



HIV/Aids global

Was zu tun bleibt

BUKO Pharma-Kampagne
www.bukopharma.de

Mitglied von Health Action International



Aktionsbündnis gegen AIDS

Leben ist ein Menschenrecht!
www.aids-kampagne.de

Inhalt

Einleitung: Fortschritte und Fehlschläge	3
Max Klein, Pharma-Kampagne	
Status quo der Behandlung weltweit	4
Theresa Kresse, Aktionsbündnis gegen AIDS	
Stigmatisierung: Solidarität statt Ausgrenzung	6
Max Klein, Pharma-Kampagne	
Vorurteile: Diskriminierung ist alltäglich	9
Claudia Jenkes befragt Kerstin Mörsch, Deutsche Aidshilfe	
Migration: Viele kommen erst, wenn es zu spät ist	11
Claudia Jenkes, Pharma-Kampagne, befragt Tanja Gangarova, Deutsche Aidshilfe	
Drogengebrauch: Do not harm!	12
Max Klein, Pharma-Kampagne	
Philippinen: Die eigene Community unterstützen	16
Befragt im Auftrag des Aktionsbündnis gegen AIDS: Jeffrey Acaba, APCASO	
Haft: Versorgung hinter Gittern	19
Peter Wiessner, Aktionsbündnis gegen AIDS	
Prostitution: SexarbeiterInnen oft missachtet	22
Hannah Eger, Pharma-Kampagne	
Kenia: Um die Vernachlässigten kümmern	25
Befragt im Auftrag des Aktionsbündnis gegen AIDS: Maurine Murenga, Lean on Me Foundation	
Zugang: Globale Patente und tödliche Preise	28
Jörg Schaaber, Pharma-Kampagne	
Ein gesundes Leben für alle Menschen verlangt globale Solidarität	31
Joachim Rüppel, Sprecher für das Aktionsbündnis gegen AIDS und Missions- ärztliches Institut und Tilman Rüppel, Missionsärztliches Institut	
Selbstdarstellung: BUKO Pharma-Kampagne	35
Selbstdarstellung: Aktionsbündnis gegen AIDS	35

Impressum

Herausgeber:	BUKO Pharma-Kampagne/Gesundheit und Dritte Welt e.V. August-Bebel-Str. 62, 33602 Bielefeld, Deutschland Fon +49-(0)521-60550, Telefax +49-(0)521-63789 e-mail: pharma-brief@bukopharma.de Homepage: www.bukopharma.de
Verleger:	Gesundheit und Dritte Welt e.V. August-Bebel-Str. 62, 33602 Bielefeld, Deutschland
Redaktion:	Claudia Jenkes, Max Klein, Jörg Schaaber (verantwortlich)
Fotos Titel:	© Peter Wiesner (2), © Ursula Kohler /Difam
Design:	com,ma Werbeberatung GmbH, Bielefeld
Layout:	Jörg Schaaber
Druck:	Druckerei und Verlag Kurt Eilbracht, Löhne © copyright BUKO Pharma-Kampagne, November 2019

Mit finanzieller Unterstützung des Aktionsbündnis gegen AIDS

Fortschritte und Fehlschläge

Das Recht auf Gesundheit ist universell. Gerade der globale Kampf gegen HIV/Aids hat das stets in sein Zentrum gestellt. Damit das Versprechen jedoch auch praktisch eingelöst werden kann, gilt es Hürden bei Diagnose, Behandlung und Beratung von Menschen mit HIV/Aids ernst zu nehmen. Stigmatisierung, Kriminalisierung oder hohe Medikamentenpreise schließen weltweit immer noch viele Menschen aus. Ohne das Überwinden solcher ungerechter Strukturen, wird das von den Vereinten Nationen ausgerufen und in den Nachhaltigen Entwicklungszielen (SDGs) verankerte Ende von Aids bis 2030 bloße Hoffnung bleiben.

Galt der Befund „HIV-positiv“ in der Frühphase der Aids-Epidemie noch als Todesurteil, ist die Krankheit mittlerweile zumeist gut therapierbar. Das UNAIDS Global Update 2019 enthält Rekordzahlen bei Behandlungsraten oder auch der Verringerung der Mutter-Kind-Übertragung.¹ Zudem wecken die Erkenntnis, dass eine erfolgreiche Behandlung neue Ansteckungen verhindert und neue medikamentöse Präventionsmöglichkeiten, Hoffnungen auf verbesserte Vorsorge.

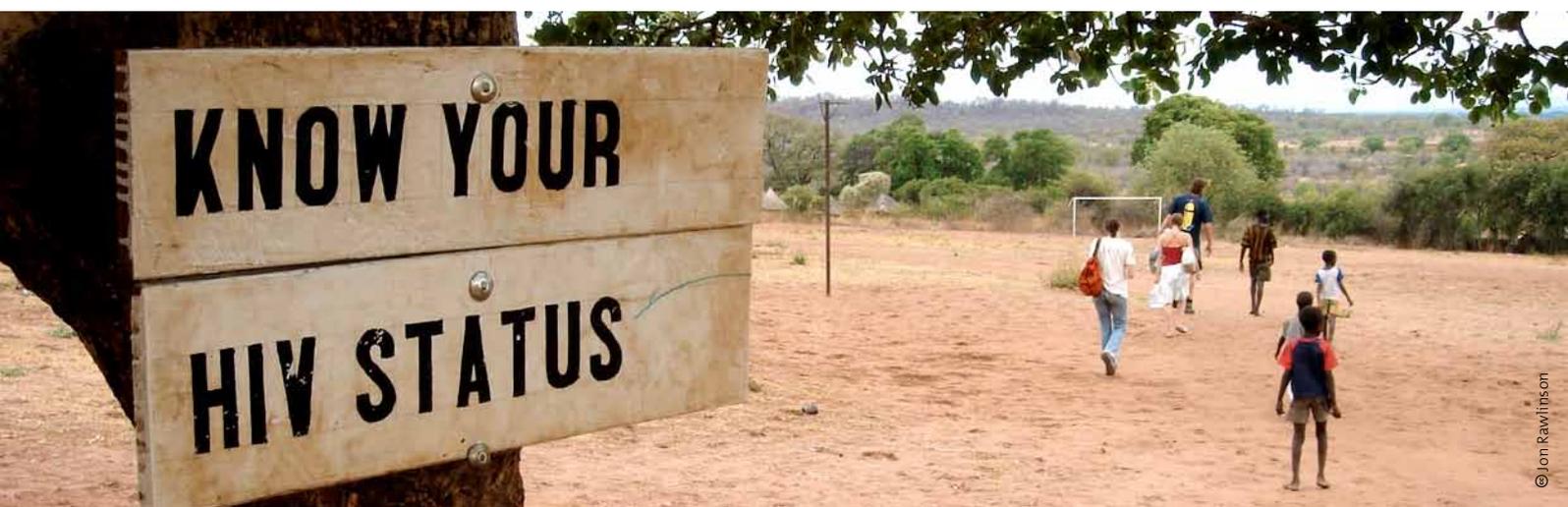
Zugleich konstatiert die Weltgesundheitsorganisation (WHO) jedoch, dass eine der größten Herausforderungen in dem Feld seit Dekaden unverändert geblieben ist: HIV betrifft nach wie vor überdurchschnittlich Menschen in Bevölkerungsgruppen, die stark marginalisiert und diskriminiert werden.² Menschen in Haft, SexarbeiterInnen, Drogengebrauchende, Transgender, sowie Männer, die Sex mit Männern haben (MSM) werden weiterhin von den globalen Bemühungen nur ungenügend erreicht. Diese Ausgrenzung begünstigt die Ausbreitung des Virus, bekämpft also nicht die Krankheit, sondern stattdessen die Betroffenen. Ein Ausdruck davon sind beispielsweise steigende Infektionszahlen in Teilen Osteuropas und Zentralasiens. Aber

auch in Deutschland tun sich weiterhin Lücken in der Versorgung auf.

Vielorts tragen zivilgesellschaftliche Organisationen eine Hauptlast im Kampf gegen HIV/Aids. Äußerst besorgniserregend ist der steigende Druck, dem sie durch kleiner werdende Handlungsräume („shrinking spaces“) ausgesetzt werden. Hohe Preise spielen trotz der „Generika-Revolution“ immer noch eine wichtige Rolle. Die Wurzeln dafür liegen im internationalen Patentsystem. Schwindende Finanzierungen für Gesundheitsprogramme werfen ebenfalls einen langen Schatten.

Das Aktionsbündnis gegen AIDS (AgA) und die BUKO Pharma-Kampagne analysieren in diesem Heft Probleme im globalen Kampf gegen HIV/Aids und zeigen positive Entwicklungen auf. Bei allem Fortschritt bleibt die Infektionskrankheit weltweit eine der häufigsten Todesursachen. Millionen Menschen warten immer noch darauf, dass ihrem Recht auf Gesundheit mit Solidarität und Engagement begegnet wird.

- 1 UNAIDS (2019) Global AIDS Update 2019. Communities at the centre.
- 2 WHO (2018) Why the HIV epidemic is not over. www.who.int/hiv-aids/latest-news-and-events/why-the-hiv-epidemic-is-not-over [Zugriff 23.09.2019]



Status quo der Behandlung weltweit

Leben mit dem HI-Virus – die Fakten

Nach Angaben von UNAIDS, dem gemeinsamen Programm der Vereinten Nationen für HIV/Aids, lebten 2018 weltweit 37,9 Millionen mit HIV. 23,3 Millionen davon haben Zugang zu HIV-Therapien. Etwa 1,7 Millionen Menschen haben sich 2018 neu mit HIV infiziert und 770.000 Menschen starben an mit der Immunschwäche assoziierten Krankheiten.¹

Die Vereinten Nationen verankerten 2015 in den „Nachhaltigkeitszielen“ das Ende von Aids, Malaria und Tuberkulose. Um Aids bis 2030 beenden zu können, entwickelte UNAIDS mit der politischen Weltgemeinschaft die sog. 90-90-90 Strategie. Damit wird als Ziel festgelegt, dass bis 2020 90% der mit HIV lebenden Menschen über ihren HIV-Status Bescheid wissen. 90% dieser Gruppe sollen Zugang zu einer antiretroviralen HIV Therapie (ART) haben und bei 90% der Behandelten soll die HIV Viruslast unter die sogenannte Nachweisgrenze gesenkt werden, was auch die Weitergabe der Infektion verhindert.²

Um die Ziele bis 2020 zu erreichen, ist noch ein ganzes Stück Weg zurückzulegen: 2018 wussten laut UNAIDS 79% der mit HIV lebenden Menschen um ihren Status, 78% dieser Gruppe hatten Zugang zu HIV Therapien und 86% davon waren unter der Nachweisgrenze.²

Unter der Nachweisgrenze

Auf der Welt-AIDS-Konferenz 1996 in Vancouver konnte der Durchbruch in der HIV-Behandlung verkündet werden. Studien hatten damals belegt, dass durch die Behandlung mit drei unterschiedlichen antiviral wirkenden Medikamenten die Vermehrung von HIV unterdrückt und die Immunschwäche rückgängig gemacht werden kann.³ Deshalb spricht man auch von „Kombinationstherapie“. HIV-Medikamente sind in fast allen Industrieländern gut verfügbar. In Ländern des globalen Südens sieht die Lage aufgrund verschiedener Faktoren leider nicht so ideal aus.

Die HIV-Medikamente unterdrücken die Vermehrung des Virus im Körper, können es aber

nicht eliminieren. Sinkt die Viruslast unter die Nachweisgrenze (derzeit 20-50 Kopien pro ml Blut), ist die Übertragungen der HIV-Infektion beim Geschlechtsverkehr oder während der Geburt von Mutter auf Kind praktisch ausgeschlossen.⁴

Die Fachwelt spricht in diesem Zusammenhang von der „Schutzwirkung durch die Therapie“. Communities haben den Begriff „N=N“ (nicht nachweisbar = nicht ansteckend), im englischen Sprachraum „U=U“ (undetected = untransmittable) geprägt.⁵

Eine wichtige Voraussetzungen für eine erfolgreiche HIV-Therapie ist, dass die Medikamente regelmäßig eingenommen werden und gut verträglich sind. HIV-Medikamente der neueren Generation haben erheblich weniger Nebenwirkungen und die Kombinationstherapie kann oftmals in nur einer Tablette eingenommen werden. HIV ist durch die Therapie von einer vormals tödlichen zu einer chronischen Erkrankung geworden, mit der man gut leben kann. Eine Heilung ist derzeit jedoch nicht möglich. Und eine Unterbrechung der Therapie führt in der Regel zum Wiederaufflammen der Erkrankung.⁶

Welche Probleme gibt es noch?

Laut UNAIDS haben derzeit ca. 40 Prozent der mit HIV lebenden Menschen noch immer keinen Zugang zu HIV-Therapien.² Dies kann je nach Land oder Region an verschiedenen Gründen liegen. Der Klassiker: Die Medikamente sind aufgrund des Patentschutzes zu teuer oder die Infrastruktur des Gesundheitssystems ist mangelhaft. Eine wich-

tige Rolle spielt der fehlende politische Wille, die Epidemie ernsthaft und vorurteilsfrei anzugehen. Deshalb sind die Erfolge regional sehr ungleich verteilt.

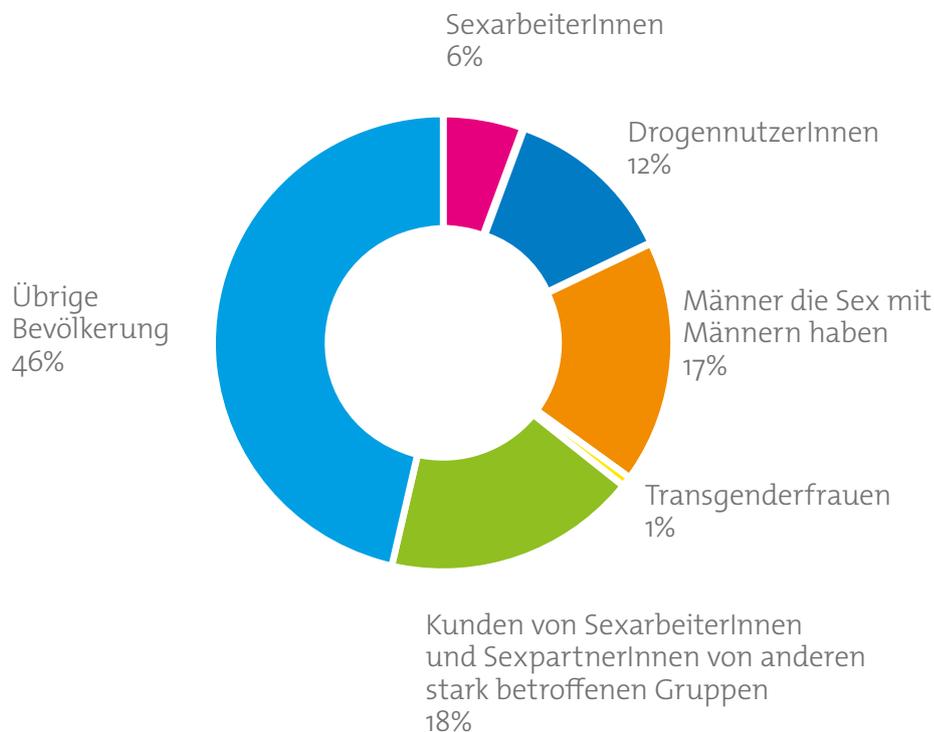
Vor allem in Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen müssen die Betroffenen Zuzahlungen zu ihren Medikamenten leisten oder andere medizinische Dienstleistungen wie Bluttests teuer bezahlen. Diese „Out-of-pocket payments“ (Zahlungen aus eigener Tasche) können ganze Familien in den Ruin treiben.

Sozio-ökonomische Faktoren, vor allem in Schwellenländern, benachteiligen insbesondere Mädchen und Frauen. Armut, oftmals kein Anrecht auf eigenes Einkommen, geringe Wertschätzung innerhalb der Familie, sexualisierte Gewalt etc. führen oft dazu, dass Frauen ein höheres Ansteckungsrisiko und keinen oder nur limitierten Zugang zu medizinischer Versorgung haben.

Schwierig ist die Versorgung in Regionen, die durch Katastrophen, kriegerische Auseinandersetzung, Verfolgung und Flucht geprägt sind. Diese besonderen Lebensumstände führen zwangsläufig zu Unterbrechungen in der Medikamentenversorgung und können lebensbedrohliche Folgen haben.

