



MENSCHENRECHTE / HUMAN RIGHTS

*DEPARTMENT FÜR WIRTSCHAFTSRECHT UND
EUROPÄISCHE INTEGRATION*



Master-Thesis

zur Erlangung des Titels M.A. (Master of Arts)

im Rahmen des Universitätslehrganges „Menschenrechte / Human Rights“

Die österreichische Aids-Politik betrachtet durch eine Menschenrechtsbrille

eingereicht am

Department für Wirtschaftsrecht und Europäische Integration

unter Betreuung von

Univ.-Prof. Dr. Manfred Nowak, LL.M.

von

Petra Bayr

Krems, im Dezember 2012

EIDESSTATTLICHE ERKLÄRUNG

Ich, Petra Bayr, geboren am 28. April 1968 in Wien, erkläre,

dass ich meine Master-Thesis selbständig verfasst, andere als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und mich auch sonst keiner unerlaubten Hilfen bedient habe,

dass ich meine Master-Thesis bisher weder im In- noch im Ausland in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt habe,

dass ich, falls die Arbeit mein Unternehmen betrifft, meinen Arbeitgeber über Titel, Form und Inhalt der Master Thesis unterrichtet und sein Einverständnis eingeholt habe.

Wien, 4. Dezember 2012; Petra Bayr

Inhaltsverzeichnis

EIDESSTATTLICHE ERKLÄRUNG	4
Abbildungsverzeichnis	VII
Abkürzungsverzeichnis	VIII
Danksagung	XI
Abstract	XIII
1 Einleitung	1
1.1 Dreißig Jahre medizinische Forschung zu Aids	1
1.2 Das soziale Aids	2
1.3 Ziel der vorliegenden Arbeit	3
1.3.1 Struktur der Arbeit	3
1.4 Definitionen	4
1.4.1 HIV (human immunodeficiency virus)	5
1.4.2 AIDS (acquired immunodeficiency syndrome)	5
2 Wer wo und warum von HIV betroffen ist	6
2.1 Afrika	6
2.2 Ostasien und Ozeanien	8
2.3 Karibik	8
2.4 Osteuropa und Zentralasien	9
2.5 Lateinamerika	10
2.6 Naher Osten und Nordafrika	10
2.7 Nordamerika und Westeuropa	11
2.8 Menschen, die in Österreich mit HIV leben	11
3 Was Aids und Menschenrechte miteinander zu tun haben	15
3.1 Jonathan Mann – ein Pionier	15
3.2 Sichtweise innerhalb der VN und ihrer Agenturen	17
3.2.1 The Human Rights Based Approach der VN	17
3.2.2 UNAIDS	21
3.2.3 WHO	22
3.2.4 The Global Commission on HIV and the Law	22
3.3 VN Dokumente als Quellen für Nichtdiskriminierung	30
3.3.1 Erklärung der Menschenrechte	31
3.3.2 WSK Pakt	32
3.3.3 MDGs	33
3.3.4 Declaration of Commitment on HIV/AIDS	34
3.4 Europäische Grundrechtsdokumente	36
3.4.1 EMRK	36
3.4.2 EGRC	36
4 Entwicklungspolitik	41
4.1 EZA Gesetz	41
4.2 Regierungserklärungen	44
4.2.1 XXII. Gesetzgebungsperiode	44
4.2.2 XXIII. Gesetzgebungsperiode	46
4.2.3 XXIV. Gesetzgebungsperiode	48
4.3 Dreijahresprogramme	50
4.3.1 Dreijahresprogramm 2004 - 2006	50
4.3.2 Dreijahresprogramm 2005 – 2007	51
4.3.3 Dreijahresprogramm 2006 – 2008	54
4.3.4 Dreijahresprogramm 2007 – 2009	57
4.3.5 Dreijahresprogramm 2008 – 2010	59
4.3.6 Dreijahresprogramm 2009 – 2011	60
4.3.7 Dreijahresprogramm 2010 – 2012 und Aktualisierung 2011	63

4.3.8	Dreijahresprogramm 2011 – 2013	64
4.4	Leitlinie Menschenrechte	65
4.5	Themenpapier Menschenrechte in der OEZA	68
4.6	Handbuch Menschenrechte	70
4.7	Fokuspapier HIV/Aids in der OEZA	73
4.8	Weitere relevante policy papers zu Menschenrechten	76
4.9	Kofinanzierungen	77
4.9.1	Laufende Projekte	79
4.9.2	Abgeschlossene Projekte	80
4.9.3	Einschätzung des HRBA in den Kofinanzierungen	82
4.10	Resümee zur Entwicklungspolitik	83
5	Gesetzgebung, Normen und Rechtsprechung	87
5.1	Relevante internationale Dokumente und Konferenzen	87
5.1.1	UNGASS 2011 – Declaration	87
5.1.2	The Global Commission on HIV and the Law	89
5.1.3	High Level Policy Consultation	91
5.2	Relevante österreichische Normen	93
5.2.1	Against Discrimination	94
5.2.2	Punishing Vulnerability	110
5.2.3	Risk and Stigma – key populations: Prisoners	124
5.2.4	Gender and Disempowerment	137
5.2.5	Children and Youth	142
5.2.6	Medicines for whom?	155
5.3	Resümee Gesetzgebung, Normen und Rechtsprechung	164
6	Resümee	171
Anhang		179
Literaturverzeichnis		182

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Cycle of stigma, discrimination and human rights violations	21
Abbildung 2: I am Gay: 5 things I fear.....	26
Abbildung 3: Einfluss der Gesetzgebung auf die Entwicklung der HIV Pandemie.....	90
Abbildung 4: Strafrechtliche Verurteilungen im internationalen Vergleich	111
Abbildung 5: Strafrechtliche Verurteilungen in Österreich nach §§ 178 und 179 StGB	115
Abbildung 6: Kostenentwicklung von HIV Medikamenten 2000 - 2006	157

