praktizieren. Auch vermeintlich „heterosexuelle“ Männer, die in einer festen Partnerschaft leben und sogar Familien gegründet haben, verkehren in den geheim gehaltenen homosexuellen Szenen. Hier sollte unter anderem auf die Wichtigkeit von Kondomen und Hygiene hingewiesen werden. Selbsthilfegruppen wären speziell für die Risikogruppen von Vorteil, aber auch für HIV-positive, die so ihren Kummer und Ängste mit Menschen mit gleichem Schicksal teilen können. Auch Selbsthilfegruppen geleitet von Personen aus den Zielgruppen selbst, könnten mehr Menschen reizen.

Es sollte mehr Transparenz bezüglich Finanzen und der Verteilung von Geldern herrschen. So könnten vielleicht neue Erkenntnisse dazu gewonnen werden, je mehr Fachleute über die Finanzierungspläne drüber schauen, um so die Gelder gezielter und wirkungsvoller zu nutzen.

ART sind wichtig weiterhin verstärkt vorzustellen in der Bevölkerung, um so eine breitere Masse aufmerksam zu machen und vor allem zu erreichen. Besonders die

Förderung zur ART unter HIV-positiven Schwangeren sollte vielfältig empfohlen und angewendet werden.

Allgemein betrachtet ist es von erheblicher Wichtigkeit die Armut im Land zu bekämpfen und mehr Bildung zu verbreiten. Dies ist jedoch möglich wenn sich nicht nur die Politik dafür stärker macht, sondern eventuell auch ÄthiopierInnen, die im Ausland leben und sich weitergebildet haben. Ihr erlerntes Wissen könnte dem Land zu Gunsten kommen und neue Potenziale können gefördert werden.

10. Schlussfolgerung und Aussicht

Allgemein betrachtet kann man behaupten, das Äthiopien versucht sich in eine richtige Zielrichtung zu bewegen bezüglich der HIV-Prävention, diese jedoch nur langsam vorangeht. Es besteht jedoch ein hoher Bedarf im Bereich der Erweiterung von Zusammenarbeit mit privaten Sektoren und der Regierung. Aus den Interviews, die mit Personen aus der Prävention durchgeführt wurden, kristallisierte sich dieser Wunsch besonders heraus. Die Regierung sollte die Chance ergreifen mit Akteuren die privat agieren eine Plattform zu bilden, auf denen Informationen ausgetauscht werden könnten. Eine Kollaboration wäre sinnvoll, für eine weitere Erreichbarkeit von Risikogruppen, wie MSM und intravenöser Drogengebrauch, die in der Prävention in Äthiopien überhaupt nicht beachtet werden. Diese Gruppen würden sich wahrscheinlich eher zu privaten Hilfsstellen begeben als zu einer Regierungsstelle, da sie politische Verfolgungen befürchten.

Es sollte mehr Präventionsarbeit in junge Mädchen und Frauen investiert werden, da sie ein erhöhtes Risiko haben sich mit dem HI-Virus zu infizieren in Äthiopien. Vor allem junge Mädchen zwischen dem Alter 15 bis 19 Jahren, die nicht mehr zur Schule gehen sind schwer zu erreichen. Wichtig ist es vor allem bei SexarbeiterInnen mehr Aufklärung zu betreiben und bei ihnen das Selbstbewusstsein zu stärken, bei jedem Kunden ein Kondom zu nutzen und dies zur Norm machen. Auch manche Kellnerinnen, die nicht-kommerzieller Sexarbeit nachgehen sind in Äthiopien gefährdet und sollten in der Prävention noch mehr fokussiert werden.

In der Zielgruppe der Männer sind vor allem die Fernkraftfahrer als Risikogruppe zu erkennen. Sie tragen zur Verbreitung von HIV bei, da sie durch das ganze Land

fahren und auch außereheliche Sexualkontakte pflegen. Auf Durchreisen der Fernkraftfahrer ist es keine Seltenheit, dass sie die Dienste einer Sexarbeiterin in Anspruch nehmen. Auf den bekannten Routen sollte es verschiedene Anlaufstellen geben, die Kondome verkaufen oder auch kostenlos zur Verfügung stellen.