Ein wesentliches Problem der Versorgung von Menschen mit HIV stellen Stigma und Diskriminierung dar. Besonders stark betroffen sind Drogenkonsumierende, Gefangene, SexarbeiterInnen und Männer die Sex mit Männern haben. Oft werden diese Schlüsselgruppen, aufgrund von politischer Ignoranz oder wegen Vorurteilen aus HIV-Programmen ausgeschlossen. Das führt nicht nur zu einer erhöhte Gefahr für An-

Wer ist besonders betroffen? Neuinfektionen mit HIV weltweit 2018



UNAIDS (2019) Global Aids update 2019

steckungen innerhalb dieser Gruppen, sondern kann die gesamte Gesundheitssituation eines Landes und Region beeinflussen. Deshalb ist es umso wichtiger, die Versorgung der Schlüsselgruppen zu verbessern und politische Akteure an ihre Verantwortung zu erinnern. Nur wenn genug finanzielle Mittel und Aktivitäten gebündelt werden, kann ein Ende von AIDS bis 2030 erreicht werden. (TK)

- UNAIDS (2019) Global HIV & AIDS Statistic – 2019 Fact Sheet. www.unaids.org/en/resources/fact-sheet [Zugriff 8.09.2019]
- UNAIDS (2019) 90-90-90: Treatment for all. www.unaids.org/en/resources/909090 [Zugriff 8.09.2019]
- Deutsche Aidshilfe (2016) 20 Jahre HIV-Therapie: Ein langes und erfülltes Leben ist möglich. www.aidshilfe.de/meldung/20-jahre-hiv-therapie-langes-erfuelltes-leben-moeglich [Zugriff 8.09.2019]
- Avert (2018) What does undetectable mean? www.avert.org/living-with-hiv/antiretroviral-treatment/what-does-undetectable-mean. [Zugriff 8.09.2019]
- i-base (2018) U=U: Undetectable = Untransmittable. <http://i-base.info/u-equals-u/> [Zugriff 8.09.2019]
- Deutsche Aidshilfe (2017) www.aidshilfe.de/hiv-behandlung [Zugriff 8.09.2019]

Solidarität statt Ausgrenzung

Sozio-politischer Wandel ist elementar im globalen Kampf gegen HIV

Medizinische Fortschritte haben das Gesicht von HIV/Aids verändert, Diagnostik und Prävention erleichtert und die Erkrankung gut behandelbar gemacht. Doch Innovationen allein genügen nicht, um eine Welt ohne Aids zu erreichen. Ein großes Hindernis im Kampf gegen die Immunschwächekrankheit bleiben Vorurteile, Diskriminierung und Kriminalisierung. Sie versperren Millionen von Betroffenen den Zugang zu Diagnose und Therapie.

Wenige Themen globaler Gesundheit haben in so kurzer Zeit so viele Menschen und Ressourcen mobilisiert, wie der Kampf gegen HIV/Aids. Nach unzähligen verpassten Chancen in der Anfangsphase wurden so doch große Erfolge errungen, besonders im medizinischen Feld. Zwar ist zeitnah keine Heilung von Aids in Sicht,¹ doch die Therapie wurde deutlich verbessert und neue Diagnostika bieten entscheidende Vorteile. Bei der Prävention abseits von Kondomen & Co, hat nicht zuletzt die Präexpositionsprophylaxe (PrEP) neue Wege aufgezeigt.

Um bezahlbare Preise und eine gute Verfügbarkeit dieser Innovationen wird bis heute gerungen. Aber eine wirksame Bekämpfung der Krankheit erfordert mehr. Sie muss auch auf gesellschaftlichen und politischen Wandel setzen, um Ausgrenzung und Diskriminierung zu vermeiden und so den Zugang zu einer optimalen Versorgung sicherzustellen.

Stigmatisiert von Anfang an

Aus dem Kongobecken, wo sich wahrscheinlich die ersten Menschen mit dem Erreger ansteckten,² gelangte das Virus wohl in den 1960er Jahren über aus der Region zurückkehrende Arbeitskräfte nach Haiti. Als später in den USA erste Fälle publik wurden, wurden Haitianer schnell als angebliche Überträger diskriminiert. Ein ähnlich geprägtes Muster von Schuldzuweisungen betraf in den 1980er Jahren auch schwule Männer. Im Rückgriff auf behördlich eingeteilte „Hochrisikogruppen“, entstand schnell der abwertende Begriff „4H Club“ (Homosexuelle, HaitianerInnen,

HeroinnutzerInnen und Menschen mit Hämophilie).³ Ausdruck dessen war auch die mediale Stimmungsmache um einen kanadischen Flugbegleiter, der in den 1980er Jahren als „Patient Zero“ durch die US-Presse ging – eine ebenso perfide, wie unzutreffende Bezeichnung.⁴ Zum einen war der Mann nicht der erste Mensch mit HIV in den USA. Zum anderen wurde ihm gerade in konservativer Berichterstattung so quasi eine moralische Schuld für die nationale Epidemie untergeschoben, wohl vor allem, da er Sex mit Männern hatte.

Stigma ist ein Ausdruck ablehnender Einstellungs- und Bewertungsmuster, etwa massiver Vorbehalte gegen bestimmte Bevölkerungsgruppen, oft gepaart mit Fehlinformationen und einer (irrationalen) Angst vor Ansteckung. Diskriminierung erfolgt dann durch entsprechende Handlungen wie Ausgrenzung, Repression oder Gewaltbereitschaft gegenüber Menschen mit HIV/Aids. Sie erfahren negative Konsequenzen nicht nur infolge des verbreiteten Stigmas von Krankheit im Allgemeinen, sondern auch durch ein spezifisches Stigma speziell dieser Erkrankung. Denn HIV/Aids wird mit bestimmten Bevölkerungsgruppen in Verbindung gebracht, die per se häufig Ausgrenzung und Diskriminierung erleben. Die Bewertungsmuster und Vorurteile variieren allerdings sehr stark und sind abhängig von regionalen oder lokalen Kontexten, etwa der Häufigkeit der Erkrankung, der Hauptübertragungswege, aber auch von Faktoren wie Religion oder Bildung.

Verstoßen und geächtet

Frauen mit HIV/Aids leiden beispielsweise in vielen Ländern darunter, dass ihnen gesellschaftlich geächtete Verhaltensweisen wie Untreue oder Promiskuität unterstellt werden.⁵ Häufig werden sie darum von ihren Ehepartnern und Familien verstoßen. Gender ist generell ein wichtiges Element, denn Frauen und Mädchen leiden nicht nur meist stärker unter den sozialen Folgen der Erkrankung, sie sind tendenziell auch stärker gefährdet, sich überhaupt anzustecken.

Bei drogengebrauchenden Menschen wird HIV/Aids nicht selten als Strafe für ein angeblich moralisch verwerfliches Verhalten angesehen.⁶ HIV-positive Frauen, die intravenös Drogen nutzen, sind insofern doppelt stigmatisiert und erfahren ganz besonders starke Benachteiligung.

Unterschieden wird zwischen sich überlagernden Stigmatisierungen, die miteinander zusammenhängen und solchen, die voneinander unabhängig sind und nebeneinander existieren (Mehrfachstigmatisierung). Das Zusammenspiel ist komplex: „Mehrfach- und sich überlagernde Stigmatisierungen können sich addieren oder verstärken, eine Stigmatisierung kann aber auch eine andere überdecken oder als weniger schwerwiegend erscheinen lassen – vielfältige Zusammenhänge sind möglich“;⁷ so die Deutsche AIDS-Hilfe.

Weitreichende Implikationen

Ebenso divers wie die Erscheinungen von Stigma und Diskriminierung sind die möglichen Folgen: Der Verlust von Arbeit, Wohnraum und sozialen Bindungen, die erhöhte Wahrscheinlichkeit von Missbrauch, eine schlechtere Gesundheitsversorgung, um nur einige Aspekte zu nennen. Ausgehen können Stigmatisierungen von Familie und Verwandten, der Community oder Akteuren aus Verwaltung, Polizei oder Gesundheitseinrichtungen. Oft verinnerlichen Betroffene die Vorurteile so sehr, dass sich Scham- oder Schuldgefühle Bahn brechen und massive Selbstzweifel erwachsen.⁸ Das führt dann häufig zu schlechten Therapieergebnissen oder auch dazu, dass ein HIV-Test gar nicht erst in Angriff genommen wird.

Eine besonders extreme Ausprägung von Diskriminierung ist die Kriminalisierung. Das erste Land, das eine spezifische Strafgesetzgebung bezüglich HIV/Aids erließ, waren die USA im Jahr 1987, viele Nationen folgten. Noch heute existieren vielerorts Gesetze und Vorschriften, die – unter dem Vorwand, die öffentliche Gesundheit zu schützen – Menschen mit HIV/Aids marginalisieren und diskriminieren. Entsprechend groß ist in vielen Ländern die Angst davor, dass der eigene Status publik wird. Und diese Furcht ist durchaus berechtigt: Ende Januar 2019 musste etwa das Gesundheitsministerium im kon-



servativ geprägten Singapur einräumen, dass (positive) Testergebnisse samt Namen und weiterer sensibler Daten von fast 15.000 Personen geleakt wurden.⁹

Repressalien erreichen aber das genaue Gegenteil von dem, was sie proklamieren: Die Bereitschaft Einzelner zum Testen nimmt ab, eine Behandlung wird schwieriger und dadurch eine weitere Übertragung des Virus wahrscheinlicher. Außerdem erzeugt die Fokussierung auf bestimmte Gruppen ein falsches Gefühl der Sicherheit. Die Fachzeitschrift *The Lancet* resümierte daher kurz und bündig: „HIV-Kriminalisierung ist schlechte Politik, basierend auf schlechter Wissenschaft.“¹⁰

Beachten statt isolieren

Vorurteile und Ausgrenzung können andererseits die Ansteckung begünstigen. Denn das Stigma macht HIV-negative Menschen aus bestimmten Bevölkerungsgruppen besonders vulnerabel für eine Infektion. Wiederum werden sie nach einer Infektion aufgrund eben jener Hürden und des zusätzlichen Stigmas am schlechtesten erreicht. Hier besteht im Kampf gegen HIV/Aids ein massiver Nachholbedarf. UNAIDS konstatierte jüngst, dass Menschen in Haft, SexarbeiterInnen, Drogengebrauchende, Transgender, sowie Männer, die Sex mit Männern haben (MSM) in den globalen Bemühungen am meisten zurückgelassen wurden.¹¹

Das bedeutet nicht, dass bestimmte Bevölkerungsgruppen isoliert begleitet werden sollten. Im schlechtesten Falle befördert dies nämlich das Stigma. Ganzheitliche Ansätze sind vonnöten, die die unterschiedlichen Lebensrealitäten im Blick haben und dabei stets das Menschenrecht auf Gesundheit in den Mittelpunkt stellen.

Das gilt umso mehr angesichts des Erstarkens von Populismus und Nationalismus. In Brasilien zum Beispiel, lange ein absoluter Vorreiter in Sachen HIV/Aids-Bekämpfung, schaffte die neue Regierung unter dem

rechtsextremen Präsidenten Bolsonaro zügig Fakten: So wurde etwa die Leitung der HIV-Präventions Task Force entlassen, offenbar wegen einer Aufklärungskampagne, die auf Transgender zielte.¹²

Solidarität mit HIV-positiven Menschen und Menschen mit Aids und die Überwindung von Stigma sind unerlässlich im Kampf gegen die Krankheit. Denn medizinischer Fortschritt kann Menschen nicht umfassend erreichen, wenn der soziale Fortschritt ausbleibt. (MK)

- 1 Sowohl im Falle des berühmten „Berliner Patienten“, bei dem seit der Behandlung kein Virus mehr nachweisbar ist, als auch später beim „Londoner Patienten“ sprechen viele Analysen statt von einer „Heilung“ zurückhaltender von einem „langfristigen Rückzug“. Beide Fälle sind zudem als risikoreiche Ausnahmetherapien zu sehen, da jeweils parallel Krebserkrankungen vorlagen.
- 2 Faria Nuno B et al (2014) The early spread and epidemic ignition of HIV-1 in human populations. *Science*; 346, p 56
- 3 Farmer P (2006) *Aids and Accusation. Haiti and the geography of blame.* Berkeley und Los Angeles: University of California Press
- 4 NYT (2016) H.I.V. arrived in the US long before “Patient Zero”. www.nytimes.com/2016/10/27/health/hiv-patient-zero-genetic-analysis.html [Zugriff 4.10.2019]
- 5 Avert (2018) HIV stigma and discrimination. <https://www.avert.org/professionals/hiv-social-issues/stigma-discrimination> [Zugriff 7.10.2019]
- 6 WHO (2009) Integrating gender into HIV/AIDS programmes in the health sector. Tool to improve responsiveness to women’s needs. www.who.int/gender/documents/gender_hiv_guidelines_en.pdf [Zugriff 7.10.2019]
- 7 Deutsche AIDS-Hilfe e.V. (2012) Positive Stimmen verschaffen sich Gehör. Die Umsetzung des PLHIV Stigma Index in Deutschland. www.aidshilfe.de/sites/default/files/documents/positive%20stimmen%20Doku.pdf [Zugriff 7.10.2019]
- 8 Pantelic M. et al. (2019) It’s not “all in your head”: critical knowledge gaps on internalized HIV stigma and a call for integrating social and structural conceptualizations. *BMC Infectious Diseases*; 19, p 2
- 9 Reuters (2019) U.S. citizen leaks data on 14,200 people in Singapore with HIV. www.reuters.com/article/us-singapore-health/u-s-citizen-leaks-data-on-14200-people-in-singapore-with-hiv-idUSKCN1PM17T [Zugriff 12.02.2019]
- 10 LANCET HIV (2018) HIV criminalisation is bad policy based on bad science; 5, p 473
- 11 UNAIDS (2018) Global AIDS Update 2018. Miles to go – Closing Gaps. Breaking Barriers. Righting Injustices. www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/miles-to-go_en.pdf [Zugriff 23.09.2019]
- 12 Washington Post (2019) LGBT rights threatened in Brazil under new far-right president. www.washingtonpost.com/world/the_americas/lgbt-rights-under-attack-in-brazil-under-new-far-right-president/2019/02/17/b24e1dcc-1b28-11e9-b8e6-567190c2fdo8_story.html [Zugriff 7.10.2019]

Diskriminierung ist alltäglich

In den Köpfen dominieren Bilder aus den 80ern

Ob im Gesundheitswesen, als KundInnen von Dienstleistungen, als ArbeitnehmerInnen oder im Privatleben - auch in Deutschland begegnen HIV-Positive häufig Vorurteilen und werden vielfach benachteiligt. Die Deutsche Aidshilfe hilft, sich dagegen zur Wehr zu setzen. Wir sprachen mit Kerstin Mörsch, Ansprechpartnerin in der Kontaktstelle zu HIV-bezogener Diskriminierung.

Frau Mörsch wie würden Sie Ihre Arbeit in wenigen Sätzen beschreiben?

Bei mir melden sich Menschen mit HIV, die Diskriminierung erfahren haben. Ich berate und begleite sie. Auch lokale Aidshilfen können anonymisiert Diskriminierungsfälle melden. Ich dokumentiere alle Fälle und biete Unterstützung und Fortbildungen für BeraterInnen an. Zudem leisten wir politische Arbeit, um Diskriminierung abzubauen, etwa auf struktureller Ebene. Dazu erstellen wir geeignete Informationsmaterialien, kooperieren mit anderen Diskriminierungsstellen und z.B. Ärzteorganisationen. Wir arbeiten selbstverständlich eng mit der Community zusammen und bieten Workshops zum Empowerment an.

Auf Ihrem Blog schreiben Sie, dass Diskriminierung hierzulande nicht mehr so massiv sei, sondern eher auf eine schleichende Art erlebt werde. Wie ist das gemeint?

In den 1980er Jahren gab es gewissermaßen eine Hysterie, der man durch Aufklärung entgegen gewirkt hat. Heute bedeutet eine HIV-Infektion kein Todesurteil mehr. Menschen mit HIV können ein gesundes Leben führen, sofern sie Zugang zu Behandlung haben – sie arbeiten, gehen zum Arzt, nehmen Dienstleistungen in Anspruch. Dabei erfahren sie häufig Vorurteile, Benachteiligungen ...

... zum Beispiel?

Beim Zahnarzt gibt es dann z.B. Randtermine, bei der Physiotherapie werden die Menschen nur mit Handschuhen angefasst. Sobald sie im Anamnesebogen ankreuzen, dass sie eine Infektionskrankheit haben, aktivieren man-



che Ärzte und Praxen extreme Vorsichtsmaßnahmen. Dabei reichen die Basishygienemaßnahmen völlig aus. Darauf weist das Robert-Koch-Institut sein vielen Jahren hin. Hinzu kommt, dass die meisten Menschen, die von ihrer HIV-Infektion wissen, erfolgreich behandelt werden. Ihre Viruslast ist nicht mehr nachweisbar, bei ihnen kann sich niemand mehr anstecken. Hier gibt es noch einen gewaltigen Aufklärungsbedarf bei medizinischem Personal.

In welchen Bereichen tritt Diskriminierung am häufigsten auf?