Abkürzungsverzeichnis

ADA	Austrian Development Agency
ACTA	Anti-Counterfeiting Trade Agreement
AHS	Allgemeinbildende höhere Schule
AIDS	Acquired Immunodeficiency Syndrome
AKH	Allgemeines Krankenhaus
ART	Antiretrovirale Therapie
B-VG	Bundesverfassungsgesetz
CEDAW	Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women
EGRC	Europäische Grundrechte Charta
EKAF	Eidgenössische Kommission für AIDS-Fragen
EKSG	Eidgenössische Kommission für sexuelle Gesundheit
EMRK	Europäische Menschenrechts-Konvention
ESTHER	Ensemble pour une Solidarité Thérapeutique Hospitalière en Réseau
EZA	Entwicklungszusammenarbeit
EZA-G	Entwicklungszusammenarbeitsgesetz
FGM	Female Genital Mutilation
FPÖ	Freiheitliche Partei Österreichs
FRA	Fundamental Rights Agency
GATT	General Agreement on Tariffs and Trade
GIPA	Greater Involvement of People living with Aids
HAART	Highly Active Anti-Retroviral Therapy
HIV	Human Immunodeficiency Virus
HRBA	Human Rights Based Approach

HUL	Highly Useless Law
ICESCR	International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights
ICPD	International Conference on Population and Development
IFIs	International Financial Institutions
ILO	International Labor Organization
IP	Intellectual Property
IVF	In-vitro-Fertilisation
KMS	Kooperative Mittelschule
LAPC	Leadership and Accountability Programm Committee
MSF	Medecins Sans Frontieres
NGO	Non-Governmental Organisation
NRO	Nicht-Regierungs Organisation
ODA	Official Development Assistance
OECD	Organization for Economic Co-operation and Development
OEZA	Österreichische Entwicklungs- und Ostzusammenarbeit
ÖGF	Österreichische Gesellschaft für Familienplanung
ÖGS	Österreichischen Gesellschaft für Sexualforschung
ÖVP	Österreichische Volkspartei
OWS	Otto Wagner Spital
PEP	Postexpositionelle Prophylaxe
PLHIV	People living with HIV
SPÖ	Sozialdemokratische Partei Österreichs
SRHR	Sexual and Reproductive Health and Rights
STD	Sexual Transmitted Disease
StGB	Strafgesetzbuch
StGG	Staatsgrundgesetz

STI	Sexual Transmitted Infection
StPO	Strafprozessordnung
TRIPS	Agreement on Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights
UNAIDS	Joint United Nations Programme on HIV/AIDS
UNDP	United Nations Development Programme
UNESCO	United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization
UNFPA	United Nations Population Fund
UNGASS	UN General Assembly Special Session on HIV/Aids
UNHCR.....	United Nations High Commissioner for Refugees
UNICEF	United Nations Children's Fund
UNODC	United Nations Office on Drugs and Crime
USD	US Dollar
VN	Vereinte Nationen
WFP.....	World Food Programme
WHO.....	World Health Organisation
WKÖ	Wirtschaftskammer Österreich
WSK	Wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte
WTO	World Trade Organisation

Danksagung

Wie bei den meisten Herausforderungen im Leben, so war auch das Schreiben dieser Arbeit nur möglich, weil ich das Glück habe, auf ein großes Netzwerk an kundigen, hilfsbereiten und geduldigen Menschen zurückgreifen zu können.

Allen voran möchte ich mich bei Susan Timberlake von UNAIDS bedanken, die mir dabei geholfen hat, aus hundert Ideen ein bewältigbares Thema für diese Master Thesis herauszudestillieren. Manfred Nowak hat sich nicht nur bereit erklärt diese zu betreuen, sondern die Gespräche und Anmerkungen dazu waren von einer Qualität, die die Arbeit und mich ausgesprochen bereichert haben.

Viel von ihrer Zeit haben mir Gottfried Mernyi vom Österreichischen Aktionsbündnis gegen HIV/Aids, Helmut Graupner, Anwalt und Präsident des Rechtskomitees Lambda sowie Co-Präsident der Österreichischen Gesellschaft für Sexualeforschung, und Werner Raza, Leiter der Österreichischen Forschungsförderung für Internationale Entwicklung, geschenkt. Alle drei haben mich auch mit Mengen an wichtigen Unterlagen ausgestattet.

Sehr wertvoll waren die intensiven Gespräche mit Anton Mair, stellvertretendem Sektionschef der Sektion VII im Außenministerium, Erwin Buchinger in seiner Eigenschaft als Behindertenanwalt, Brigitte Schmied, seit Jahren in der medizinischen Betreuung von Menschen tätig, die mit HIV leben und ebenso wie Justizwachebeamter Clemens Becker eine KennerIn der Situation von Strafgefangenen. Deborah Klingler-Katschnig von der Aidshilfe Wien und Sabine Ziegelwanger von der Österreichischen Gesellschaft für Familienplanung haben mir wertvolle Einblicke in ihre Präventionsarbeit mit jungen Menschen gewährt und Eva Dessewffy hat mich mit präzisen Unterlagen zum Freihandelsabkommen mit Indien versorgt.

Immer wieder in den letzten Jahren erfuhr ich bei unterschiedlichen Gelegenheiten Wissenswertes über die Situation von Menschen, die mit HIV leben, von Wiltrud Stefanek, Vorsitzender der Selbsthilfegruppe PulSHIV, von Sabine Lex von der Aidshilfe Wien, von Maria Jonas, die dort in ihrer Pension ehrenamtlich aktiv ist, von Eva van Rahden von SOPHIE Bildungsraum für Prostituierte, von Vanessa

Schwärzler aus dem Büro der Wiener Gesundheitsstadträtin, von Jean-Paul Klein, dem Leiter der Abteilung für Impfwesen, HIV/Aids und Tuberkulose in der Sektion III des Gesundheitsministeriums, sowie von Fabian Fußeis aus dem Kabinett des Gesundheitsministers und Beate Wimmer-Puchinger, der Wiener Frauengesundheitsbeauftragten.

Für die Arbeit wichtige Unterlagen bekam ich von Elisabeth Wilkens aus dem Unterrichtsministerium, von Thomas Kacsich aus dem Verkehrsministerium, von Johann Hadrbolec, ehemaligem Leiter der Justizanstalt in Stein, von Sven Pöllauer aus dem Kabinett der Justizministerin, von Wolfgang Schüchner vom Kabinett der Unterrichtsministerin, sowie von Barbara Konzet und Andrea Schmid von der ADA.