Außereheliche Kontakte unter älteren Männern, die sich junge Mädchen zu Liebhaberinnen nehmen sind auch eine Gefährdung, da auch hier selten auf Safer Sex geachtet wird. Die jungen Mädchen sind meistens auch unwissend oder schenken ihrem älteren Partner Vertrauen und lassen den gesundheitlichen Aspekt außen vor. Es werden auch außereheliche homosexuelle Beziehungen geführt, unter Männern die in einer heterosexuellen Beziehung leben, ihre sexuellen Neigungen aber heimlich ausleben und eine mögliche Infizierung unbemerkt bleibt oder gar verschwiegen wird.

Krankenhäuser und Gesundheitszentren müssen im ganzen Land vermehrt erbaut werden, vor allem in ländlichen Gebieten. In Äthiopien, vor allem auf dem Land, besteht ein Notstand von medizinischem Fachpersonal und die Anzahl der Krankbetten sind im ganzen Land begrenzt. Gewisse Dienstleistungen können also nicht angeboten werden, weil es am ausgebildeten Personal fehlt und die Kapazität nicht ausreicht.

HIV-Tests werden im Land viel zu wenig in Anspruch genommen und es sollte von Wichtigkeit sein diese besser und häufiger anzubieten. Der HIV-Test sollte nicht nur als rein medizinische Maßnahme angesehen werden, das heißt auch ein gesundaussehender Mensch könnte infiziert sein. Diese Erkenntnis muss in das Bewusstsein der Bevölkerung zunehmend gelangen.

Langfristig gesehen ist es wichtig in Äthiopien die Erreichbarkeit von Gesundheitsleistungen und die Öffentlichkeitsarbeit in Hinsicht der HIV-Prävention zu stärken. Ein Kernstück der Prävention in Äthiopien sollten die Risikogruppen wie zum Beispiel die Fernkraftfahrer und SexarbeiterInnen bleiben, da vor allem sie in der HIV- Epidemie eine große Rolle spielen.

11. Literaturverzeichnis

Affairs, M. o. (2012). *www.mfa.govt.et*. Abgerufen am 12. August 2013 von <http://www.mfa.gov.et/aboutethiopia.php?pg=2>

Africa, W. R. (2009). *WHO Cooperation Strategy 2008-2011*. Brazzaville: WHO Regional Office for Africa.

Agency, E. C. (2011). *Ethiopia Demographic and Health Survey*. Addis Abeba: Central Statistical Agency.

AIDS-Hilfe, D. (2010). *HIV-Infektionen und Therapie*. Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe.

AIDS-Hilfe, D. (2012). *Sexuell übertragene Infektionen*. Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe.

Bank, W. (2012). *www.worldbank.org*. Abgerufen am 12. August 2013 von <http://data.worldbank.org/country/ethiopia>

Bank, W. (Juni 2013). *www.Worldbank.org*. Abgerufen am 12. August 2013 von <http://www.worldbank.org/en/country/ethiopia/overview>

Centers for Disease Control and Prevention. (18. Dezember 2013). *Centers for Disease Control and Prevention*. Abgerufen am 20. Januar 2014 von www.cdc.gov: <http://www.cdc.gov/hiv/basics/whatishiv.html>

Centers for Disease Control and Prevention. (18. Dezember 2013). *Centers for Disease Control and Prevention*. Abgerufen am 20. Januar 2014 von www.cdc.gov: <http://www.cdc.gov/hiv/basics/transmission.html>

Children, S. t. (Januar 2014). *Save the Children*. Abgerufen am 29. Januar 2014 von http://www.savethechildren.org/site/c.8rKLIXMGlpI4E/b.6150299/k.7399/Ethiopia_Humanitarian_Aid.htm

Diekmann, A. (2009). *Empirische Sozialforschung*. Reinbek: Rowohlt Taschenbuch Verlag.