Insbesondere das Gesundheitswesen ist ein problematischer Bereich. Da wird etwa auf die Akte eines Patienten mit HIV ein roter Punkt geklebt oder bei einer Schwangeren wird im Mutterpass eingetragen, dass sie HIV-positiv ist, oder sogar im Untersuchungsheft des Kindes. Das ist nicht erlaubt,

denn solche Dokumente werden evtl. auch im Kindergarten oder in der Kita benötigt. Die sozialen Implikationen sind dem Gesundheitspersonal häufig nicht bewusst. Vorherrschend ist der Gedanke: Wir haben es hier mit einer Krankheit zu tun, die höchst gefährlich und bedrohlich ist, und das wird über die persönlichen Rechte der Menschen gesetzt. Menschen mit HIV haben aber ein Recht darauf, ihren Status nur demjenigen mitzuteilen, der das unbedingt wissen sollte.

Wie sieht es in anderen Bereichen aus, etwa im Berufsleben?

Menschen mit HIV gelten in fast allen Bundesländern als z.B. nicht polizeidiensttauglich, d.h. sie können sich nicht bei der Polizei bewerben oder ihre gesundheitliche Eignung wird sehr kritisch gesehen. Argumentiert wird mit den schweren Nebenwirkungen der Medikamente, der Gefahr der Frühverrentung, der Gefährdung der Kollegen. Eine völlig unrealistische Einschätzung zum Leben mit HIV heute und zu den Übertragungsrisiken! Vor zwei Monaten gab es nun erstmals ein Urteil des Verwaltungsgerichts Hannover und ein HIV-positiver Bewerber musste als Bewerber zugelassen werden. Wir hoffen sehr, dass bei allen Bundesländern ein Umdenken stattfindet, denn das ist bitter nötig. Auch an manchen Pflegeschulen ist es üblich, dass sich Auszubildende vom Hausarzt bestätigen lassen müssen, dass sie frei von Infektionskrankheiten sind. Das ist ein Dilemma für Menschen mit HIV. Dabei ist die rechtliche Seite klar: Der Dienstherr darf nur Gesundheitsinformationen erfragen, die relevant sind für die Berufsausübung. Für den Pflegeberuf spielt eine HIV-Infektion keine Rolle! Nur in einzelnen Bereichen, etwa bei verletzungsträchtigen chirurgischen Tätigkeiten, muss die Viruslast unter der Nachweisgrenze liegen. Dennoch werden BewerberInnen mit HIV häufig nicht eingestellt oder bei Auftreten einer HIV-Infektion im patientenfernen Bereich eingesetzt. Schon ein Bewerbungsgespräch bringt die Betroffenen in die Bredouille: Was kommt auf

mich zu, wenn die das rausfinden. Stress, der überhaupt nicht sein müsste.

Was sind die Folgen?

Diskriminierung hat immer Folgen über das konkrete Erleben hinaus. Wer das häufiger erlebt, meidet vielleicht Arztbesuche, nimmt Gesundheitsleistungen nicht mehr in Anspruch. Diskriminierung beeinträchtigt die Gesundheit. Um weiteren Diskriminierungen aus dem Weg zu gehen, geben viele Menschen mit HIV ihre Infektion nicht mehr an, z.B. beim Zahnarzt. Menschen entwickeln Strategien, sich zu schützen.

Wie können sich Menschen mit HIV wehren?

Es ist wichtig, die eigenen Erfahrungen ernst zu nehmen und sich Unterstützung zu suchen, sei es bei anderen Menschen aus der Community oder bei Aidshilfen. Gemeinsam kann man dann weitere Schritte in Angriff nehmen. Wird z.B. eine Behandlung aufgrund der HIV-Infektion verweigert, kann man dagegen vorgehen. So gibt es die Möglichkeit, eine Beschwerde bei der Ärztekammer einzureichen, oder den Rechtsweg zu beschreiten.

Auf welche gesetzlichen Vorgaben stützen Sie sich, um bei Diskriminierungsfällen zu intervenieren?

Das kommt natürlich auf den Fall an. Da ist zum einen die Datenschutzrichtlinie, das Arztgeheimnis oder auch das Allgemeine Gleichbehandlungsgesetz. Dieses Gesetz bietet Diskriminierungsschutz, z.B. im Arbeitsleben. Seit 2012 ist es – nach einem Urteil des Bundesarbeitsgerichts – auch auf Menschen mit HIV anwendbar.

Was müsste passieren, um Diskriminierung wirksamer begegnen zu können?

Für Patienten ist es nicht leicht, ihre Rechte geltend zu machen. Eine Beschwerde bedeutet auch einen „langen Marsch durch die Institutionen“. Diskriminierungsfälle im Gesundheitswesen müssten z.B. von einer unabhängigen Beschwerdestelle geprüft werden, die Patientenrechte auch durch-

setzen kann. Hier braucht es eine stärkere Gesetzgebung im Sinne der Patienten.

Außerdem gibt es im Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetz (AGG) kein Verbandsklagerecht. Auch das wäre sinnvoll, damit wir als Organisationen klagen können. Das würde die Last von den Schultern der Einzelnen nehmen. Außerdem ist die Frist von 2 Monaten,

um Ansprüche nach dem AGG geltend zu machen, viel zu kurz. Wenn es hier Änderungen gäbe, würde man der Realität von Diskriminierung sehr viel gerechter werden.

Nicht zuletzt ist Aufklärung wichtig, damit die Leute die Bilder aus den 80ern aus dem Kopf kriegen. Da müssen wir kontinuierlich dranbleiben.

Viele kommen erst, wenn es zu spät ist

HIV und Migration: Dramatische Lücken im Versorgungssystem

Tanja Gangarova leitet bei der Deutschen Aidshilfe den Bereich HIV und Migration. Sie spricht über die Situation von MigrantInnen und Geflüchteten mit HIV und notwendige strukturelle Veränderungen in Deutschland.

Wo liegt das größte Problem bei der Versorgung von MigrantInnen mit HIV/Aids?

Fast jede dritte HIV-Neuinfektion in Deutschland betrifft eine Person, die zugewandert ist. Dabei ist der Anteil der MigrantInnen, die keine Versicherung und/oder keine Papiere haben, hoch. Manche stammen aus EU-Ländern wie Bulgarien und Rumänien und sind vom Leistungsausschlussgesetz betroffen. Andere sind Geflüchtete, deren Asylantrag abgelehnt wurde und die sich weiterhin hier aufhalten oder auch sogenannte Dublin-Fälle, also Menschen, die in einem anderen Land Asyl beantragt haben, aber nach Deutschland weitergereist sind. Daneben gibt es auch Deutsche ohne Krankenversicherung. Es gibt kein Versorgungsmodell, um eine nachhaltige Versorgung dieser Zielgruppen zu gewährleisten.

Wo sehen Sie die größten Hürden beim Zugang zu medizinischer Versorgung?

Menschen ohne Papiere haben formal Anspruch auf eine eingeschränkte ärztliche Behandlung. Doch sie oder die behandelnden Einrichtungen müssten sich zur Kostenerstattung an das Sozialamt wenden, das gemäß § 87 Aufenthaltsgesetz zur Datenübermittlung an die zuständige Aus-



© privat

länderbehörde verpflichtet ist. Diese kann dann eine Abschiebung veranlassen. Der „verlängerte Geheimnisschutz“, der nicht nur für medizinisches Personal, sondern auch für Angestellte der Sozialämter gilt, greift nur bei Notfallbehandlungen und ist unzureichend bekannt.

Auch MigrantInnen aus EU-Mitgliedsstaaten, die sich legal in Deutschland aufhalten,

bleibt der Zugang zum Gesundheitswesen oft versperrt. Für Menschen, die nicht über eine sozialversicherungspflichtige Beschäftigung versichert sind, ist es nahezu unmöglich, einen gesetzlichen oder privaten Krankenversicherungsschutz abzuschließen und zu finanzieren.

Mit welchen Folgen?

Die Menschen haben Angst vor Abschiebungen und suchen daher gar nicht erst die nötige medizinische Hilfe oder sie kommen erst zu uns, wenn es zu spät ist, um eine Behandlung zu beginnen. Ein Modellprojekt, das hier Abhilfe schaffen soll, sind die Clearingstellen. Sie bieten aufenthaltsrechtliche oder sozialrechtliche Beratung an und versuchen PatientInnen, die von einem Leistungsausschluss betroffen sind, in das Regelsystem zu integrieren. Außerdem können sie – je nach Konzept – anonyme Krankenscheine vergeben. Dieses Modell ist sehr begrüßenswert. Die Erfahrungen vor Ort zeigen auch, dass ein nicht unwesentlicher Anteil der Aufsuchenden wieder in das Regelsystem integriert werden kann. Für die Menschen, die nicht in die

Regelversorgung eingegliedert werden können, stellen die Clearingstellen aber keine ausreichende Lösung dar. Zum einen gibt es diese Einrichtungen nicht überall – nur in Hamburg, Berlin, München und einigen Städten in Nordrhein-Westfalen (Köln, Duisburg, Dortmund, Münster und Gelsenkirchen). Darüber hinaus ist ihre Finanzierung gedeckelt und zum Großteil zeitlich befristet. Deshalb können kostspielige Leistungen nur im Ausnahmefall gezahlt werden, geschweige denn die langjährige Abdeckung einer antiretroviralen Therapie bei HIV-positiven Menschen.

Wie lautet Ihr Fazit?

Die gegenwärtige Situation steht im Widerspruch zu allem, wozu sich Deutschland in Bezug auf die Menschenrechte verpflichtet hat. Würde Deutschland seiner Verpflichtung nachkommen und allen Menschen einen gleichberechtigten Zugang zur medizinischen Regelversorgung sicherstellen, wären solche Parallelstrukturen unnötig. Der Staat schiebt hier seine Verantwortung auf gemeinnützige Einrichtungen ab, die zum Großteil von ehrenamtlichem Engagement getragen sind.

Do not harm!

Repression fördert die Ansteckung durch Drogengebrauch

Der Gebrauch intravenös injizierter Drogen erhöht das Risiko für eine HIV-Infektion. Zugleich ist der Zugang zu Diagnose und Behandlung für DrogenkonsumentInnen deutlich erschwert. Denn Stigma und Kriminalisierung behindern wirksame Ansätze in der HIV/Aids-Bekämpfung, die einen pragmatischen Umgang mit der Problematik fordern.

Drogen begleiten die Menschheit seit Beginn an und auch deren Ächtung und Tabuisierung hat eine lange Tradition. Ihr Gebrauch kann vielfältige negative Konsequenzen für die Gesundheit der einzelnen Person und der Gesellschaft haben. Sie reichen von verstärkter Gewaltbereitschaft unter Alkoholeinfluss bis zu erhöhter Infektionswahrscheinlichkeit

bei durch Amphetamine gefördertem sexuellen Risikoverhalten.

Wer als illegal eingestufte Drogen gebraucht, gerät in den meisten Ländern der Welt mit dem Gesetz in Konflikt. Konsum, Besitz oder Verkauf werden vielerorts mit enorm harten Strafen, bis hin zur Todesstrafe geahndet.¹



Schadensminderung statt Repression

Mit dem Aufkommen von HIV/Aids wurden Ende des 20. Jahrhunderts die Rufe nach pragmatischeren Ansätzen im Umgang mit DrogenkonsumentInnen noch lauter. Verbote treiben Menschen, die Drogen gebrauchen, in das gesellschaftliche Abseits, wo sie Hilfsangebote, Prävention und Testung kaum mehr erreichen. Repressive Drogenpolitik fördert die Aids-Ausbreitung. Nationale Drogen- und Public-Health-Strategien übernehmen daher zunehmend das Konzept der „Harm Reduction“, also der Schadensminderung. Es vermeidet Kriminalisierung und bietet einen niederschweligen Zugang zu Behandlungseinrichtungen. Ziel ist eine Verbesserung des Gesundheitszustands und auch der sozialen Situation der Betroffenen. Maßnahmen zur Harm Reduction zielen auch auf das Wohl der Gesellschaft insgesamt.²

Konsum und Kriminalisierung

Nach UNAIDS-Schätzungen liegt das Risiko einer HIV-Ansteckung für NutzerInnen intravenös injizierter Drogen 22 mal höher als bei der übrigen Bevölkerung.³ Bereits die gemeinsame Nutzung von Utensilien zur Zubereitung ist problematisch.⁴ 2017 entfielen ein Drittel der Neuinfektionen in Osteuropa, Zentralasien, dem Nahen Osten und Nordafrika auf Menschen, die Drogen injizieren.⁴ Dieser Trend zeigt sich umso deutlicher, wo DrogenutzerInnen mit massiver Diskriminierung oder Kriminalisierung konfrontiert sind. Sie sind dann zu noch riskanteren Konsum-Formen genötigt oder lehnen Hilfsangebote aus Angst vor Repressalien ab.

Aber auch spezifische lokale Dynamiken spielen eine Rolle bei der Ausbreitung von HIV: Beispielsweise kämpft die schottische Stadt

Glasgow in jüngerer Zeit mit sprunghaft gestiegenen Erkrankungszahlen. Grund dafür ist die Zunahme von Obdachlosigkeit und die wachsende Zahl derer, die sich Heroin oder Kokain injizieren.⁵

Der Zusammenhang zwischen dem Gebrauch von intravenös injizierten Drogen und Obdachlosigkeit ist komplex: Menschen werden z.B. obdachlos, weil sie schwer abhängig sind oder sie werden abhängig als Folge der Obdachlosigkeit.

Aber auch in der Sexarbeit oder in der Haft ist diese Art des Drogenkonsum in einigen Regionen weit verbreitet. In vielen Ländern verbringt die Mehrzahl der DrogenkonsumentInnen – nicht zuletzt aufgrund restriktiver Drogengesetze – eine Zeit lang im Gefängnis.⁶ Dort verschaffen sie sich in der Regel weiterhin Zugang zu den Substanzen, doch saubere Spritzen sind rar und Hilfsangebote fehlen meist. In vielen Fällen ist Armut eine weitere Facette des Problems.

Menschenwürde als Leitmotiv

Ansätze zur Harm Reduction setzen genau hier an: Sie wollen der Stigmatisierung entgegenwirken und respektieren die Selbstbestimmung und Würde der Betroffenen.⁷ Es geht nicht um Abstinenz, sondern darum, unmittelbare gesundheitliche Schäden so weit wie möglich zu reduzieren. Die Maßnahmen reichen von Nadeltauschprogrammen und Substitutionstherapien über Test-, Behandlungs- und Betreuungsprogramme sowie

ausführliche Präventionsbemühungen bei sexuell übertragbaren Krankheiten (etwa Verteilung von Kondomen) bis hin zur Verteilung von Notfallsets bei Überdosierungen.⁸ Zentral sind zudem Drogenkonsumräume, saubere Einrichtungen, die als sicherer Rückzugsort für den Gebrauch dienen und wo neue Spritzen verfügbar sind und angemessen entsorgt werden können.⁹ Wichtige Voraussetzung für das Gelingen der Projekte ist es, die Betroffenen zu Beteiligten zu machen.

Schadensminderung allein kann dennoch nur Teilerfolge erringen. Elementar für positive Entwicklungen im größeren Maßstab sind letztlich Verbesserungen der sozialen Situation und der gesetzlichen Rahmenbestimmungen. Portugal etwa konnte seine dramatisch hohe Rate an HIV-Neuinfektionen u.a. dank einer im Jahre 2000 verabschiedeten, progressiven Drogengesetzgebung deutlich vermindern.¹⁰

Schadensminderung hat gerade in Bezug auf Drogengebrauch und HIV/Aids zudem starke finanzielle Argumente auf ihrer Seite. So stellte beispielsweise eine Auswertung internationaler Studien 2015 fest: „Es gibt nicht nur ein moralisches Gebot für einen universellen Zugang zu Harm Reduction-Programmen, im deutlichen Gegensatz zur Zwangsinhaftierung sind diese Ansätze auch weltweit effektiv, kosteneffizient und oft kostensparend [...]“.¹¹ Dennoch war das vergangene Jahrzehnt was die Finanzierung solcher Projekte betrifft eine „verlorene Dekade“.¹²



Ein steiniger Weg

Obwohl es in vielen Ländern mittlerweile einen integralen Bestandteil von Public Health-Strategien darstellt, ist Harm Reduction in jüngster Zeit wieder verstärkt unter Druck geraten. Die Folgen sind speziell für drogengebrauchende Menschen mit HIV/Aids problematisch. Darunter fallen repressive Maßnahmen im proklamierten „Krieg gegen Drogen“ („War on Drugs“) aber auch Repressalien gegenüber zivilgesellschaftlichen Akteuren („shrinking spaces“). Diese gefährlichen Entwicklungen zeigen sich besonders oft in autoritären Regimen. Die Konsequenzen können verheerend sein, wie sich beispielsweise in Russland¹³ und auf den Philippinen zeigt.¹⁴ Aber auch in den USA gab es 2015 erstmalig seit zwei Dekaden eine Zunahme von HIV-Diagnosen infolge des Gebrauchs injizierter Drogen.¹⁵ Der Löwenanteil entfiel dabei auf eine lokale Epidemie im Bundesstaat Indiana, der die Behörden lange nur mit Verschleppung und Repression begegneten.¹⁶ Verantwortlich dafür war vor allem der damalige Gouverneur und spätere Vizepräsident Mike Pence.