Besonders dankbar für das Lesen von Teilen der Arbeit, für Feedbacks und für das Aufmerksam machen auf Fehler bin ich Gerhard Hödl von der Uni Wien, Katja Bratschovsky, die mich an ihrem Erfahrungsschatz im Schreiben wissenschaftlicher Arbeiten partizipieren ließ, sowie meinen Eltern – nicht nur fürs Lesen sondern auch für die viele Geduld. Alexander Sellner vom FH Joanneum, hatte die besten Kniffe und schnelle online-Hilfe im Umgang mit besonders komplexen Word-Herausforderungen parat.

Ein ganz spezieller Dank gebührt meinen wunderbaren StudienkollegInnen für ihre Solidarität, Freundschaft und Aufgeschlossenheit, so dass es jedes Mal wieder eine große Freude ist, sie bei einem Lehrveranstaltungsblock zu treffen. Ohne sie wäre es undenkbar, dass mir dieses Studium und das Schreiben der Abschlussarbeit so viel Freude bereitet hätten.

Abschließend aber besonders wichtig für das Zustandekommen der Motivation für diese Arbeit ist meine Hochachtung vor all jenen Menschen, die ihr Leben mit HIV meistern, sich von Hürden nicht entmutigen lassen und Tag für Tag dafür kämpfen, ein erfülltes Leben in Würde und mit Perspektive zu führen und dabei Verantwortung für ihr soziales Umfeld übernehmen.

Abstract

Die vorliegende Arbeit geht der Frage nach, ob die österreichische Aidspolitik von einem Menschenrechtsansatz getragen ist. Dazu werden einerseits relevante wissenschaftliche Forschungsergebnisse betrachtet, die HIV und Menschenrechte in einen engen Konnex setzen, und deren konkrete Ausformung in diversen internationalen Dokumenten beleuchtet, vor allem in solchen der Vereinten Nationen und der Europäischen Union.

Wie weit diese theoretischen Ansätze eines Human Rights Based Approach auch in der österreichischen Aidspolitik zu finden sind, wird anhand von Textanalysen einerseits von Dokumenten und Programmen der österreichischen Entwicklungszusammenarbeit, andererseits an in Österreich geltenden Gesetzen und Normen untersucht. Wo dies möglich ist, wird auch die Rechtsprechung dazu ins Kalkül gezogen.

Die Erkenntnisse zu oben beschriebener Fragestellung sind divers und lassen keinen einheitlichen Schluss zu. Während im Bereich der Entwicklungszusammenarbeit in jenen ausführlichen Papieren, die sich mit Menschenrechten beschäftigen, HIV als Problemstellung kaum vorkommt, haben die Strategien die bei der Krankheit ihren Ausgangspunkt nehmen, einen sehr starken Menschenrechtsbezug. In der entwicklungspolitischen Praxis spielt ein Menschenrechtsansatz in HIV-relevanten Projekten einen wesentlich größeren Anteil, als dies aufgrund der untersuchten politischen Vorgaben und Leitlinien hätte vermutet werden können. Es gibt Indizien dafür, dass in der Arbeit vor Ort HIV und die damit bestehenden menschenrechtlichen Zusammenhänge aufgrund der Brisanz gar nicht ignoriert werden können.

Kein einheitliches Bild bietet sich auch in den untersuchten Gesetzen und Normen. Den Appellen vieler internationalen Deklarationen, die Kriminalisierung von HIV aus den Gesetzen zu eliminieren, ist Österreich im Strafrecht und in der Strafprozessordnung noch nicht nachgekommen, es hat in letzter Zeit sogar Verschärfungen gegeben. Ein Diskriminierungsschutz für Menschen, die mit HIV leben, lässt sich zwar aus einigen Gesetzen ableiten, doch besteht der Verdacht,

dass die Betroffenen dies nicht wissen oder zumindest nicht anwenden. Eine Erweiterung des Schutzes und ein sensibler Umgang mit Normen sind von Nöten.

Bei der Betrachtung besonderer Zielgruppen wird einiger Handlungsbedarf klar: bei Frauen kommt es fallweise zu einem diskriminierenden Umgang mit dem positiven HIV-Testergebnis durch die plakative Öffentlichmachung im Mutter-Kind-Pass, in Gefängnissen wäre im Sinne der Risikominimierung die Möglichkeit von Sprizentauschprogrammen zielführend und bei den Jugendlichen sind mehr finanzielle Ressourcen für die wissenschaftliche Erforschung ihrer Kenntnisse und ihres Agierens in Bezug auf HIV sowie vor allem in ruralen Gebieten für die niederschwellige Aufklärung existentiell, damit sie in den vollen Genuss ihrer sexuellen und reproduktiven Rechte kommen können.

Im Bereich der internationalen Verfügbarkeit von leistbarer Medizin für die Behandlung von Menschen, die mit HIV vor allem in Entwicklungsländern leben, ist eine kohärente Handelspolitik seitens der EU nötig, die sich primär den menschenrechtlichen Herausforderungen und nicht den Profitinteressen der Pharmaindustrie verpflichtet sieht.

Generell sind in allen untersuchten Feldern Evaluierungen von vorhandenen Programmen und Leitlinien und deren praktische Durchführung auf die effektiven Auswirkungen auf Menschen, die mit HIV leben, zielführend. Die Beschäftigung mit HIV und die daraus gezogenen Schlüsse müssen wissenschaftsbasiert und rational sein, es ist ein Mainstreaming in dem Sinne nötig, dass die wirksame und menschenrechtlich getragene Bekämpfung der Krankheit im Blickpunkt aller Bemühungen stehen muss und es nicht zur Bekämpfung der Betroffenen kommen darf. Für all diese Notwendigkeiten gibt es eine Reihe an Dokumenten und Empfehlungen, die in klarer Sprache und mit Nachdruck von den Verantwortlichen in reale Politik umzusetzen sind.

1 Einleitung

1.1 Dreißig Jahre medizinische Forschung zu Aids

Seit der ersten wissenschaftlichen Beschreibung von HIV und Aids als eigenständige Krankheit im Jahr 1981, nachfolgend ihrer Verbreitung als weltweite Pandemie und zuletzt der Präsentation des ersten HIV-Schnelltests für daheim, hat es großen medizinischen Fortschritt gegeben. Zwar ist die Krankheit noch immer nicht heilbar, aber moderne, antiretrovirale Medikamente machen es möglich, mit der Erkrankung ein beinahe normales Leben zu führen und durchaus ein hohes Alter erreichen zu können. Weiterhin wird an Impfstoffen gegen die Immunschwächekrankheit geforscht und von Organisationen wie der WHO, UNAIDS und dem Global Fund wurden Milliarden US-Dollar für die medizinische Behandlung von Menschen, die mit HIV oder Aids leben, mobilisiert – alleine 16 Milliarden USD im Jahr 2010 (vgl. United Nations, 8 June 2011, S. 3).