Ethiopia, F. D. (2012). *Country Progress Report on HIV/AIDS Response*. Addis Abeba: Federal Democratic Republic of Ethiopia.

Ethiopia, M. o. (kein Datum). *Federal Democratic Republic of Ethiopia* . Abgerufen am 15. Dezember 2013 von Ministry of Foreign Affairs : <http://www.mfa.gov.et/aboutethiopia.php?pg=1>

Ethiopia, M. o. (2010). *Health Sector Development Programme IV*. Addis Abeba: Ministry of Health.

Ferede, A., & Erulkar, A. (2009). *Adolescent Girls in Urban Ethiopia: Vulnerability&Oppurtunity*. Addis Abeba: Population Council.

Health, M. o. (2010). *Health Sector Development Programme IV*. Addis Abeba: Federal Democratic Republic of Ethiopia.

Office, F. H. (2010). *Report on progress towards implementation of the UN Declaration of Commitment on HIV/AIDS* . Addis Abeba: Federal HIV/AIDS Prevention and Control Office.

Prevention, C. f. (20. Dezember 2013). *Centers for Disease Control and Prevention*. Abgerufen am 27. Januar 2014 von <http://www.cdc.gov/hiv/basics/testing.html>

Prevention, C. f. (8. Januar 2014). *Centers for Disease Control and Prevention*. Abgerufen am 24. Januar 2014 von <http://www.cdc.gov/hiv/basics/pep.html>

Prevention, C. f. (8. Januar 2014). *Centers for Disease Control and Prevention*. Abgerufen am 24. Januar 2014 von www.cdc.gov: <http://www.cdc.gov/hiv/basics/pep.html>

Scholl, E., & Cothra, D. (2011). *Integrating Family Planning and HIV Services*. Arlington: AIDS Support and Technical Assistance Ressources (AIDSTAR-One).

Schwarze, S. (2010). HIV-Prävention. *12.Europäischen AIDS-Konferenz* (S. 7-10). Köln: Prima Print.

Scurrrell, M. (Oktober 2013). *Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) GmbH*. Abgerufen am 1. Februar 2014 von <http://www.google.de/imgres?client=firefox-a&hs=tdb&sa=X&rls=org.mozilla%3Ade%3Aofficial&biw=1366&bih=655&tbm=isch&bnid=NIGYKFvaFXjjCM%3A&imgrefurl=http%3A%2F%2Fliportal.giz.de%2Faethiopen%2Fgeschichte-staat%2F&docid=ZCoNFyyatD7wmM&imgurl=http%3A%2F%2F>

Temesgen, L.-T. (November 2010). Kurze Geschichte der orthodoxen Kirche Äthiopiens. *Kirche und Schule in Äthiopien*, S. 23-27.

UNAIDS. (2011). *www.unaids.org*. Abgerufen am 12. August 2013 von <http://www.unaids.org/en/regionscountries/countries/ethiopia/#2>

UNAIDS. (2012). *www.unaids.org*. Abgerufen am 24. Januar 2014 von <http://www.unaids.org/en/resources/campaigns/globalreport2013/factsheet/>

Wasmuth, J.-C. (2010). *Opportunistische Infektionen*. Köln: Prima Print.

Wasmuth, J.-C., & Voigt, E. (2004). *HIV-Therapie Antiretrovirale Therapiestrategien*. Köln: AIDS-Hilfe Köln.

WHO. (2011). *Preventing HIV among sex workers in sub-Saharan Africa: A literature review*. Genf: WHO Document Production Services.

WHO. (2009). *www.who.int*. Abgerufen am 12. August 2013 von <http://www.who.int/countries/eth/en/>

WHO. (2012). *www.who.int*. Abgerufen am 12. August 2013 von <http://apps.who.int/gho/data/view.country.8500>

World Bank. (kein Datum). *The World Bank- Working for a World Free of Poverty*. Abgerufen am 18. Januar 2014 von <http://www.worldbank.org/en/country/ethiopia>

12. Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere, die vorliegende Arbeit selbstständig verfasst und nur die angegebenen Quellen benutzt zu haben.