Wo Harm Reduction-Programme neu eingeführt und zaghaft erste Schritte zur Entkriminalisierung getan werden, geschieht dies meist parallel zu weiterhin bestehender Repression. In Südostasien etwa gibt es nach einer ebenso brutalen wie ernüchternden Phase der „Harten Hand“¹⁷ nur wenige Impulse, die Hoffnung wecken. So kündigte die Regierung von Malaysia 2019 neben der praktischen Abschaffung der Todesstrafe einen Kurswechsel in der drakonischen Drogenpolitik an – es sei Zeit, auf „Wissenschaft und öffentliche Gesundheit statt auf Bestrafung und Inhaftierung“ zu setzen.¹⁸

Einen steinigen Weg hat das Konzept zur Schadensminderung auch in großen Teilen Zentralasiens noch vor sich. Die Region nimmt eine Schlüsselrolle bei Produktion und Handel von Opiaten ein. Positive Entwicklungen gab es beispielsweise in Kasachstan, nicht zuletzt

durch zivilgesellschaftliches Engagement. Zugleich drohen Finanzierungsengepässe für die HIV-Behandlung durch die Neueinstufung des Landes beim Globalen Fonds zur Bekämpfung von AIDS, Tuberkulose und Malaria (GFATM) – ein Risiko, das etliche Länder Osteuropas teilen. Beachtenswerte Fortschritte beim Thema Drogengebrauch und HIV/Aids hat indes die Ukraine gemacht – und das trotz gewaltsamen Konflikts und ökonomischer Krise. So wurden 2014 umfangreiche Präventionsprogramme auf den Weg gebracht und Maßnahmen wie Selbsttestung unterstützt.¹⁹ (MK)

- 1 Ausführliche Informationen zur weltweiten Drogenpolitik unter www.tni.org/en/work-area/drugs-and-democracy [Zugriff 9.10.2019]
- 2 UNAIDS (2013) Investing in harm reduction – sound economic sense. www.unaids.org/en/resources/presscentre/featurestories/2013/june/20130614harmreduction [Zugriff 10.10.2019]
- 3 UNAIDS (2018) Global AIDS Update 2018. Miles to go – Closing Gaps. Breaking Barriers. Righting Injustices. www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/miles-to-go_en.pdf [Zugriff 24.09.2019]
- 4 Filter (2019) Sharing „cookers“ heightens HIV transmission risks – but there’s an easy way to fix that. <https://filtermag.org/sharing-cookers-heightens-hiv-transmission-risk-but-theres-an-easy-way-to-fix-that/> [Zugriff 24.09.2019]
- 5 BBC Scotland (2019) The city battling an HIV „perfect storm“. www.bbc.com/news/uk-scotland-glasgow-west-48914110 [Zugriff 24.09.2019]
- 6 AVERT (2017) People who inject drugs, HIV and Aids. www.avert.org/professionals/hiv-social-issues/key-affected-populations/people-inject-drugs [Zugriff 30.09.2019]
- 7 Stöver H (2013) Keine Menschenwürde ohne Harm Reduction! Vortrag auf der 52. DHS-Fachkonferenz SUCHT, 19.-21.11.2012 (Leipzig). www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/Veranstaltungen/Fachkonferenz_2012/Pr%3%a4sentation_Prof._St%3%b6ver.pdf [Zugriff 2.10.2019]
- 8 Stöver, H (2018) Harm Reduction – Ergebnisse akzeptanzorientierter und niedrigschwelliger Drogenarbeit. rausch; 4-2018, p 303
- 9 Harm Reduction International (2019) Drug consumption rooms. www.hri.global/files/2019/03/29/drug-consumption-room-brief-2018.pdf [Zugriff 27.09.2019]
- 10 WHO Europe (2018) Portugal on fast track to achieve HIV targets ahead of 2020 deadline. www.euro.who.int/en/countries/portugal/news/news/2018/7/portugal-on-fast-track-to-achieve-hiv-targets-ahead-of-2020-deadline [Zugriff 27.09.2019]
- 11 Wilson DP et al. (2015) The cost-effectiveness of harm-reduction. International Journal of Drug Policy; 24, p 5
- 12 Harm Reduction International (2018) The Global State of Harm Reduction 2018. www.hri.global/files/2019/02/05/global-state-harm-reduction-2018.pdf [Zugriff 2.10.2019]
- 13 Aktionsbündnis gegen AIDS (2017) Gefährlich und menschenverachtend - Russlands repressive Drogenpolitik. www.aids-kampagne.de/aktuelles/2017-12-13-gefaehrlich-und-menschenverachtend-

[russlands-repressive-drogenpolitik](#) [Zugriff 27.09.2019]

- 14 Reuters (2016) Is Duterte's war on drugs fueling and HIV epidemic in the Philippines? www.scmp.com/news/asia/southeast-asia/article/2022937/dutertes-war-drugs-fuelling-hiv-epidemic-philippines [Zugriff 24.09.2019]
- 15 Kaiser Family Foundation (2018) HIV and the Opioid Epidemic: 5 Key Points. www.kff.org/hiv/aids/issue-brief/hiv-and-the-opioid-epidemic-5-key-points/ [Zugriff 27.09.2019]
- 16 Gonsalves GS and Crawford FW (2018) Dynamics of the HIV outbreak and response in Scott County, IN,

USA, 2011–15: a modelling study. *Lancet HIV*; 5, pe569 [https://dx.doi.org/10.1016/S2352-3018\(18\)30176-0](https://dx.doi.org/10.1016/S2352-3018(18)30176-0)

- 17 IDPC (2019) 10 years of drug policy in Asia: How far have we come? http://files.idpc.net/library/10-year%20review_ASIA.pdf [Zugriff 2.10.2019]
- 18 The Diplomat (2019) Why Malaysia's proposal could change Southeast Asia's drugs debate. <https://thediplomat.com/2019/07/why-malaysias-new-proposal-could-change-southeast-asias-drugs-debate/> [Zugriff 30.09.2019]
- 19 AVERT (2019) HIV and Aids in Ukraine. www.avert.org/professionals/hiv-around-world/eastern-europe-central-asia/ukraine [Zugriff 10.10.2019]

Die eigene Community unterstützen

Interview mit Jeffrey Acaba (Philippinen)

Jeffrey Acaba ist Programmbeauftragter des Asia Pacific Council of AIDS Service Organizations (APCASO), einem zivilgesellschaftlichen Netzwerk Community-naher Gruppen und Nicht-regierungsorganisationen im asiatisch-pazifischen Raum. Aufgewachsen auf den Philippinen, lebt er mittlerweile in Bangkok. Jeffrey Acaba war Teil der NGO-Delegation im Koordinierungsgremium des UNAIDS-Programms.

Du bist Anthropologe, hast dich ursprünglich für die Rechte indigener Communities eingesetzt und arbeitest jetzt für eine der größten NGOs im Bereich HIV. Wie kam das?

HIV war in meinem persönlichen Umfeld mit einem Male zu einem drängenden Thema geworden, und damit hat sich alles verändert. Viele meiner schwulen Freunde, die meisten von ihnen ungeoutet und viele noch im Prozess der Selbstfindung, wurden schwer krank. Aus Angst, dass ihre Homosexualität bekannt werden könnte, trauten sie sich nicht, zu einem Arzt oder ins Krankenhaus zu gehen. Also wurden sie nicht behandelt und starben deshalb an den Folgen von Aids.

Ich fragte mich deshalb, ob es nicht besser wäre, meine eigene Community zu unterstützen, deren Lebensumstände und Probleme ich bestens kenne, anstatt weit weg zu reisen, um dort anderen zu helfen. 2007 habe ich dann mit der Peer-Education begonnen und HIV-Aufklärung und -beratung gemacht. Und dann wurde HIV Teil meines eigenen Lebens.

Was bedeutet?

Ich wurde selbst als HIV-positiv diagnostiziert. Das mag überraschend und komisch



© Marcus Urban

klingen, dass jemand, der HIV-Aufklärung betreibt, sich selbst infiziert. Nun, ich war damals Anfang 20 und frisch verliebt. Und ich habe meinem Partner blind vertraut. Dass er HIV-positiv ist, hatte er mir erst nach der Trennung gesagt.

Welche Rolle spielt Tuberkulose in der Region?

Die Tuberkulose-Prävalenz ist in fast allen asiatischen Ländern sehr hoch, ganz besonders unter anderem in Kambodscha, Papua-Neuguinea oder auf den Philippinen. HIV-

Infizierte in diesen Ländern erkranken fast unweigerlich irgendwann an Tuberkulose.

Du hast in deiner Arbeit einen Schwerpunkt auf Jugendliche und junge Menschen als besonders gefährdete Gruppe gelegt. Aus europäischer Perspektive ist dies ein überraschender Fokus.

Für uns in Asien und im Südpazifik besteht eine große Dringlichkeit, unsere Arbeit speziell auf diese Bevölkerungsgruppe auszurichten. In diesem Alter beginnen die Menschen neugierig zu werden und sich sexuell auszuprobieren. Manchmal gehen sie dabei höhere Risiken ein, sich zu infizieren oder ihre Gesundheit zu gefährden. Es ist daher wichtig, sie frühzeitig darüber aufzuklären, denn ihre Eltern möchten in der Regel über Dinge wie Sexualität oder gar Drogenkonsum nicht mit ihnen sprechen. Oder sie wissen einfach nicht, wie sie ein solches Gespräch führen sollten. Sie beschützen freilich ihre Kinder über alle Maße. Sie werden auch sicherlich von sich behaupten, alles über ihre Kinder zu wissen und für alles Verständnis zu haben, was sie tun. Beides entspricht natürlich nicht der Realität.

Speziell auf den Philippinen wird jede dritte HIV-Neuinfektion bei jungen Menschen unter 24 Jahren diagnostiziert. In der Gesamtregion betreffen 80% der HIV-Neuinfektionen diese Altersgruppe. Diese Zahlen machen deutlich, wie wichtig es ist, die jungen Menschen viel stärker in den Fokus zu nehmen. Diese Generation wird darüber bestimmen, ob wir unsere gemeinsamen Ziele bis 2030 erreichen.

Was macht es so schwer, über Sexualität zu sprechen und insbesondere sich gegenüber der Familie als schwul zu outen?

Dazu muss man wissen, dass Familien in Asien andere Strukturen haben als in Europa: Es sind riesige Verwandtschaftsgeflechte. Es genügt das Gerücht, jemand könnte schwul sein, und die Nachricht macht innerhalb kurzer Zeit die Runde. Das erhöht den Druck, das Geheimnis zu bewahren, ge-

rade innerhalb von muslimischen Familien, die ihre Ehre nicht durch ein homosexuelles Familienmitglied geschädigt sehen wollen.

Die betroffenen schwulen Jugendlichen und jungen Männern sehen sich einerseits der sozialen Stigmatisierung ausgeliefert und zugleich der Erfahrung, durch eine mögliche Selbstakzeptanz ihrer sexuellen Identität, die eigene Familie enttäuschen zu müssen. Das führt zu Verzweiflung und Frustration, zu Ängsten und Selbstzweifeln – und auch zu einem Verhalten, durch das sie sich erhöhtem Risiko etwa für eine HIV-Infektionen aussetzen.

Wie können Nichtregierungsorganisationen, die im Feld der Gesundheitsvorsorge und Versorgung arbeiten, diese Situation verbessern, da doch wesentliche Ursachen auf grundsätzliche soziale und kulturelle Strukturen zurückzuführen sind?

Wer sich in diesem Feld engagiert, darf sich keine falschen Hoffnungen machen: Diese Veränderungen benötigen Zeit, viel Zeit sogar. Erfolge zeigen sich nicht über Nacht, manchmal dauert es Jahrzehnte. Allein schon, um bestimmte rechtliche Regelungen auf den Weg zu bringen, sind Jahre nötig. Und doch gibt es diese Erfolgserlebnisse.

ESCAP, die Wirtschafts- und Sozialkommission der Vereinten Nationen für Asien und den Pazifik, hatte bis 2015 junge Menschen überhaupt nicht im Blick. Dort hatte man weder wahrgenommen, dass sich in dieser Bevölkerungsgruppe die HIV-Epidemie überdurchschnittlich ausweitet, noch, dass junge Menschen auch Drogen konsumieren, in der Sexarbeit tätig oder schwul sein können. 2015 gelang es uns bei einem Treffen von ESCAP jedoch, genau das auf die Tagesordnung zu setzen und das hat viel in Schwung gebracht. Heute, vier Jahre später, gibt es in vielen Ländern bereits speziell auf diese junge Altersgruppe ausgelegte Programme. Beispielhaft sei Thailand genannt, wo Programme für MSM und Transgender eingerichtet wurden. Kambodscha und die Philippinen haben Gesetze verabschie-

det, durch die nun auch HIV-Testungen bei Minderjährigen möglich wurden.

Fast überall auf der Welt erleben wir, wie die Menschenrechte gerade der von HIV betroffenen Bevölkerungsgruppen verletzt werden. Inwieweit beobachtest du das auch in den Ländern des asiatisch-pazifischen Raums?

Wo soll ich da anfangen? (lacht) Ich möchte mich auf den wohl extremsten Fall konzentrieren: die Ermordung von Drogenabhängigen und Menschen, die als solche betrachtet werden, auf den Philippinen.

Offiziell gilt dieser Kampf der Drogenmafia und den Drogendealern.

Seit der philippinische Präsident Rodrigo Duterte seinen Drogenkrieg verkündigt hat, hat sich diese Politik wie ein Lauffeuer auf die Region ausgeweitet. Die Regierung in Sri Lanka ist ein großer Fan von Rodrigo Duterte und möchte seine Strategie übernehmen. Nepal und Kambodscha haben ihre Sympathie für Duterte bekundet. Auch Thailand fällt in der Drogenpolitik wieder zurück auf eine martialische Rhetorik. Es ist sehr beunruhigend wie diese Form des Autoritarismus in unserer Region Zuspruch findet und sich ausweitet, und welche Zerrbilder von DrogengebraucherInnen verbreitet werden. Sie werden als das absolut Böse dargestellt, die deshalb auch keinerlei Unterstützung – ganz gleich, in welcher Form – zu erwarten haben.

Welche Strategie vermutest du hinter dieser Politik?

Es geht nicht in erster Linie darum den Drogenhandel zu unterbinden, dafür verdienen zu viele daran. In Wahrheit geht es um die Drogenabhängigen. In unserer Region sind dies die Ärmsten in der Bevölkerung, auch wenn natürlich auch in anderen sozialen Klassen konsumiert wird. Jene aber, die ermordet werden, leben in Armut, haben keine oder nur wenig Bildung erhalten und deshalb auch kaum Chancen auf Arbeit, die ihnen den notwendigen Lebensunterhalt ermöglicht.

Mit dem sogenannten Drogenkrieg hat die Regierung einen Weg gefunden, wie sie diesen ungeliebten Teil der Bevölkerung loswerden kann. Menschen, die in der Drogenhilfe arbeiten, müssen um ihr Leben fürchten. Ich weiß beispielsweise von einem Mitarbeiter einer Organisation, der erschossen wurde, weil er Drogenabhängigen saubere Spritzen anbot. Er war also weder Dealer, noch selbst Drogenkonsument. Er hat einfach nur anderen geholfen, sich vor einer Infektion zu schützen.

Diese von der philippinischen Regierung angeordneten Mordaktionen geschehen ja nicht heimlich, sondern vor den Augen der Weltöffentlichkeit. Inwieweit siehst du internationale Organisationen und die Regierungen anderer Staaten in der Verantwortung, hier zu intervenieren?

Ich sehe nicht nur Regierungen anderer Staaten in der Verantwortung, sondern auch uns Nichtregierungsorganisationen. Wir sollten selbst viel mehr zur Einhaltung der Menschenrechte beitragen. Und dazu gehört auch, diese Rechte zu lehren. Leider hat der Global Fund die Förderung der Hilfe zur Selbsthilfe wie auch von Schulungen zu Menschenrechten eingestellt – und damit erschwert, dass diese Selbsthilfe-Organisationen sich für den Schutz der Menschenrechte ihrer jeweiligen Community einsetzen. Entwicklungen wie wir sie auf den Philippinen erleben, sollten für uns alle ein Alarmruf sein.

Du erwartest also ein Umdenken und eine klare Stellungnahme der internationalen Gemeinschaft?

Es geht nicht einfach nur darum, Geld in einen Topf zu geben. Auch der Erhalt der Demokratie sollte von allen auf die Agenda gesetzt werden. Und das bedeutet, dass Geberländer auch ihre diplomatischen Beziehungen und Einfluss nutzen, wenn autoritäre Politiker die Demokratie aushebeln – so wie wir es gerade auf den Philippinen und einigen anderen asiatischen Ländern erleben.



Versorgung hinter Gittern

Die besondere Situation von Häftlingen mit HIV

Über elf Millionen Menschen waren 2018 weltweit in Haft.¹ Nicht wenige davon leben mit HIV. Von einer umfassenden Versorgung profitieren jedoch die Wenigsten.