Trotzdem sind seit dem Jahr der Entdeckung weltweit etwa zwischen 35 und 37 Millionen Menschen an Aids gestorben, gegenwärtig leben etwa 34 Millionen Menschen mit HIV oder Aids (vgl. UNAIDS, Data Tables 2011, 2011, S. 2), davon mehr als 30 Millionen in den Low- and Middle-Income Countries¹. Jährlich infizieren sich etwa 2,7 Millionen Menschen neu (ebenda), die Krankheit hat eine Feminisierung erfahren und in manchen Ländern des südlichen Afrikas sind oder waren über 40 Prozent der schwangeren Frauen HIV-positiv. Im Jahr 2010 hatten 6,6 Millionen Menschen, die in den ärmsten Ländern mit HIV oder Aids leben, Zugang zu moderner medizinischer Behandlung (vgl. WHO, World Health Organisation, 2011), WHO und UNAIDS schätzen, dass weitere 9 Millionen Menschen eine solche Therapie benötigen würden (vgl. UNAIDS, UNAIDS targets and commitments, 2012).

¹ Low- and Middle-Income Countries sind nach Definition der Weltbank jene Länder, in denen das pro Kopf-Bruttonationaleinkommen weniger als \$ 1.025 bzw. weniger als \$ 12.475 beträgt.

1.2 Das soziale Aids

Wesentlich weniger rasant als in der klinischen Forschung waren die Fortschritte in der Reaktion auf Aids im nicht-medizinischen Bereich, bei der Bekämpfung von Stigmatisierung, Diskriminierung und Verletzung von Menschenrechten der mit HIV oder mit Aids lebenden Menschen. Nach wie vor spielen religiöse und moralische Wertvorstellungen eine große Rolle im Umgang mit Menschen, die mit Aids leben. Vielen wird ein Dasein als Prostituierte, Homosexuelle, Drogenabhängige oder Häftlingen zugeschrieben, unabhängig davon, wie sie tatsächlich infiziert wurden. Sie gelten damit in vielen Gesellschaften als out-laws, als solche, die vom Schicksal für ihre vermeintlich promiskuitive, lüsterne, moralisch verwerfliche oder kriminelle Lebensart bestraft worden sind, die an der "Schwulenseuche" erkrankt sind, denen auf jeden Fall „Recht geschieht“, dass sie unter dieser Krankheit leiden. Es besteht also neben dem medizinischen auch ein soziales Aids, das um einiges schwerer zu fassen, zu beschreiben und somit auch zu überwinden ist.

Neben der Prävention spielt die Durchsetzung der Menschenrechte eine wohl ebenso große Rolle in der Bekämpfung der Immunschwächekrankheit, wie der Zugang zu moderner medizinischer Behandlung für alle Betroffenen. Bei letzterer ist der Erfolg einfacher quantifizierbar, Fortschritt und Misserfolge korrelieren mit der Zugänglichkeit von Basis-Gesundheits-Einrichtungen, der Möglichkeit von anonymen und freiwilligen Aidstests und der Verfügbarkeit von Medikationen wie HAART², gegebenenfalls mit Generika. Die Durchsetzung der Menschenrechte zur Verbesserung der individuellen Situation von Menschen, die mit HIV leben, ist weit weniger einfach messbar, und es ist oft nicht auf den ersten Blick offensichtlich, dass der volle Genuss der Grund- und Menschenrechte durch jene Menschen, die mit HIV leben, eine wichtige Rolle bei der Eindämmung der weltweiten Pandemie spielt.

² Highly Active Anti-Retroviral Therapy, ein Cocktail aus drei oder vier antiretroviralen Medikamenten zur Behandlung der HIV-Infektion, auch Kombinations-Therapie genannt.

1.3 Ziel der vorliegenden Arbeit

Die vorliegende Arbeit versucht, Zusammenhänge zwischen der Umsetzung der Menschenrechte speziell für besonders betroffene Gruppen und den Erfolg für das Stoppen der Ausbreitung von HIV aufzuzeigen und stützt sich dabei auf einschlägige internationale Dokumente sowie bestehende wissenschaftliche Forschung. Sie fokussiert auf die gegenwärtige Situation in Österreich in vollem Bewusstsein dessen, dass hier nicht nur die medizinische Betreuung für Menschen, die mit HIV leben, signifikant besser ist als in vielen anderen Regionen der Welt, sondern auch die Durchsetzung der Menschenrechte weiter gediehen ist als in vielen jener Länder, deren BewohnerInnen von der Krankheit besonders schwer und häufig betroffen sind.

Gerade in dieser im Vergleich besseren Situation in Österreich besteht die Herausforderung bei der Weiterentwicklung von Politik und Gesetzen, die sich mit HIV oder Aids befassen: sich nicht auf einem relativ hohen Level von medizinischer Versorgung und Menschenrechts-Durchsetzung auszuruhen, sondern Möglichkeiten aufzuzeigen, wie auch in Österreich die Situation für Betroffene ebenso wie für ihre Angehörigen und ihnen nahe Stehenden, sowie letztendlich für die gesamte Gesellschaft verbessert werden kann. Dazu gehört auch ein menschenrechtsbasierter Umgang mit Aids im Bereich der österreichischen Entwicklungspolitik, soll doch der Ansatz dort keine Abstriche im Vergleich mit dem Umgang mit Menschenrechten im eigenen Land machen.

1.3.1 Struktur der Arbeit

In einem ersten einleitenden Teil wird überblicksartig dargestellt, wie sich HIV in den einzelnen Erdteilen und in Österreich im Speziellen verbreitet hat, was die Gründe dafür sind und wer besonders davon betroffen ist. Es erscheint mir wichtig, sich der Unterschiedlichkeiten der Übertragungswege und der besonders betroffenen Gruppen bewusst zu sein, denn nur dann kann es gelingen, jene notwendigen Entscheidungen im Bereich der Stärkung der Menschenrechte zu treffen, die jeweils besonders von Nöten sind.