In Gefängnissen sind HIV, Hepatitis und Tuberkulose (TB) weitaus mehr verbreitet als in der Allgemeinbevölkerung. Das liegt zum einen daran, dass Menschen, die Drogen konsumieren, häufig im Vollzug landen und zugleich von HIV und von Hepatitis stark betroffen sind. Der vergleichsweise hohe Anteil an Häftlingen mit Tuberkulose ist vor allem in Ländern des globalen Südens, in Osteuropa und Zentralasien ein Problem. Er erklärt sich durch krankmachende Haftbedingungen, wie Überbelegung, schlechte Ernährung oder mangelnde Luftzirkulation.

Die Lage in Deutschland

Das Statistische Bundesamt zählte 2018 deutschlandweit 60.643 Inhaftierte.² Der

Anteil von Menschen mit HIV im deutschen Vollzug liegt bei 0,8 bis 1,2 Prozent und ist damit 16- bis 24-fach so hoch wie in der Allgemeinbevölkerung. Der Anteil von Menschen mit einer chronischen Hepatitis C liegt zwischen 14,3 und 17,6 Prozent, eine Erhöhung im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung um das 26- bis 32-fache.³ Alleine diese Zahlen rechtfertigen verstärkte gesundheitsfördernde Maßnahmen im Vollzug.

Da sich Inhaftierte in der Regel nur über einen bestimmten Zeitraum in Haft befinden und dann in die Gesellschaft zurückkehren, ist es wichtig, dass Gesundheitsförderung in Haft als Aufgabe der öffentlichen Gesundheitsdienste wahrgenommen wird. Alles was

in diesem Zusammenhang in Gefängnissen geschieht, wirkt sich auf die gesamte Bevölkerung aus. Stichwort: „prison health = public health“. Gefangene haben den gleichen Anspruch auf gesundheitsfördernde Maßnahmen, Prävention und Behandlung wie alle anderen Menschen auch.

Die medizinische Versorgung in Haft ist nicht abhängig vom Strafmaß. Medizinische Leistungen in Haft sollten gleichwertig zu denen der gesetzlichen Krankenversicherung sein.⁴ „Die Mediziner nennen das ‚Äquivalenzprinzip‘, im Strafvollzugsgesetz ist das als ‚Angleichungsgrundsatz‘ formuliert. Paragraph 61 Strafvollzugsgesetz [StVollzG] klärt eindeutig, dass die medizinischen Leistungen in Haft den Vorschriften des Sozialgesetzbuchs entsprechen müssen“, so der Rechtssoziologe Prof Johannes Feest.⁵

Das gilt weltweit: Die Generalversammlung der Vereinten Nationen hat das im Dezember 2015 noch einmal eindrücklich bekräftigt: Die „Nelson-Mandela-Rules“ legen Mindeststandards der Behandlung in Haft fest.⁶ Zur Erinnerung: Nelson Mandela saß als Apartheidskämpfer 27 Jahre seines Lebens im Gefängnis und hatte sich dort eine Tuberkulose zugezogen.

Minimalstandards nicht erfüllt

Doch Haftaufenthalte dauern oft zu lange und Papier ist geduldig. Weltweit werden vereinbarte Minimalstandards nicht eingehalten. Das ist leider auch in Deutschland so.

Einige Beispiele aus der Prävention: Obwohl wir wissen, dass HIV und Hepatitis C durch injizierenden Drogenkonsum verbreitet wird, gibt es im deutschen Vollzug lediglich eine einzige Haftanstalt – die Frauenvollzugsanstalt in Berlin Lichtenberg – die den Inhaftierten die anonyme Vergabe steriler Spritzen als Präventionsmöglichkeit zur Verfügung stellt. Fakt ist, dass Drogen zum Haftalltag gehören. Der Leiter der Haftanstalt Berlin Tegel, Martin Riemer, bestätigt das in einem Interview des Deutschlandfunk Kultur im April 2018: „Es

gibt, glaube ich, kein Gefängnis auf der Welt, das drogenfrei ist. Die Frage ist immer: Wie offensiv geht man mit dem Thema um?“⁷ In den meisten anderen Haftanstalten verschließt man sich dieser Realität und setzt dadurch Drogen injizierende Inhaftierte schutzlos Infektionsrisiken aus.

Keine Kondome in Bayern

Auch in Bezug auf den Schutz durch Kondome ist in Haft noch lange nicht realisiert, was außerhalb selbstverständlich ist. Obwohl die Schutzwirkung des Kondoms vor HIV mehr als 30 Jahre bekannt ist, gibt es immer noch Haftanstalten, die Inhaftierten den Zugang verwehren bzw. Hürden aufbauen: Da in Kondomen auch Drogen geschmuggelt werden könnten, ist es im bayerischen Vollzug gängige Praxis, dass man den Anstaltsarzt um Kondome bitten muss. Davor scheuen viele Gefangene zurück. Weshalb es auch nicht verwundert, dass zwischen 2005 und 2007 pro Jahr durchschnittlich nur 43 Kondome an die 13.000 Gefangenen in Bayern ausgegeben wurden.^{8,9} Die Befragung liegt bereits einige Jahre zurück, an der Vergabepaxis hat sich im bayerischen Vollzug bis heute nichts Wesentliches verändert.

Menschenrechte gelten auch in Haft

Es gibt aber auch positive Entwicklungen: So stellte der Europäische Gerichtshof für Menschenrechte 2016 klar, dass einem heroinabhängigen Häftling nicht grundsätzlich eine Substitutionsbehandlung verweigert werden darf, da dies die Menschenrechte des Gefangenen verletzt und gegen Artikel 3 der Europäischen Menschenrechtskonvention verstößt, wonach niemand der Folter oder unmenschlicher oder erniedrigender Strafe oder Behandlung unterworfen werden darf.

Dem Urteil vorausgegangen war eine mehrjährige Klage eines Gefangenen der JVA Kaisheim, die mit großem persönlichem Einsatz durch die MitarbeiterInnen der Aidshilfen Augsburg und München, Ute Häussler und Martin Jautz, sowie dem Münchner Sozialwissenschaftler Florian

Schäffler vorangebracht wurde.¹⁰ Die prinzipielle Möglichkeit der Substitution ist somit auch in Bayern durchgesetzt. Bleibt abzuwarten, wie sich das Urteil auf die Anzahl vorhandener Substitutionsplätze auswirkt. Noch immer gibt es AnstaltsärztInnen, die sich gegen das Gerichtsurteil wehren, die Drogenabhängigkeit als „Willensschwäche“ und nicht als Krankheit interpretieren und die nicht einsehen wollen, dass der kalte Entzug von Drogen als Folter gewertet wird.

Strukturelle Probleme

Selbstverständlich haben Gefangene in Deutschlands Vollzugsanstalten Zugang zu HIV-Therapien und -Diagnostik. Wie gut das funktioniert, hängt natürlich auch von der Beziehung zwischen den Inhaftierten und den zugewiesenen AnstaltsärztInnen ab. Es kann zu Problemen führen, dass es im Vollzug keine freie Arztwahl gibt, die ÄrztInnen nicht unbedingt auf HIV spezialisiert sind und sich möglicherweise auch die Grenzen ihrer Kompetenzen nicht eingestehen. Manche Justizvollzugsanstalten ziehen bei der Behandlung von HIV die Expertise externer HIV-SpezialistInnen hinzu, was die AnstaltsärztInnen zeitlich entlastet und zu einer optimierten Behandlung und Beratung beiträgt.

Ein großes strukturelles Problem liegt darin, dass die medizinische Versorgung in Haft nicht über die Krankenkassen und Sozialsysteme, sondern über Haftbudgets finanziert wird. So sind auch finanzielle Engpässe dafür verantwortlich, dass Gefangene in vielen Bereichen unterversorgt sind.

Chancen vertan

Große Chancen werden vertan, weil sinnvolle gesundheitsfördernde Maßnahmen, wie beispielsweise die für Menschen mit HIV empfohlenen Impfungen gegen Hepatitis A und B, nicht zur Verfügung stehen. Bedauerlicherweise kann aufgrund fehlender Finanzierung auch nur ein Bruchteil der sich in Haft befindenden Menschen mit chro-

nischer Hepatitis C behandelt werden. Um die gesundheitsbezogenen nachhaltigen Entwicklungsziele der Vereinten Nationen zu erreichen, muss endlich auch die Situation im Justizvollzug in den Blickpunkt rücken. Letztendlich müssen sich die Strukturen verändern. So ist beispielsweise nicht einzusehen, warum Gesundheit in Haft dem Aufgabenbereich des Justiz- und nicht des Gesundheitsministeriums unterliegt, wo eine medizinische Expertise vorausgesetzt werden kann. Die Verabschiedung von Deklarationen reicht zur Beseitigung der hier dargestellten Mängel leider nicht aus. (PW)

- 1 Nach Angaben der World Prison Population List aus 2018 befinden sich derzeit weltweit über 11 Millionen Menschen in Haft. www.prisonstudies.org/news/icpr-launches-12th-edition-world-prison-population-list [Zugriff 10.10.2019]
- 2 <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/72216/umfrage/gefangene-und-verwahrte-in-justizvollzugsanstalten-nach-bundeslaendern> [Zugriff 10.10.2019]
- 3 Keppler, K., Stöver, H., Schulte, B. & Reimer, J. (2010) Prison Health is Public Health! Angleichungs- und Umsetzungsprobleme in der gesundheitlichen Versorgung Gefangener im deutschen Justizvollzug. Bundesgesundheitsblatt; 53, S. 233
- 4 Initiative Gesundheit und Haft (2019) „Prison health is public health“ 6 Eckpunkte Punkte Papier Haft : www.aidshilfe.de/sites/default/files/documents/6eckpunktepapier_haft_09042019.pdf [Zugriff 18.10.2019]
- 5 Schock A (2014) Gesundheit in Haft: „Es hakt immer dann, wenn's teuer wird“. magazin.hiv, 8. April <https://magazin.hiv/2014/04/08/gesundheit-in-haft-es-hakt-immer-dann-wenns-teuer-wird> [Zugriff 18.10.2019]
- 6 UN (o.J.) Nelson Mandela Rules. www.un.org/en/events/mandeladay/mandela_rules.shtml
- 7 Seibert D (2018) Drogen im Gefängnis – ein lukratives Geschäft. Deutschlandfunk Kultur, 19. April www.deutschlandfunkkultur.de/justizvollzugsanstalt-tegel-drogen-im-gefaengnis-ein.1001.de.html?dram:article_id=416038 [Zugriff 16.10.2019]
- 8 Wiessner P (2016) „Ausflug nach Absurdistan“. Auswertung einer Befragung zum Zugang zu Kondomen in bayerischen Haftanstalten durch die Arbeitsgemeinschaft Aids & Haft in Bayern, in: Heino Stöver: Gesundheit von Männern in Haft, Band 30. Oldenburg: BIS-Verlag <http://oops.uni-oldenburg.de/3185/1/stoges16.pdf>
- 9 Lohmann D (2014) 43 Kondome für 13 000 Männer. Bayerische Staatszeitung, 25. April www.bayerische-staatszeitung.de/staatszeitung/politik/detailansicht-politik/artikel/43-kondome-fuer-13-000-maenner.html [Zugriff 18.10.2019]
- 10 Schock A (2016) „Eine schallende Ohrfeige für den bayrischen Vollzug“. magazin.hiv, 1. Sept. <https://magazin.hiv/2016/09/01/urteil-des-europaischen-gerichtshofs-fuer-menschenrechte-staerkt-das-recht-auf-substitution-in-haft/> [Zugriff 18.10.2019]

SexarbeiterInnen oft missachtet

Das hat negative Folgen für die HIV-Rate

SexarbeiterInnen sind besonders gefährdet, sich mit HIV/Aids zu infizieren.¹ Grund dafür ist neben schlechten Lebens- und Arbeitsbedingungen auch ihre Position innerhalb der Gesellschaft, im globalen Norden wie im Süden. Maßnahmen zur Reduzierung der Ansteckung mit HIV müssen stets individuell an das persönliche Risiko angepasst werden.

Stigmatisierung und Diskriminierung gehören für die meisten SexarbeiterInnen zum Alltag, ob HIV-positiv oder negativ. Ihr Beruf gilt als verpönt und wird in etlichen Ländern kriminalisiert. Ist Sexarbeit illegal, hat dies fatale Folgen für die ausübenden Personen.² Sie verfügen dann über keinen Rechtschutz, sind Gewalt und Benachteiligung machtlos ausgeliefert. Oftmals fehlt der Zugang zur öffentlichen Gesundheitsversorgung.

Auch eine Kriminalisierung der Kunden anstelle der SexarbeiterInnen wie beim schwedischem Modell, hat negative Konsequenzen für die SexarbeiterInnen. So entsteht schließlich ein Teufelskreis aus Armut und Krankheit, der nur schwer zu durchbrechen ist.

Keine homogene Gruppe

Nicht alle SexarbeiterInnen haben jedoch das gleiche HIV-Risiko oder sind mit den gleichen Herausforderungen konfrontiert. Es handelt sich um eine sehr heterogene Gruppe. Abhängig von ihrer Persönlichkeit, ihrer Gesundheitskompetenz und ihren individuellen und sozialen Einstiegsgründen in die Sexarbeit leben sie unterschiedlich gesundheitsbewusst.³ Auch die Bedingungen innerhalb der Sexarbeit variieren stark und beeinflussen die Gesundheit dieser Berufsgruppe. Statistisch gesehen ist beispielsweise das HIV-Risiko unter den weiblichen Sexarbeiterinnen in Deutschland gegenüber dem der Allgemeinbevölkerung nicht erhöht.^{3,4,5}

Es gibt allerdings Subgruppen, die vulnerabler sind. Männer, die Sex mit Männern haben, sowie Transgender weisen höhere HIV-Prävalenzen⁶ auf. Gehen sie zusätzlich der

Sexarbeit nach, sind sie doppelt gefährdet. Gleiches gilt für SexarbeiterInnen, die (intra-venös) Drogen nutzen oder inhaftiert sind/waren. Überschneidungen der vulnerablen Gruppen sind häufig und erhöhen das Risiko für HIV zusätzlich.⁷ Maßnahmen sollten daher immer individuell an die jeweilige (Risiko-) Situation angepasst werden.

Das HIV-Risiko ist erheblich erhöht, wenn keine Kondome genutzt werden, vor allem in Ländern mit hohen Prävalenzen, wo eine Ansteckung wahrscheinlicher ist. Bieten SexarbeiterInnen also ungeschützten Geschlechtsverkehr an, weil sie dazu gedrängt werden oder dafür mehr Geld verlangen können, steigt ihr Risiko. Um die Ausbreitung von HIV einzudämmen, müssen in der Sexarbeit tätige Personen angemessen aufgeklärt werden. Sie müssen ihre Rechte kennen und die Möglichkeit bekommen, sich eigenständig um ihre Gesundheit zu kümmern und ihren Beruf selbstbestimmt auszuüben. Elementar für Interventionen, die das Leben und die Gesundheit der SexarbeiterInnen verbessern, ist also Empowerment.^{7,8,9}

Der richtige Ansatz

Daneben bedarf es sozialer Unterstützung sowie einer Sensibilisierung der Öffentlichkeit. Denn Sexarbeit ist weltweit, besonders aber in Ländern des globalen Südens, ein Tabuthema. Häufig sind damit irrationale Ängste und Vorstellungen verbunden. Solche Vorurteile gilt es gezielt abzubauen – innerhalb der Allgemeinbevölkerung aber auch bei speziellen Berufsgruppen, im Gesundheitsbereich, in Behörden oder bei der Polizei.⁷

Mindestens genauso wichtig ist die Rolle der Legalisierung von Sexarbeit, um dieser Berufsgruppe die gleichen Rechte und den gleichen Rechtsschutz zu gewähren wie der Allgemeinheit.⁷ Auch eigens auf die Bedürfnisse der Zielgruppe zugeschnittene Gesundheitsangebote sind wichtig, wie beispielsweise Beratung und Tests zu HIV/Aids speziell in den Abendstunden.

Globale Dynamik

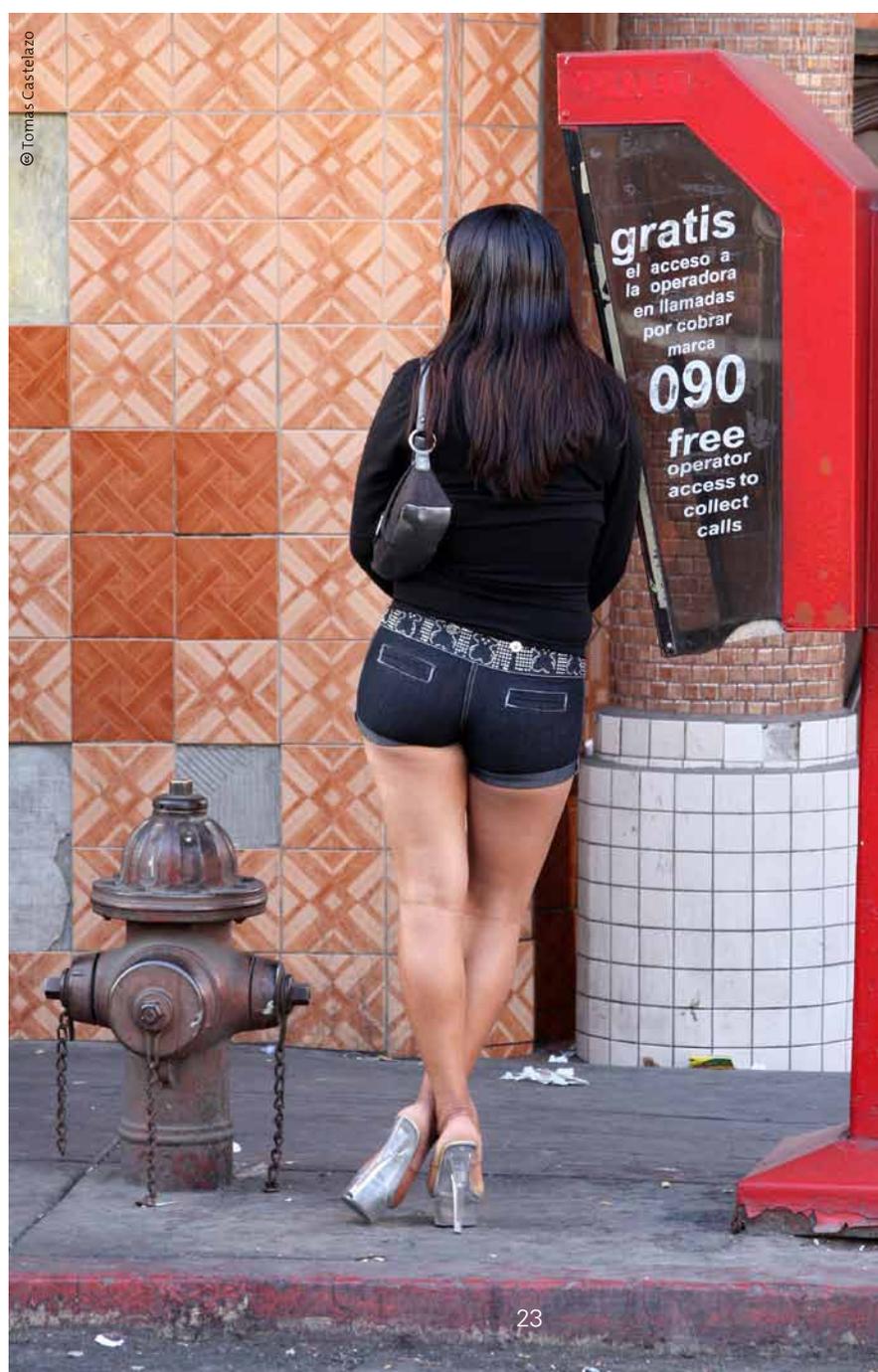
Internationale Richtlinien zur Verbesserung der Gesundheitsbedürfnisse von SexarbeiterInnen und zur Eindämmung von HIV/Aids, die einen ganzheitlichen Ansatz verfolgen, existieren bereits. So adressieren etwa Pläne von WHO und UNAIDS drei Ebenen: die politische, die gesellschaftliche und die individuelle Ebene.^{7,8,9} Sie setzen auf die Überwindung von Stigma und fokussieren die sozialen Bedingungen, die eine hohe Gefährdung für eine Infektion bedeuten.

UNAIDS beschreibt drei Säulen, auf denen effektive Maßnahmen zu HIV im Bereich Sexarbeit basieren sollten. Erstens muss ein universeller Zugang zu HIV-Prävention, Behandlung, Versorgung und Unterstützung gesichert sein. Zweitens sollen unterstützende Umwelten und Netzwerke geschaffen werden. Die SexarbeiterInnen sollen die Möglichkeit bekommen, wichtige Lebensentscheidungen eigenständig zu treffen. Drittens müssen Vulnerabilität reduziert und strukturelle Probleme adressiert werden. Damit die Maßnahmen auch tatsächlich effektiv sind, ist es essentiell, die SexarbeiterInnen in die Planung, Durchführung und Evaluation einzubeziehen.⁸

Für Empowerment und Aufklärung

In einigen Ländern gibt es bereits Projekte, die einem ganzheitlichen Ansatz folgen und positive Effekte im Kampf gegen HIV/Aids erzielen. In Kenia existiert seit 2008 das so genannte SWOP Programm von der University of Manitoba. Die Abkürzung steht für „Sex Worker Outreach Programme“ und verfolgt einen aufsuchenden Ansatz an neun verschie-

denen Orten in Nairobi County. Ziel ist die Gesundheitsförderung und die Verbesserung der Sicherheit von SexarbeiterInnen. Das Outreach-Angebot umfasst unter anderem HIV/STI Tests, Beratung und Behandlung, Familienplanung, Kondomverteilung und psychosoziale Unterstützung. Zusätzlich werden in der Sexarbeit Tätige über gesundheitliche Themen aufgeklärt und informiert. Um einen Ausstieg aus der Sexarbeit zu ermöglichen, haben die SexarbeiterInnen auch die Möglichkeit, eine Berufsausbildung zu beginnen. SWOP arbeitet mit Peer Educators, es arbeiten also Menschen aus der Sexarbeit in dem Projekt mit. Auch auf politischer Ebene zeigt SWOP Wirkung, so hatte das



Programm Einfluss auf die Richtlinien zu HIV/STI Maßnahmen bei SexarbeiterInnen in Kenia.^{10,11}

In Guyana wiederum ist seit 2008 die Guyana Sex Work Coalition (GSWC) aktiv. Sexarbeit ist vor Ort illegal, die SexarbeiterInnen leiden unter polizeilicher Verfolgung, hohen Haftstrafen, gesellschaftlicher Stigmatisierung und Misshandlung durch Gesundheits- und Dienstleistungspersonal. Die GSWC schafft hier Abhilfe und leistet Hilfe zur Selbsthilfe. Die Organisation bietet in ganz Guyana Outreach-Angebote an, die ebenfalls von SexarbeiterInnen geleitet werden. Sie stellt Materialien für sicheren Sex (Kondome, Gleitgel etc.) zur Verfügung, informiert über Gesundheit, Sicherheit und Menschenrechte und führt HIV-Tests und Beratung durch. Zusätzlich leistet die GSWC Advocacy-Arbeit, damit sich die rechtliche Lage für die SexarbeiterInnen verbessert und ihre Arbeit legalisiert wird. Um auch die Allgemeinbevölkerung zu sensibilisieren, klärt die GSWC auch Dienstleistungserbringer sowie die Polizei auf. So vermittelt sie die Bedeutung von Menschenrechten auch im Bereich der Sexarbeit und motiviert die Zielgruppen, diese Rechte zu wahren. Erste Erfolge sind spürbar: Die Polizeischikanen haben abgenommen und BeamtInnen nehmen die Beschwerden der SexarbeiterInnen ernst.^{12,13}

Ein weiteres Positivbeispiel ist das RedTraSex in Lateinamerika und der Karibik, einem überregionalen Netzwerk von SexarbeiterInnen, das seit 1997 in 15 Ländern aktiv ist. Ziel ist eine gleichberechtigte Gesellschaft, frei von Gewalt, Stigmatisierung und Diskriminierung gegenüber SexarbeiterInnen. Das Netzwerk legt einen besonderen Fokus darauf, dass alle Projektmaßnahmen von Menschen mit Erfahrung aus der Sexarbeit durchgeführt werden und SexarbeiterInnen an

Entscheidungsprozessen beteiligt werden. Auch auf politischer Ebene ist RedTraSex aktiv: Mit gezielter Advocacy Arbeit setzt sich die Organisation für SexarbeiterInnen in Lateinamerika und der Karibik ein und fordert Rechtsschutz durch die Gesetzgebung in den jeweiligen Ländern.^{12,14} (HE)

- 1 Baral S et al. (2012) Burden of HIV among female sex workers in low-income and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Infect Dis*; 12, p 538–49
- 2 TAMPEP (2015) TAMPEP zur Situation von inländischen und migrierten Sexarbeiter_innen in Europa. Amsterdam: TAMPEP International Foundation
- 3 Bremer V et al. (2016) STI tests and proportion of positive tests in female sex workers attending local public health departments in Germany in 2010/11. *BMC Public Health*; 16 (1), p 1175
- 4 Klingenberg R-E et al. (2016) Local health study. Aufsuchende medizinische Angebote für Sexarbeiterinnen in Bochum. *Der Hautarzt; Zeitschrift für Dermatologie, Venerologie, und verwandte Gebiete*; 67 (12), S. 989–995
- 5 RKI (2008) Zum Infektionsstatus von Prostituierten unter Berücksichtigung sozialmedizinischer Aspekte. Ergebnisse einer Studie in Lübeck. *Epidemiologisches Bulletin* (13), S. 101–104
- 6 Anteil der Bevölkerung mit einer bestimmten Erkrankung. Im Gegensatz dazu bezeichnet die Inzidenz die Zahl der Neuerkrankungen innerhalb eines Jahres.
- 7 WHO (2016) Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations. Geneva. www.who.int/hiv/pub/guidelines/keypopulations-2016/en/
- 8 UNAIDS (2012) UNAIDS Guidance note on HIV and sex work. Geneva. www.unaids.org/en/resources/documents/2012/20120402_UNAIDS-guidance-note-HIV-sex-work
- 9 WHO (2012) Prevention and treatment of HIV and other sexually transmitted infections for sex workers in low- and middle-income countries. Recommendations for a public health approach. Geneva. www.who.int/hiv/pub/guidelines/sex_worker/en/
- 10 WHO (2017) Serving the needs of key populations: Case examples of innovation and good practice on HIV prevention, diagnosis, treatment and care. Geneva. www.who.int/hiv/pub/populations/key-populations-case-examples/en/
- 11 SWOP Kenya (2014) www.swop-kenya.org [Zugriff 2.10.2019]
- 12 Nswp (2014) Global Report: Good Practice in sex worker-led HIV programming. Edinburgh. www.nswp.org/resource/global-report-good-practice-sex-worker-led-hiv-programming
- 13 Nswp (2014) Guyana Sex Work Coalition. www.nswp.org/members/guyana-sex-work-coalition [Zugriff: 02.10.2019]
- 14 RedTraSex (2019) www.redtralsex.org [Zugriff 2.10.2019]

Um die Vernachlässigten kümmern

Interview mit Maurine Murenga (Kenia)

Maurine Murenga wurde 2002 als HIV-positiv diagnostiziert. Die zweifache Mutter ist unter anderem Community-Vertreterin im Global Fund Board und der Tuberkulose Alliance sowie Mitglied des Lenkungsausschusses des Women 4 Global Fund. 2008 gründete Maurine die Lean on Me Foundation, eine Organisation, die jugendliche Mädchen und junge Frauen in Kenia, die mit HIV leben und von Tuberkulose betroffen sind, umfassend betreut und unterstützt.

Wie waren deine Perspektiven, als bei dir 2002 HIV diagnostiziert wurde?

Die Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitswesens konnten den Menschen mit HIV keinerlei Therapie anbieten. Nur wer reich genug war, konnte sich die Medikamente aus dem Ausland schicken lassen. Die Diagnose bedeutete damit automatisch, dass man bestenfalls noch ein paar wenige Jahre zu leben hatte. Sie konnten uns nur an Selbsthilfegruppen verweisen, und dort lernten wir, wie man sein Testament schreibt. Ich war bereits schwanger, als ich mein Testergebnis bekam. Ich hatte nicht viel zu vererben. Ich hatte lediglich den Wunsch, meinem Jungen zu erklären, warum er bereits mit der Infektion auf die Welt gekommen ist und ich wollte jemanden suchen, der sich um ihn kümmert, sollte ich vor ihm sterben. Die wichtigste Aufgabe der Gruppen aber war, uns Grundkenntnisse der häuslichen Pflege beizubringen.

... euch also zu Pflegehilfen zu machen?

Der Gedanke dahinter war, dass wir uns gegenseitig um uns kümmern, sollte jemand aus der Gruppe schwer erkranken. Denn wer das Stadium 4 der Aidskrankung erreicht hatte, wurde mehr oder weniger zum Sterben nach Hause entlassen, um Platz für jene zu schaffen, deren aidsbedingte Symptome behandelt oder zumindest gelindert werden konnten.

Zu diesem Zeitpunkt war ich ohne Job. Mein Arbeitgeber hatte von meiner Infektion erfahren und mich daraufhin entlassen. Überall,



© Marcus Urban

wo ich mich danach beworben hatte, wurde ich gebeten, einen HIV-Test zu machen. Als HIV-Positive wurde ich aber automatisch abgelehnt.

Ich ließ mich also in häuslicher Pflege ausbilden und kümmerte mich um Menschen, die ihre letzte Zeit zuhause verbrachten. Viele von ihnen starben sehr einsam. 2004 veränderte sich dann alles für mich.

In diesem Jahr hast du deine HIV-Therapie begonnen.

Der Global Fund stellte den ärmeren Ländern erstmals Geld für Medikamente zur Verfügung. Wir haben umgehend Interessensvertretungen gegründet, sind auf die Straße gegangen und haben Lobbyarbeit geleistet, um unsere Politiker davon zu über-



zeugen, Gelder für HIV-Medikamente zu beantragen. Das hat schlussendlich ja auch geklappt – und mein Sohn und ich sind wieder gesund, und ich arbeite jetzt in der gleichen Organisation, die mir mein Leben gerettet hat.

Zeichnet sich durch den Zugang zu HIV-Therapien auch ein gesellschaftlicher Wandel ab?

Die größten Veränderungen und Entwicklungen haben wir selbstverständlich der Wissenschaft zu verdanken, die medizinische Lösungen gefunden hat, mit denen HIV und Aids erfolgreich bekämpft und damit das massenhafte Sterben beendet werden konnte. Dass wir heute die Botschaft „Undetectable = Untransmittable“ (Nicht nachweisbar = Nicht infektiös) transportieren können, ist ein entscheidender Fortschritt, der das Leben von Menschen mit HIV in so vielen Bereichen erleichtert – etwa in der Partnerschaft oder für Frauen, die Kinder bekommen möchten.

Doch im Zuge dessen haben wir vernachlässigt, auch weiterhin das Bewusstsein für HIV in den Gemeinschaften zu schärfen.

Welche Erklärung hast du dafür?

Diese medizinischen Fortschritte führten zu einer Zäsur. Wir haben alle Energie dafür eingesetzt, um Menschen zum Test zu bewegen, sie in die Behandlung zu bringen und die Infrastruktur aufzubauen: Wir haben die Epidemie medikalisiert. Doch bei vielen Menschen herrscht immer noch das alte Bild von HIV: eine Krankheit, die zwangsläufig zum Tod führt, die für ein promiskues Verhalten steht und betroffene Frauen als verantwortungslos sieht, weshalb ihnen deshalb das Recht auf Mutterschaft abgesprochen wird.

Unser Fokus verschob sich von Verhaltensänderung und Aufklärung in den verschiedenen Communities hin zur Medikalisation auch der Prävention: Wir spre-

chen über PEP und PrEP, schaffen größere Laborkapazitäten, um das virologische Monitoring bewerkstelligen und damit Leben retten zu können. All das ist wichtig, aber wir müssen trotzdem einen Schritt zurückgehen und wieder die grundlegende Aufklärungsarbeit aufnehmen, und uns ebenso wieder intensiver um die Menschen mit HIV kümmern, die weit weg vom Versorgungssystem leben.

Kannst du für Kenia hier ein Beispiel nennen?

Menschen, die Drogen injizieren werden in aller Öffentlichkeit von der Polizei verprügelt. Sexarbeit ist illegal. Drogenkonsum ist illegal. Männern, die Sex mit Männern haben, drohen bis zu 14 Jahre Gefängnis. Doch gerade unter SexarbeiterInnen, MSM und DrogengebraucherInnen ist die HIV-Infektionsrate besonders hoch. Wenn also diese Gruppen den Weg in die Krankenhäuser scheuen, weil sie sonst eine Verhaftung riskieren, werden wir die Epidemie nie in den Griff bekommen können. Deshalb ist es wichtig, dass unsere Regierungen von anderen lernen, was die Entkriminalisierung für den Kampf gegen HIV bedeutet. Das ist ein langer, schwieriger Weg, dessen sind wir uns alle bewusst. Und wir sind auch nur eine kleine Gemeinschaft mit dementsprechend begrenzten Kräften und Möglichkeiten, aber wir müssen sie einfach nutzen.

Vor zehn Jahren hast du die Lean on Me Foundation gegründet. Warum war es nötig, speziell junge Mädchen und Frauen beim Zugang zu Behandlung besser zu unterstützen?