Der nächste Abschnitt befasst sich mit dem direkten und indirekten Zusammenhang zwischen den Menschen, die mit HIV leben, und deren Möglichkeiten, Hinderungsgründen oder befördernden Umständen, in den vollen Genuss ihrer Menschenrechte zu kommen. Anhand von unterschiedlichen internationalen Dokumenten soll aufgezeigt werden, wo überall Anknüpfungspunkte bestehen und es soll deutlich gemacht werden, wie wichtig die Umsetzung von Menschenrechten für die Bekämpfung der weltweiten Pandemie ist.

Untersucht werden danach zwei Handlungsfelder der österreichischen Politik: die Entwicklungszusammenarbeit sowie ausgewählte innerösterreichische Normen, Gesetzgebung und Rechtsprechung. Es wird dabei der Frage nachgegangen, welche Rolle die Beachtung und Umsetzung der Menschenrechte in diesen Politikfeldern spielt, wo möglicherweise Hinderungsgründe für einen HRBA bestehen und wo Verbesserungsmöglichkeiten für eine kohärente Menschenrechts-Politik im Umgang mit HIV und Aids liegen. Diese werden in einem abschließenden Resümee zusammengefasst.

1.4 Definitionen

In der Überzeugung, dass die Verwendung von Sprache Bewusstsein formt und somit den gesellschaftlichen Umgang mit Menschen, die mit HIV oder Aids leben, wesentlich zum Positiven oder zum Negativen beeinflussen kann, hat UNAIDS im Oktober 2011 eine überarbeitete Fassung ihres terminologischen Leitfadens (vgl. UNAIDS, UNAIDS Terminology Guidelines, October 2011) herausgegeben. Ziel ist dabei, Stigmatisierung und falsche Bilder zu vermeiden und eine Sprache zu verwenden, die sowohl menschlichen als auch wissenschaftlichen Ansprüchen gerecht wird. Auch wenn diese Definitionen die nicht üblichen sind, habe ich mich dafür entschieden, weil sie am ehesten zum Charakter meiner Arbeit passen. Wenn relevant, dann unterscheide ich zwischen HIV als einem Virus und Aids als einem klinischen Syndrom bzw. führe beides an; wenn es allgemein um soziale Phänomene rund um die Krankheit geht, dann verwende ich nur die Bezeichnung HIV.

1.4.1 HIV (human immunodeficiency virus)

HIV-related disease. Symptoms of HIV infection may occur both at the beginning of HIV infection and after immune compromise sets in, leading to AIDS. During initial infection with HIV, when the virus comes into contact with mucosal surfaces, it finds susceptible target cells and moves to draining lymph nodes, where massive production of the virus ensues. This leads to a burst of high-level viraemia (virus in the bloodstream) with wide dissemination of the virus. Some people may have flu-like symptoms at this stage, but these are generally referred to as symptoms of primary infection or acute infection rather than HIV-related disease. The resulting immune response to suppress the virus is only partially successful and some virus escapes and may remain undetectable, sequestered in reservoirs for months to years. As crucial immune cells, called CD4+ T cells, are disabled and killed, their numbers progressively decline. In this manner, HIV-related disease is characterised by a gradual deterioration of immune function. Eventually high viral turnover leads to destruction of the immune system, sometimes referred to as advanced HIV infection, which leads to the manifestation of AIDS.

1.4.2 AIDS (acquired immunodeficiency syndrome)

AIDS is an epidemiological definition based on clinical signs and symptoms. AIDS is often referred to as a 'deadly, incurable disease', but this may create fear and increase stigma and discrimination. It has also been referred to as a 'manageable, chronic illness, much like hypertension or diabetes', but this may lead people to believe that it is not as serious as they thought. It is preferable to use the following description: AIDS is caused by HIV, the human immunodeficiency virus. HIV destroys the body's ability to fight off infection and disease, which can ultimately lead to death. Antiretroviral therapy slows down replication of the virus and can greatly enhance quality of life, but does not eliminate HIV infection. Don't use 'immune deficiency'.

2 Wer wo und warum von HIV betroffen ist

Die Bürde von HIV ist sowohl regional, als auch innerhalb von bestimmten Bevölkerungsgruppen eines Landes sehr ungleich verteilt. Einen besonders hohen Anteil an Menschen, die mit HIV leben, hat das südliche Afrika. Besonders großem Risiko ausgesetzt, sich mit dem HI-Virus zu infizieren, sind homosexuelle Männer, SexarbeiterInnen, DrogenkonsumentInnen, die Substanzen injizieren, inhaftierte Menschen, LKW FahrerInnen, Frauen während und nach bewaffneten Konflikten, Flüchtlinge und MigrantInnen. Oft sind auch Kinder, sowie andere an den gesellschaftlichen Rand gedrängte Bevölkerungsgruppen und Menschen mit schlechtem Zugang zu sozialer Infrastruktur und Institutionen der Rechtspflege besonders exponiert. In den unterschiedlichen Regionen der Erde stellt sich die Epidemie sehr divers dar, was auch bedeutet, dass es jeweils einen maßgeschneiderten, ganzheitlichen Umgang damit geben muss, der die Achtung der Menschenrechte nie vernachlässigen darf.

2.1 Afrika

Ein Großteil aller Menschen, die mit HIV leben, nämlich 22,5 Millionen, ist im südlichen Afrika daheim, was bedeutet, dass etwa 68 Prozent aller Betroffenen weltweit dort leben (vgl. UNAIDS Factsheet Subsaharan Africa, 2010, S. 2). Swasiland ist mit einem Anteil von 25.9% der Erwachsenen, die mit HIV leben, das Land mit der höchsten Prävalenz weltweit (vgl. ebenda, S. 3). Erfreulicherweise ist die Neuinfektionsrate im südlichen Afrika gefallen, aber immer noch haben sich 2009 1,8 Millionen Menschen neu mit HIV infiziert (vgl. ebenda, S. 1). Auch die Anzahl der Menschen, die an Krankheiten gestorben sind, die durch Aids ausgelöst wurden, hat sich zwischen 2004 und 2009 um 20% verringert (vgl. ebenda). In beinahe allen Ländern des südlichen Afrikas ist die Mehrheit der Menschen, die mit HIV leben, weiblich, am meisten sind junge Frauen zwischen 15 und 24 Jahren betroffen, in einigen Ländern leben junge Frauen etwa dreimal so häufig als junge Männer mit HIV (vgl. ebenda S. 2).

Die größte Gefahr, sich mit HIV zu infizieren, stellen im südlichen Afrika ungeschützte heterosexuelle Kontakte dar, meist innerhalb einer Partnerschaft,

beispielsweise sind 60 Prozent aller Neuinfektionen in urbanen Gebieten Sambias darauf zurückzuführen (vgl. ebenda). Eine große Rolle bei der Infektion spielt die Sexarbeit, etwa 32% der Infektionen in Ghana werden darauf zurückgeführt (vgl. ebenda). Ebenfalls sehr gefährdet, sich mit HIV zu infizieren, sind homosexuelle Männer. Diese Gruppe ist in manchen Ländern zu 40 Prozent von dem Virus betroffen (vgl. ebenda, S. 3), gleichzeitig sind homosexuelle Männer in anderen Ländern zu etwa einem Drittel mit Frauen verheiratet, an die der Virus dann oft weitergegeben wird.

Speziell in Mauritius, Kenia, Sansibar und Tansania spielt auch die Übertragung durch mehrfachgenutzte Nadeln zwischen Menschen, die intravenös Drogen konsumieren, eine große Rolle bei der Infektion (vgl. ebenda). Nirgendwo sonst ist das Problem der Übertragung des HI-Virus von infizierten Müttern auf ihre Kinder so groß wie im südlichen Afrika, aber immerhin bekamen 2009 schon 54% aller betroffenen schwangeren Frauen antiretrovirale Medikamente, eine markante Steigerung um beinahe 40 Prozentpunkte seit 2005. Immer noch 130.000 Kinder unter 15 Jahren wurden neu infiziert, auch wenn die Zahlen rückläufig sind (vgl. ebenda). Kinder infizieren sich in Afrika aber nicht nur bei der Geburt. Der Aberglaube, Aids wieder „loswerden“ zu können, wenn man Sex mit einer Jungfrau hat, führt vor allem in Südafrika dazu, dass sehr viele sehr junge Mädchen vergewaltigt werden. Im Kapitel über die Situation von Kindern und Jugendlichen, die mit HIV leben oder aufgrund von Aids Waisen geworden sind, merkt der Bericht der Global Commission on HIV and the Law an (Global Commission on HIV and the Law, 2012, S. 65):

In South Africa, police statistics show that more than 40% of rape survivors who reported their assaults to the police in 2002–2003 were girls under 18 years of age, and 14% were 12 or younger.

Südafrika ist darüber hinaus das einzige Land im Subsahara Afrika, wo die Kinder- und Müttersterblichkeit seit 1990 steigt, wobei durch Aids hervorgerufene Krankheiten die häufigste Todesursache sind (vgl. UNAIDS Factsheet Subsaharan Africa, 2010, S. 2).

2.2 Ostasien und Ozeanien

In Ostasien ist die Zahl derer, die mit HIV leben, mit etwa 4,9 Millionen Menschen konstant, die Anzahl der Toten ist gestiegen (vgl. UNAIDS Fact Sheet Asia, 2010, S. 1). Die Anzahl der Neuinfektionen hat sich zwischen 2001 und 2009 um etwa 20% reduziert, während sie allerdings in Bangladesch und auf den Philippinen um ein Viertel gestiegen ist (vgl. ebenda). Sowohl in der Verteilung innerhalb der Region als auch innerhalb von einzelnen Ländern bietet sich kein einheitliches Bild. Am höchsten ist die Infektionsrate in Thailand, wo beinahe ein Prozent der Bevölkerung betroffen ist. In den ostasiatischen Staaten ist im Schnitt die Infektion mit HIV unter DrogenkonsumentInnen mit 16% relativ hoch, für Thailand und Vietnam wird sogar angenommen, dass zwischen einem Drittel und der Hälfte aller jener Menschen mit dem Virus lebt (vgl. ebenda, S. 2). In manchen Ländern der Region ist die Rate der mit HIV Infizierten unter den homosexuellen Männern sehr hoch, in Myanmar gar 29%, wo auch beinahe ein Fünftel der SexarbeiterInnen, die getestet wurden, mit HIV lebt.

In Ozeanien hat sich die Anzahl der Menschen, die mit HIV leben, zwischen 2001 und 2009 verdoppelt, am höchsten ist sie mit beinahe einem Prozent in Papua Neuguinea, während in der gesamten Region die auf Aids zurückzuführenden Todesfälle leicht gesunken sind (vgl. UNAIDS Fact Sheet Oceania, 2010, S. 1). Am häufigsten wird in Ozeanien HIV durch ungeschützten heterosexuellen Sex übertragen, in Australien und Neuseeland beispielsweise aber signifikant durch homosexuelle Kontakte. Das Injizieren von Drogen spielt eine kleine, aber nicht zu ignorierende Rolle in der Region (vgl. ebenda).

2.3 Karibik

Außerhalb Afrikas ist die Karibik mit etwa einem Prozent der Bevölkerung, welche mit HIV lebt, die Region mit der höchsten HIV Rate weltweit (vgl. UNAIDS Fact Sheet Caribbean, 2010, S. 1). Sie variiert stark zwischen Kuba mit etwa 0,1 Prozent und den Bahamas mit über 3% und die Todesfälle, die auf Aids zurückzuführen sind, sind gesunken (vgl. ebenda). Neben Afrika ist die Karibik auch die einzige Region, wo mehr Frauen als Männer mit HIV leben und es ist vor allem bezahlte Sexarbeit, die die Hauptursache für Neuinfektionen ist: gar 27% der Sexarbeiterinnen in Guyana

leben mit HIV (vgl. ebenda). Auch ungeschützte gleichgeschlechtliche sexuelle Kontakte unter Männern spielen eine große Rolle bei der Übertragung, so lebt etwa ein Fünftel aller homosexuellen Männer in Trinidad und Tobago mit HIV, ein Drittel in Jamaica. Besonders auf den Bermudas und Puerto Rico spielt auch der mehrfache Gebrauch von Nadeln für den Drogenkonsum eine signifikante Rolle bei der Übertragung von HIV (vgl. ebenda).