Frauen sind im besonderen Maße von HIV betroffen. Manche müssen erst die Zustimmung ihres Partners einholen, um Behandlungszentren aufsuchen zu dürfen. Viele sind Hausfrauen, haben also kein eigenes Einkommen und manchmal nicht einmal die finanziellen Mittel, um das Ticket für den Bus zu den Einrichtungen bezahlen

zu können. Manche können ihre Behandlung nicht fortsetzen, weil sie sich nicht einmal Lebensmittel leisten können. Hier versuchen wir die Frauen ganz elementar zu unterstützen. Darüber hinaus tragen wir dafür Sorge, dass die Frauen in den Einrichtungen auch die Behandlung erhalten, die sie benötigen. Wir haben beispielsweise oft das Problem, dass die Medikamentenvorräte nicht ausreichen. Hier helfen wir mit eigenen aus, damit es nicht zu einer ungewollten Unterbrechung der Behandlung kommt. Wir erleben aber auch, dass Patientinnen in Gesundheitseinrichtungen stigmatisiert und diskriminiert werden, dass sie die benötigte Versorgung nicht bekommen oder die Schweigepflicht verletzt wird. So müssen wir immer wieder feststellen, dass Schwangere vom Personal als rücksichtslos beschimpft werden, weil sie trotz ihrer HIV-Infektion Kinder in die Welt setzten. Auch werden HIV-positive Frauen zu Sterilisationen gedrängt. In solchen Fällen sorgen wir dafür, dass ihre Rechte gewahrt und sie respektvoll behandelt werden.

Welche Bedeutung gewinnt in diesem Zusammenhang der Kampf für die Einhaltung der Menschenrechte für die Erreichung der 90-90-90-Ziele?

Das eine ist ohne das andere nicht möglich. Alle wichtigen Schritte, die wir schaffen müssen, um die Epidemie in den Griff zu bekommen, basieren im Grunde darauf, dass die Menschenrechte gesichert sind. Neben den Aspekten, die ich gerade angesprochen habe, ist da in erster Linie auch der Zugang zur Behandlung. Dass es Patientinnen gibt, die sich die Fahrt zur Klinik oder zahlungspflichtige Medikamente nicht leisten können, die vielleicht noch nicht einmal ausreichend Geld haben, um sich mit Essen zu versorgen – das alles widerspricht den grundlegenden Menschenrechten, und das dürfen wir einfach nicht hinnehmen.

Globale Patente und tödliche Preise

Was den Zugang zu HIV-Medikamenten erschwert

Heutzutage kann HIV/Aids mit Medikamenten gut unter Kontrolle gehalten werden. Die Rolle der öffentlichen Forschung wird dabei oft unterschätzt. Erst als die Therapie etabliert war, wurde die Krankheit zum lukrativen Geschäftsmodell für die Industrie. Doch hohe Preise verhinderten lange Zeit die Behandlung der meisten Betroffenen. Trotz erheblicher Fortschritte – gelöst ist das Problem noch nicht.

Als HIV/Aids in den 1980er Jahren als eigenständiges Krankheitsbild erkannt wurde, zeigte die Pharmaindustrie zunächst wenig Interesse, Medikamente dagegen zu entwickeln. Die Folge: Fünf der ersten sechs Wirkstoffe wurden in Universitäten oder staatlichen Forschungseinrichtungen entdeckt, finanziert durch öffentliche Gelder. Bei dreien war der Staat oder die Uni auch Patentinhaber.¹ Bis 1999 waren 58% der Studien zu HIV-Medikamenten staatlich gefördert, der Rest war kommerzielle oder Uni-Forschung ohne direkte staatliche Subventionen.²

Erst als 1996 klar wurde, dass eine Kombinationstherapie den Ausbruch von Aids wirksam verhindern kann, stieg die Pharmaindustrie im großen Maßstab ein. Dabei hatte sie die relativ kleine Gruppe von HIV-Positiven in Industrieländern im Auge, und setzte die Preise für die Behandlung bei rund 10.000 US\$ pro PatientIn und Jahr fest. Gut 90% der Therapiebedürftigen lebt aber in ärmeren Ländern. Fast allen blieb somit der Zugang zu einer lebensrettenden Behandlung verwehrt.

Gescheiterte Verhandlungen

Bereits 1991 versuchte die Weltgesundheitsorganisation (WHO) in Verhandlungen mit der Pharmaindustrie, mehr Forschung zu HIV und den Zugang zu bezahlbaren Medikamenten zu erreichen. Dabei schätzte der damalige WHO-Generaldirektor Hiroshi Nakajima das Ausmaß der Epidemie mit 40 Millionen Infizierten bis zur Jahrtausendwende ziemlich genau ein. Die Gespräche mit der Industrie verliefen nach zwei Jahren im

Sande. Der Washingtoner Industrielobbyist John Petricciani gab bei einem Treffen zu Protokoll, dass die Aufgabe der Industrie die Erforschung neuer Medikamente sei, „die Verantwortung, dass solche Produkte denen geliefert werden, die von ihnen profitieren können, trägt die Gesellschaft und besonders die Regierungen.“³

Globalisierung von Patenten

1995 trat der TRIPS-Vertrag der Welthandelsorganisation (WTO) in Kraft. Damit wurde für alle Mitgliedsstaaten ein 20-jähriger Patentschutz für Arzneimittel zur Pflicht, die meisten Länder des globalen Südens akzeptierten bis dahin keine Patente auf Wirkstoffe. Durch TRIPS⁴ kann Big Pharma hohe Preise weltweit durchsetzen. Zwangslizenzen als Ausnahmeregel werden von Industrie und reichen Ländern bekämpft.

Das bekam Südafrika – das Land mit den meisten HIV-Positiven – 1998 schmerzhaft zu spüren. Internationale Firmen klagten vor dem obersten Gerichtshof des Landes gegen ein Gesetz, das Zwangslizenzen für Arzneimittel erlaubt. Drei Jahre Stillstand waren die Folge. In diesem Zeitraum starben in Südafrika über eine halbe Million Menschen an Aids. Erst im April 2001 zogen die Firmen die Klage nach massiven Protesten von NGOs aus aller Welt zurück.¹

Im November 2001 stellte die WTO mit der Erklärung von Doha klar, dass Gesundheit Vorrang vor Wirtschaftsinteressen hat und Zwangslizenzen ein legitimes Mittel zur Sicherung der Versorgung von Kranken sind.

Auch in den Folgejahren wurde das Instrument nur selten angewandt, aber der Druck der Firmen ließ etwas nach.

WHO greift ein

2002 nahm die WHO HIV-Mittel in die Liste unentbehrlicher Arzneimittel auf – verbunden mit der expliziten Aufforderung, für Preissenkungen zu sorgen. Die WHO begann, Länder gezielt zu beraten, damit sie die Flexibilitäten, die der TRIPS Vertrag zulässt, ausschöpfen.

Indien als Weltapotheke

Die indische Generikaindustrie, die wegen Übergangsfristen im TRIPS-Vertrag bis 2005 ohne Patentschutz produzieren konnte, begann die Herstellung von HIV-Medikamenten im großen Stil und wurde bald zum wichtigsten Versorger in globalen Süden. Die Preise sanken zunächst auf 350 US\$ pro PatientIn und Jahr und später auf rund 100 US\$. Es bedurfte aber noch vieler Kämpfe, bis die meisten ärmeren Ländern von günstigen Preisen profitieren konnten.⁵ Neben den rechtli-

chen Hindernissen war die Finanzierung der Behandlung anfangs nur wenig gesichert.

Zu einem besseren Zugang hat der Medicines Patent Pool beigetragen, der von den Herstellern freiwillige Lizenzen einfordert, und so die Produktion durch Generikahersteller erheblich erleichtert.

Schwierig bleibt bis heute vielerorts der Zugang zur Zweit- oder Drittlinietherapie, die notwendig wird, wenn sich Resistenzen bilden oder Medikamente nicht vertragen werden.⁶ Hier kann die Jahrestherapie schnell mehrere hundert US\$ kosten.

Besonders problematisch ist die Lage in vielen Ländern mit mittlerem Einkommen. Sie können wegen der durch die WTO erzwungene Einführung von Medikamentenpatenten nur mittels Zwangslizenzen preiswerte Generika selber herstellen oder importieren. Doch dieses Instrument wird wenig genutzt. Ausländische Investoren und Regierungen reicher Staaten machen Druck für wirt-



schaftsfreundliche Regelungen. Deshalb sind Länder mit mittlerem Einkommen meist auf Präparate der Originalhersteller angewiesen, die für diese Ländergruppe keine oder deutlich geringere Rabatte anbieten.

Bedarf nicht immer gedeckt

Spezielle Darreichungsformen für Kinder sind eine weitere Behandlungslücke, an der Hersteller lange wenig Interesse zeigten. Hingegen wurden in den letzten Jahren etliche neue Wirkstoffe eingeführt, die teils keine erkennbaren Vorteile bieten.

Die Präexpositionsprophylaxe (PrEP), also durch vorbeugende Einnahme von zwei HIV-Medikamenten eine Ansteckung zu verhindern, basiert wesentlich auf öffentlicher Forschung.⁷ Für Menschen mit hohem Ansteckungsrisiko stellt sie eine wichtige Option dar. Das hat Gilead als Patentinhaber aber nicht davon abgehalten, für PrEP in den USA einen monatlichen Preis von 1.600 US\$ zu verlangen.⁸ In Deutschland dagegen kosten Generika 50 € im Monat und die Krankenkassen übernehmen die Kosten.⁹

Patente ein Problem

Durch Patente können hohe Preise durchgesetzt werden, sie stellen ein wesentliches Zugangshindernis für Medikamente dar. Preissenkungen müssen immer wieder hart erkämpft werden. Das betrifft nicht nur HIV, sondern beispielsweise auch Hepatitis- und Krebs-Präparate.

Darüber hinaus tragen Patente auch zu einer Fehlsteuerung der kommerziellen Forschung bei, die sich eher an den Marktchancen als an den vordringlichen Bedürfnissen der Erkrankten orientiert. Seit 2011 werden in Deutschland neue Arzneimittel auf ihren Zusatznutzen bewertet. Dabei wurden für über die Hälfte (58%) keine Daten vorge-

legt, die eine Verringerung der Sterblichkeit, der Symptome oder eine Verbesserung der Lebensqualität bestätigt hätten.¹⁰

Wer zahlt, bestimmt?

Die Pharmaindustrie rechtfertigt hohe Preise gerne mit ihren hohen Entwicklungsausgaben. Die tatsächlichen Aufwendungen der Industrie sind aber völlig intransparent. Sicher ist dagegen, dass die Pharmaindustrie in den letzten 25 Jahren weltweit die lukrativste Branche ist.¹¹

Nicht nur für HIV-Medikamente sind eine stärkere Ausrichtung der Forschung an den vordringlichen Bedürfnissen und vor allem eine Entkoppelung des Produktpreises von Forschungskosten gefragt. Denn nur so kann eine bezahlbare Medikamentenversorgung global gesichert werden. (JS)

- 1 Schaaber J (2005) Keine Medikamente für die Armen? Frankfurt am Main: Mabuse Verlag
- 2 CPTech (2000) Background Information on Fourteen FDA Approved HIV/AIDS Drugs www.cptech.org/ip/health/aids/druginfo.html [Zugriff 25.10.2019]
- 3 Gellman B (2000) An unequal calculus of life and death. Washington Post, 27 Dec
- 4 Abkommen der WTO zum Schutz geistigen Eigentums. Agreement on Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights (TRIPS)
- 5 Ausführlich dazu: Hoen E (2016) Private patents and public health. Amsterdam: HAI <http://accessmedicines.org> (mit weiteren Materialien)
- 6 MSF (2018) Stop senseless death. https://msfaccess.org/sites/default/files/2019-02/HIV_Brief_StoppingSenselessDeaths_ENG_2018.pdf [Zugriff 29.10.2019]
- 7 Grant RM et al (2010) Preexposure Chemoprophylaxis for HIV Prevention in Men Who Have Sex with Men. NEJM; 363, p 2587
- 8 Murphy T (2019) If Nobody Slashes the Price of Truvada for PrEP, What Happens Next? The Body 22 April www.thebody.com/article/what-happens-next-truvada-prep-price [Zugriff 25.10.2019]
- 9 Deutsches Ärzteblatt (2019) HIV-Präexpositionsprophylaxe soll Krankenkassenleistung werden. 20. Juli www.aerzteblatt.de/nachrichten/96593/HIV-Präexpositionsprophylaxe-soll-Krankenkassenleistung-werden [Zugriff 25.10.2019]
- 10 Wieseler B et al. (2019) New drugs: where did we go wrong and what can we do better? BMJ; 366, p i4340
- 11 Roy V and King L (2016) Betting on hepatitis C: how financial speculation in drug development influences access to medicines. BMJ; 354, p i3718



Ein gesundes Leben für alle Menschen verlangt globale Solidarität

Gerechtigkeitslücke und ihre Folgen: die unangenehme Wahrheit

Die extreme wirtschaftliche Ungleichheit müsste ein zentrales Thema der wissenschaftlichen Analyse, der gesellschaftlichen Diskussion und des politischen Handelns darstellen. In letzter Zeit haben es mächtige Profiteure und ihnen dienende Regierungen so weit gebracht, dass diese unschöne Realität auch in wichtigen internationalen Vereinbarungen ausgeblendet wird.

Eine gerechtere Verteilung der Ressourcen ist dringlich, um wirtschaftliche Not und Unsicherheit zu überwinden, das soziale Zusammenleben zu stärken sowie die politische Teilhabe zu ermöglichen. Für viele Millionen benachteiligte Menschen handelt es sich aber um eine Frage des Überlebens. Denn demokratisch verfasste und mit ausreichenden Finanzmitteln ausgestattete Institutionen sind unverzichtbar, um eine bedarfs-

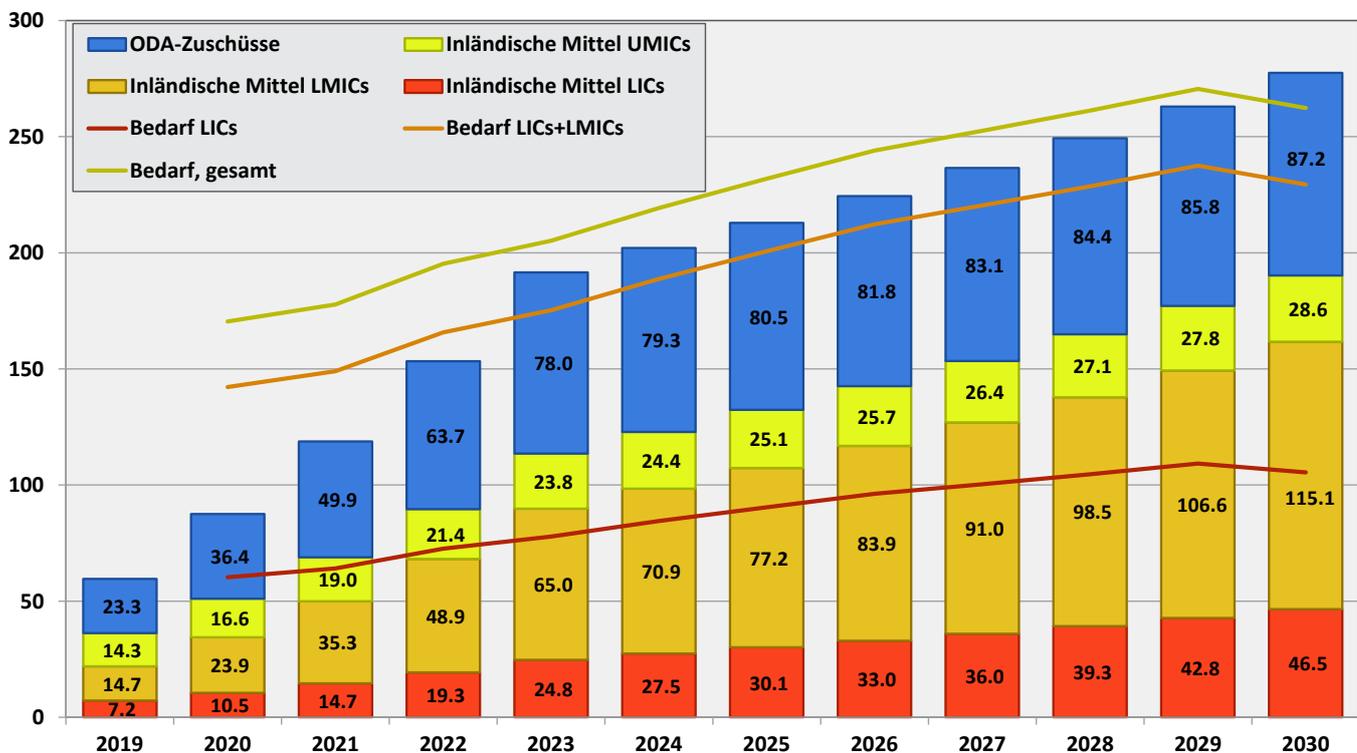
gerechte Daseinsvorsorge und Gesundheitsförderung bereitzustellen. Die gemeinsamen Erfahrungen und Errungenschaften bei der Umsetzung der Millenniums-Entwicklungsziele (MDGs) zeigen dies eindrücklich.