2.4 Osteuropa und Zentralasien

Osteuropa und Zentralasien sind jene Regionen, in denen die Rate bei den Neuinfektionen drastisch gestiegen ist. Sie hat sich zwischen 2000 und 2009 beinahe verdreifacht (vgl. UNAIDS Fact Sheet Eastern Europe and Central Asia, 2010, S. 1), so dass dort nun etwa 1,4 Millionen Menschen mit HIV leben. Russland und die Ukraine gemeinsam verzeichnen etwa 90% dieser Neuinfektionen, wobei die Ukraine mit über einem Prozent auch die größte Verbreitung von HIV meldet (vgl. ebenda). Auch die Todesfälle, die auf Aids zurückzuführen sind, sind in der gesamten Region im gleichen Zeitraum um das Vierfache gestiegen (vgl. ebenda). Besondere Verbreitung findet das HI-Virus unter DrogenkonsumentInnen, die dann wiederum ihre SexualpartnerInnen anstecken was unter anderem dazu führte, dass auch die Anzahl der Frauen, die mit HIV lebt, rasant steigt (vgl. ebenda).

Ein besonders riskantes Umfeld für die Übertragung von HIV stellen in der Region Gefängnisse dar. „It could be said that HIV is a cellmate to each of these inmates“ (Global Commission on HIV and the Law, 2012, S. 55), wobei die Gefahr der Übertragung durch Tätowieren, Nadelweitergabe für den Drogenkonsum, ungeschützten Sex und Vergewaltigungen ausgeht (vgl. UNAIDS Fact Sheet Eastern Europe and Central Asia, 2010, S. 1). Das Regionalbüro der WHO für Europa schätzt die Lage von Gefangenen besonders in Osteuropa als sehr schlecht ein und führt als Gründe für die signifikant höhere Verbreitung von HIV darüber hinaus noch schlechte Ernährung, Überbelag, schlechten Zugang zu Gesundheitsversorgung sowie die Herkunft vieler Gefangener aus Risikogruppen an (vgl. WHO Regional Office Europe).

Nach den USA ist Russland das Land mit den meisten Inhaftierten. Auf 100.000 EinwohnerInnen kommen 629 Gefangene, die HIV-Prävalenz betrug 2009 1,7%, das

ist eine Steigerung um einen halben Prozentpunkt innerhalb von zwei Jahren (vgl. ebenda). Besonders hoch ist die Verbreitung von HIV unter Gefangenen in Tadschikistan, wo im Jahr 2008 sogar 8% der Gefangenen mit HIV lebten. Die medizinische Situation für Häftlinge in Osteuropa wird noch durch zusätzliche Faktoren wie Tuberkulose, Hepatitis C, sexuell übertragbare Infektionen und einen allgemein schlechten Gesundheitszustand verschärft (vgl. ebenda). So wie bei vielen anderen Menschen, die marginalisierten Gruppen angehören, wären Programme zur Risikominimierung (harm reduction) – also beispielsweise der Tausch von Spritzen und Nadeln, leicht zugängliche Kondome usw. – mehr als notwendig, sind aber politisch oder moralisch nicht opportun, was zu einer beschleunigten Ausbreitung des Virus führt.

2.5 Lateinamerika

In Lateinamerika ist die Situation recht stabil, es gibt eine leicht sinkende Anzahl von Neuinfektionen und gleichzeitig mehr Menschen, die mit HIV leben, weil sie in den Genuss von moderner medizinischer Therapie kommen (vgl. UNAIDS Fact Sheet Central and South America, 2010, S. 1). Die mit Aids in Zusammenhang stehenden Todesfälle sind leicht gesunken. Etwa ein Drittel der Menschen, die mit HIV leben, sind in Brasilien zu Hause (vgl. ebenda). Über 50 Prozent der betroffenen schwangeren Frauen in der Region haben Zugang zu antiretroviraler Behandlung, was dazu geführt hat, dass die Anzahl der Kinder, die mit HIV auf die Welt kommen, auf niedrigem Niveau weiterhin sinkt. Besonders gefährdet, sich mit HIV zu infizieren, sind homosexuelle Männer, in einigen urbanen Gegenden leben zehn Prozent oder mehr mit HIV, in einigen Ländern der Region lag die Anzahl der Infizierten in dieser Gruppe bei über 5% (vgl. ebenda).

2.6 Naher Osten und Nordafrika

Aufgrund der schlechten Datenlage im Nahen Osten und Nordafrika sind die Aussagen zur Entwicklung der Pandemie nicht sehr verlässlich (vgl. UNAIDS Fact Sheet Middle East and North Africa, 2010, S. 1). Es kann jedoch davon ausgegangen werden, dass sowohl die Neuinfektionen, die Todesfälle, wie auch die Anzahl der Menschen, die mit HIV leben, stark gestiegen sind (vgl. ebenda). In Djibouti und im Südsudan sind vor allem schwangere Frauen betroffen (über ein

Prozent), im Irak leben 14 Prozent aller DrogenkonsumentInnen mit HIV (vgl. ebenda). Zahlen zu Männern mit gleichgeschlechtlichen Beziehungen gibt es aus Ägypten, wo 6% mit HIV leben, und aus dem Sudan, wo es 8-9% sind. Zwischen zwei und vier Prozent der Sexarbeiterinnen in Algerien, Marokko und im Jemen leben mit dem Virus (vgl. ebenda).

2.7 Nordamerika und Westeuropa

Die HIV Epidemie ist auch in Nordamerika und Westeuropa nicht zu Ende (vgl. UNAIDS Fact Sheet North America and Western Europe, 2010, S. 1), wo im Jahr 2009 etwa 2,3 Millionen Menschen mit HIV lebten – ein Zuwachs von einem Drittel seit 2001, was auf neuere und bessere Medikamente zurückzuführen ist. Die Anzahl der Neuinfektionen nahm leicht zu, die mit Aids in Zusammenhang stehenden Tode jedoch leicht ab (vgl. ebenda). Sowohl in Nordamerika (74%) als auch in Europa (71%) waren vor allem Männer betroffen und ungeschützter gleichgeschlechtlicher Sex ist der Hauptgrund für die Ausbreitung des Virus, wo Daten aus 23 europäischen Ländern zeigen, dass die jährlichen positiven Diagnosen zwischen 2001 und 2009 um 86% gestiegen sind (vgl. ebenda). In Nordamerika liegt die Neuinfektionsrate unter Menschen mit afrikanischem oder indigenem Ursprung weit über jener der weißen Bevölkerung (vgl. ebenda).