Solidarität rettet Menschenleben und verbessert die Entwicklungschancen

Die MDG-Periode hat uns vor Augen geführt, dass der Ressourcentransfer von den pri-

60 Länder mit Finanzierungsdefizit im Zeitraum 2020-2030

Notwendige inländische und internationale öffentliche Mittel für Gesundheit im Verhältnis zum Bedarf. Angaben in Milliarden US\$ (2017)



Das Szenario beruht auf den folgenden Annahmen: Die Niedrig- und Mittlereinkommensländer steigern ihre gesamten Staatseinnahmen i.V. zum BIP mit den mittleren Zuwachsraten, die von den 25% erfolgreichsten Ländern 2012-17 erzielt wurden und erhöhen den Gesundheitsanteil der Regierungsausgaben bis 2023 auf mindestens 20%. Die Hoheinkommensländer erhöhen die ODA-Zuschüsse für Gesundheit bis 2023 auf 0.14% des BNE.
Einkommensgruppen nach Weltbank: low income countries (LICs), lower middle income countries (LMICs), upper middle income countries (UMICs)
ODA: Official Development Assistance oder öffentliche Entwicklungszusammenarbeit

vilegierten Staaten in die verarmten Weltregionen lebenswichtige Fortschritte hervorbringen kann, selbst wenn der Umfang weit hinter den Verpflichtungen zurückblieb. Derzeit können fast 70% der Neugeborenen in den Niedrigeinkommensländern erwarten, dass sie das 60. Lebensjahr erreichen. Zwischen 1985 und 2000 verharrte die Überlebenswahrscheinlichkeit dagegen bei rund 50%. Der armutsbedingte Rückstand ist allerdings noch immer enorm, denn in den Hoch-einkommensländern kann mit einer Überlebenschance von 92% gerechnet werden.¹

Die Erfolge bei der Bewältigung der HIV-Epidemie waren von großer Bedeutung. Dank der Ausweitung der Behandlungs- und Präventionsprogramme konnten die Aidsbedingten Todesfälle seit 2000 von 1,5 Millio-

nen auf 770.000 halbiert werden. Ohne diese Anstrengungen der internationalen Gemeinschaft wäre mit einer katastrophalen Verdoppelung der weltweiten Sterbefälle auf über 3 Mio. zu rechnen gewesen.²

Die Verbesserung der Gesundheitsversorgung hat im Zusammenwirken mit verstärkten Anstrengungen in anderen Sektoren zu einer Erhöhung der Wirtschaftsleistung geführt. In den Niedrigeinkommensländern wuchs zwischen 2003 und 2018 das Bruttoinlandsprodukt pro Kopf von 525 auf gut 735 US\$ an. Die zurzeit 700 Mio. Einwohner der ärmsten Länder verfügen also im Schnitt über ein um 40% höheres Realeinkommen als zu Beginn der MDG-Periode. Davor war über 15 Jahre eine Stagnation und zum Teil rückläufige Tendenz zu beobachten.³

Dabei fielen die zusätzlichen Finanzierungsbeiträge der wirtschaftlich privilegierten Staaten weit geringer aus als zugesagt. Betrachten wir die realen Transferleistungen aller Mitgliedstaaten des OECD-Entwicklungsausschusses in Form von Zuschüssen, so erhöhte sich der Anteil der öffentlichen Entwicklungszusammenarbeit (ODA) am Bruttonationaleinkommen (BNE) bis 2010 von 0,18 auf 0,26% und fiel inzwischen auf kaum 0,24%.⁴ Das entspricht lediglich einem Drittel des von den Vereinten Nationen vereinbarten Richtwerts von 0,7% des BNE. Die gesamten ODA-Zuschüsse für Gesundheit verdoppelten sich im ersten Jahrzehnt von 0,025 auf 0,05% des gemeinsamen BNE, waren aber seither eher rückläufig. Sie erreichten also kaum die Hälfte der von der WHO empfohlenen Beitragshöhe von 0,1%.⁵

Nur wenige Geberstaaten wurden ihrer Verantwortung gerecht. Gerade auch Deutschland hat ungeachtet der graduellen Aufstockungen des Entwicklungsetats in den letzten Jahren nur unterdurchschnittliche Leistungen vorzuweisen, insbesondere was den lebenswichtigen Gesundheitsbereich angeht.⁵ Hätten alle Hocheinkommensländer ihre Verpflichtungen erfüllt, so wären wir bei der Überwindung von Armut und Krankheit noch deutlich weitergekommen.

Ohne Umverteilung keine umfassende Gesundheitsversorgung

Derzeit ist das Prokopfeinkommen der Hocheinkommensländer rund 25 Mal höher als das der Niedrigeinkommensländer, wenn wir die lokale Kaufkraft der jeweiligen Währungen berücksichtigen. Auf Basis der aktuellen Wechselkurse, die für den Import von medizinischen Produkten ausschlaggebend sind, ergibt sich sogar ein Missverhältnis von fast 60 zu 1.⁶

Die positive Entwicklung in den ärmsten Ländern nach 2000 konnte bislang nur die Vertiefung der wirtschaftlichen Kluft zu den reichen Staaten während der 1980er und 1990er Jahre ausgleichen. Somit ist die Not-

wendigkeit der internationalen Umverteilung von Ressourcen heute ebenso groß wie vor einer Generation.

Dazu kommt die Polarisierung der Einkommen innerhalb der Länder. Im Schnitt der Hocheinkommensländer errechnet sich für das reichste Fünftel ein Prokopfeinkommen von gut 76.000 US\$. Das ärmste Fünftel der Niedrigeinkommensländer bezieht nur ein mittleres Jahreseinkommen von 220 US\$. Das Einkommensniveau der Ersteren übersteigt das der Letzteren um das 350-fache.⁷

Aufgrund der ungerechten Ressourcenverteilung sind die Niedrigeinkommensländer nicht in der Lage, die Gesundheitsziele der Agenda 2030 aus eigener Kraft zu finanzieren. Dafür müssten sie ihre öffentlichen Gesundheitsausgaben pro Kopf auf über 100 US\$ erhöhen.⁸ Derzeit belaufen sich die öffentlichen Mittel aus internen und externen Quellen bestenfalls auf ein Viertel dieses Bedarfs.⁹ Selbst wenn die günstigen Wirtschaftsprognosen des IWF eintreffen, außerordentlich ambitionierte Erhöhungen der Staatseinnahmen realisiert werden und der Gesundheitsanteil der inländischen Regierungsausgaben schon bis 2023 auf 20% steigt, können sie davon nur ein Drittel aus einheimischen Steuern und Abgaben bestreiten. Trotz dieser enormen Eigenanstrengungen würde die gesamte Finanzierungslücke zwischen 2020 und 2029 von knapp 50 auf 66 Milliarden US\$ pro Jahr anwachsen. Dazu kommen noch einige Mittel-einkommensländer mit absehbaren finanziellen Engpässen. Über das Jahrzehnt entfällt drei Viertel des verbleibenden Defizits auf Afrika südlich der Sahara.

Ausgeprägte Finanzierungsdefizite in Ländern mit hohen HIV-Infektionsraten

Die Länder mit einer generalisierten HIV-Epidemie, wo die Infektionsrate unter Erwachsenen 1% übersteigt, sind mit einem überproportionalen Anteil von rund 44% der verbleibenden Finanzierungslücke konfrontiert. Dort leben aber nur 17% der Gesamtbevöl-

kerung der Mittel- und Niedrigeinkommensländer. Wenn die internationale Kooperation nicht deutlich verstärkt wird, könnte die Unterfinanzierung der Gesundheitssysteme weitere Fortschritte bei der Bewältigung der Epidemie verhindern und bisherige Erfolge gefährden. Denn annähernd die Hälfte der weltweit 37,9 Millionen Menschen mit HIV lebt in Ländern, die trotz bestmöglicher Bemühungen die allgemeine Gesundheitsversorgung nicht mit inländischen Ressourcen finanzieren können. Und über 11 Millionen Menschen mit HIV sind in den Ländern ansässig, die nicht einmal die Hälfte des Bedarfs mit eigenen Mitteln abdecken können.¹⁰

Solange die Mittel nicht für die Behandlung und Prävention aller lebensbedrohlichen Krankheiten reichen, sind die Bemühungen um eine umfassende und nachhaltige Bewältigung der HIV-Epidemie durch den unausweichlichen Verteilungskonflikt gefährdet.

Aber auch die Ressourcen für spezifische HIV-Maßnahmen drohen in den nächsten Jahren deutlich unter dem Bedarf zu bleiben. Selbst wenn die kürzlich zugesagten Geberbeiträge für den Globalen Fonds zur Bekämpfung von Aids, Tuberkulose und Malaria das anvisierte Volumen von 14 Milliarden US\$ für 2020-22 erreicht haben und die Entwicklungsländer ihre Eigenmittel wie vorgesehen erhöhen, würde rund ein Fünftel der erforderlichen Gelder fehlen.¹¹

Gemeinsam können wir die Lücke schließen.

Die Grafik zeigt einen Weg auf, um den überwiegenden Teil des Finanzierungsbedarfs abzudecken. Dafür müssen die Hocheinkommensländer ihre vor einem halben Jahrhundert beschlossene Verpflichtung für die gesamte Entwicklungskooperation erfüllen und wie die Entwicklungsländer 20% der Mittel für den Gesundheitsbereich einsetzen. Diese Beitragshöhe von 0,14% des BNE wäre bis 2023 zu erreichen, was bei den aktuellen Wirtschaftsprognosen einem Finanzvolumen von rund 78 Milliarden US\$ entspräche.¹²

Infolge des projizierten Wachstums des BNE der Geberstaaten würden sich die ODA-Zuschüsse für Gesundheit bis 2030 auf 87 Milliarden US\$ erhöhen. Wenn die reichen Länder ihren Beitrag von 5 auf 14 Cent pro 100 Euro ihrer Wirtschaftskapazität erhöhen, können sie die Finanzierungslücke schließen und so dazu beitragen, im kommenden Jahrzehnt annähernd 100 Millionen Menschenleben zu bewahren.¹³ (JR/TR)

- 1 United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2019) World Population Prospects 2019, Online Edition. Rev. 1
- 2 UNAIDS (2019) AIDS Data 2019, S. 6; Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria (2019) The Global Fund Results Report 2018, p 13
- 3 Die angegebenen Beträge stellen nach Bevölkerungszahl gewichtete Mittelwerte dar und wurden in konstante US\$ von 2017 umgerechnet; IMF (2019) World Economic Outlook (WEO) Database, October 2019 Edition, www.imf.org/external/pubs/ft/weo/2018/02/weodata/weoselgr.aspx
- 4 DAC/OECD (2019) Total Flows by Donor (DAC1), September 2019 update; eigene Berechnungen
- 5 Eigene Untersuchungen und Berechnungen zur Ermittlung aller gesundheitsrelevanter Einzelprojekte auf Grundlage von: DAC/OECD: CRS Aid Activity database; <https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=CRS1>
- 6 IMF (2019) WEO database, October 2019 Edition
- 7 Weltbank (2019) World Development Indicators, WEO database, October 2019 Edition, <http://datatopics.worldbank.org/world-development-indicators/themes/poverty-and-inequality.html#inequality-and-shared-prosperity>, eigene Berechnungen.
- 8 Stenberg K et al. (2017) Financing transformative health systems towards achievement of the health Sustainable Development Goals: a model for projected resource needs in 67 low-income and middle-income countries, Lancet Global Health 2017, p. e881; Stenberg K, Hanssen O, Bertram M et al. (2019) Guide posts for investment in primary health care and projected resource needs in 67 low-income and middle-income countries: a modelling study, Lancet Global Health 2019, Supplementary appendix, p 47; eigene Berechnungen
- 9 2017 beliefen sich die inländischen Regierungen Ausgaben für Gesundheit auf 9,50 US\$ pro Kopf (gewichteter Durchschnitt der Niedrigeinkommensländer). Dazu kamen ODA-Zuschüsse in Höhe von knapp 17 US\$. Siehe: WHO (2019) Global Health Expenditure Database (GHED), eigene projektbasierte Analysen der Angaben in DAC/OECD (2019) CRS Aid Activity database.
- 10 Global Health Observatory data repository, <http://apps.who.int/gho/data/node.main.618?lang=en>
- 11 Global Fund (2019) Investment Case. Sixth Replenishment 2019, S. 30
- 12 Berechnungen und Projektionen auf Basis von Daten aus DAC1, WEO 2019 und World Development Indicators
- 13 Stenberg K u.a. (2017) p. e875

BUKO Pharma-Kampagne

Für global gerechte Arzneimittelversorgung, gegen Big Pharma

1980 beim Bundeskongress entwicklungs-politischer Aktionsgruppen (heute Bundeskoordination Internationalismus/BUKO) ins Leben gerufen, widmete sich die Pharma-Kampagne früh auch dem Thema HIV/Aids. Hohe Preise und mangelnder Zugang zu unentbehrlichen Medikamenten standen stets im Fokus, bis heute sind Preistransparenz sowie die Forschungslücken bei vernachlässigten Krankheiten zentrale Arbeitsbereiche – ergänzt durch aktuelle Arbeitsfelder, etwa Klimawandel und Gesundheit oder Antibiotika-Resistenzen.

Die Organisation ist gut vernetzt mit ExpertInnen, NGOs und ÄrztInnen in aller Welt. So gelingt es, Informationen aus ers-

ter Hand zu beschaffen, zu bewerten und in politische Forderungen und Aktionen umzusetzen. Die Kampagne informiert durch Veranstaltungen, Broschüren, Ausstellungen, Filme, Unterrichtsmaterialien und Pressearbeit. Und sie geht auf die Straße: „Schluck & weg“ ist Deutschlands älteste politische Straßentheatergruppe.

Die BUKO Pharma-Kampagne ist Gründungsmitglied des Aktionsbündnis gegen Aids, seit vielen Jahren aktiv im Fachkreis Pharma und hat im Pharma-Brief immer wieder ausführlich zum Thema publiziert. Mitte 2020 erscheint ihr Online-Lernkurs zu Präventionsarbeit gegen Stigma und Diskriminierung bei HIV/Aids.

Aktionsbündnis gegen AIDS

Eine Welt ohne Aids und ein Leben in Würde für alle Menschen

Seit 2002 setzt sich das Aktionsbündnis gegen AIDS (AgA) dafür ein, dass Deutschland seiner Verantwortung als wirtschaftlich privilegierter Industriestaat gerecht wird und einen angemessenen Beitrag für die globale Bewältigung von HIV und Aids leistet. Dabei geht es insbesondere darum, dass ALLE Menschen den benötigten Zugang zu HIV-Prävention, Behandlung, Betreuung und Pflege erhalten – auch und vor allem in benachteiligten Ländern. Dafür müssen Gesundheitssysteme global gestärkt und der Zugang zu Medikamenten nachhaltig gesichert werden. Denn: Leben ist ein Menschenrecht. Wir wenden uns insbesondere gegen jegliche Diskriminierung von Menschen, die mit HIV leben oder besonders gefährdet sind. Solidarität und Gerechtigkeit bilden die Grundlage unseres Handelns.

Die Organisation und Teilnahme an verschiedenen Events, wie parlamentarischen Veranstaltungen, Fortbildungen, die Begleitung von bi- und multilateralen Zusammenkommen, wie der G7- oder G20-Treffen, der Board Meetings des Globalen Fonds und UNAIDS, sowie Treffen der Vereinten Nationen zu Themen der Globalen Gesundheit, sind ein maßgeblicher Teil unserer Arbeit und ein Beitrag unserer politischen Anwaltschaft.



Aktionsbündnis gegen AIDS

Leben ist ein Menschenrecht!
www.aids-kampagne.de

Rungestr. 19, 10179 Berlin
www.aids-kampagne.de
info@aid-kampagne.de

HIV/Aids global

Was zu tun bleibt

Das Ende von HIV/Aids bis 2030 ist ein wichtiges Element der nachhaltigen Entwicklungsziele der Vereinten Nationen. So umfangreich die Erfolge der Vergangenheit jedoch waren, so vielfältig bleiben die Herausforderungen. Stigma, Diskriminierung und Kriminalisierung bilden hartnäckige Hindernisse. Finanzierungslücken für Gesundheitsprogramme weiten sich wieder. Der Kampf um Patente und Medikamentenpreise tobt immer noch.

Diese Broschüre analysiert alte und neue Probleme in der Arbeit gegen HIV/Aids, beleuchtet aber auch positive Entwicklungen und benennt notwendige weitere Schritte. Denn noch immer warten Millionen Menschen mit HIV/Aids darauf, dass ihrem Recht auf Gesundheit mit Solidarität und Engagement begegnet wird.

BUKO Pharma-Kampagne

BUKO Pharma-Kampagne
August-Bebel- Straße 62
33602 Bielefeld, Deutschland
Fon: +49 (0)521 60550
Fax: +49 (0)521 63789
info@bukopharma.de
www.bukopharma.de
twitter.com/BUKOPharma
facebook.com/BUKOPharma

Spendenkonto:
Gesundheit und Dritte Welt e.V.
DE97 4805 0161 0000 1056 27
BIC: SPIDE3BXXX

ISSN 1618-4580