2.8 Menschen, die in Österreich mit HIV leben

Den besten Überblick über die Situation in Österreich gibt die halbjährlich fortgeschriebene Kohortenstudie (Austrian HIV Cohort Study (AHIVCOS)), bei der die Daten aus sieben österreichischen Behandlungszentren anonymisiert zusammengefasst werden. Danach lebten 2011 in Österreich etwa 7043 Personen mit HIV, wobei angenommen wird, dass davon ca. 1625 ihren Status nicht kennen (vgl. Zangerle, Gogl, Hillisch, Kitchen, Scarcletti, & Sturm, 2012, S. 17ff).

Täglich infizieren sich ein bis zwei Menschen in Österreich neu mit HIV, was etwa 50 Neuinfektionen pro einer Million EinwohnerInnen pro Jahr entspricht, womit sich Österreich im Mittelfeld der „alten“ EU Mitgliedstaaten befindet. 28,4% der Menschen, die in Österreich mit HIV leben, sind weiblich, am höchsten ist der Prozentsatz mit 36,4% in Vorarlberg. Von jenen, die sich bei heterosexuellem

Geschlechtsverkehr mit dem HI-Virus infiziert haben, sind 51,4% weiblich, hier findet sich der größte Anteil mit 57,1% in Oberösterreich. Von den Frauen, die sich über sexuelle Kontakte infiziert haben, kommen 33,8% aus einem Land mit einer besonders hohen HIV Prävalenz, 11,3% hatten Sex mit einer Person aus eben einem solchen Land, 11,2% mit Drogenkonsumenten (vgl. ebenda, S. 21).

Seit 2008 ist von der Anzahl her die häufigste Übertragungsart gleichgeschlechtlicher Sex zwischen Männern, gefolgt von heterosexuellen Kontakten und an dritter Stelle das Injizieren von Drogen. Der letzte Fall von einer vertikalen Übertragung – also von der Mutter auf das Neugeborene – kam in Österreich im Jahr 2008 vor, generell war diese Art der Übertragung aber nie ein großes Problem für Babies, die in Österreich geboren wurden (vgl. ebenda, S. 20). In jüngerer Zeit sind aber zumindest zwei Fälle darauf zurückzuführen, dass die Mütter die Existenz von Aids leugneten bzw. nicht akzeptierten, dass sie selbst erkrankt waren und daher eine Behandlung ablehnten (vgl. ebenda, S. 23).

90,1 Prozent der Menschen, die in einem der sieben teilnehmenden Zentren behandelt wurden, bekamen eine antiretrovirale Therapie (vgl. ebenda, S. 16). Der im internationalen Vergleich hohe Prozentsatz ist unter anderem darauf zurückzuführen, dass über 99% aller in Österreich lebenden Menschen eine Krankenversicherung haben, die die Kosten für die Behandlung zu übernehmen imstande ist.

Seit 1985 betrachtet wird das Alter, in dem HIV diagnostiziert wird, immer höher und lag zuletzt bei etwa durchschnittlich 34 Jahren (vgl. ebenda, S. 24), wobei PatientInnen, die sich aufgrund Drogenkonsums angesteckt hatten, mit etwa 24 Jahren wesentlich jünger waren, als jene, die dies durch heterosexuellen Geschlechtsverkehr taten, sie waren bei der Diagnose über 40 Jahre alt. Signifikant gestiegen ist das Durchschnittsalter der Menschen, die in Österreich mit HIV leben: war im Juli 2002 das Medianalter der in Behandlung befindlichen bei 39,3 Jahren, so liegt es im Jänner 2012 bei 44 Jahren (vgl. ebenda, S. 26f), wobei die Frauen generell jünger sind als die behandelten Männer.

Wenn man die Herkunft der Menschen betrachtet, die in Österreich im Jahr 2011 positiv auf HIV getestet wurden, dann ergibt sich eine große Mehrheit von 70,3

Prozent jener, die österreichische Staatsbürgerschaft haben, 6,9 Prozent eine aus Westeuropa, 9,4% eine aus einem Land in Süd- oder Osteuropa, 2,2% von Nachfolge-Staaten der Sowjetunion, 2,9% eine aus Asien und 6,9% von afrikanischen Ländern (vgl. ebenda, S. 29f). Vor allem, wenn die Infektion von heterosexuellen Kontakten her stammt, spielt die Herkunft aus einem Land mit hoher Prävalenz³ eine große Rolle.

Signifikant ist der Rückgang der Todesfälle seit Anwendung von antiretroviralen Therapien: während im Jahr 1994 noch 47% der Männer und 56,2% der Frauen, die mit Aids lebten, gestorben sind, ist diese Rate auf unter 10% der Männer und unter 5% der Frauen gefallen. Am wahrscheinlichsten war ein Tod jener Menschen, die sich durch Drogenkonsum infiziert hatten (vgl. ebenda S. 133). Bisher sind in Österreich 1851 Menschen an Krankheiten gestorben, die mit Aids in Zusammenhang standen bzw. dadurch ausgelöst wurden, in durchschnittlich 41,6% der Fälle brach Aids in weniger als einem halben Jahr nach der positiven Testung auf HIV aus (vgl. ebenda. S. 35ff).

Dabei fällt auf, dass vor allem in Kärnten (68,2%) und in Salzburg (61,5%) Aids sehr oft innerhalb des ersten halben Jahres nach dem positiven Test ausbrach, woraus auf eine sehr späte Bereitschaft, sich testen zu lassen, zu schließen ist. Daraus wiederum kann man auf hohe Stigmatisierung schließen. Auch wenn Österreich im europäischen Schnitt eine sehr hohe Rate an HIV Tests vorweist⁴, gibt es doch mit 20-25% einen hohen Anteil an PatientInnen, die in ihrem Krankheitsverlauf schon weit fortgeschritten sind, bis ihr HIV Status klar ist. Am frühesten – was den Krankheitsverlauf betrifft – lassen sich homosexuelle Männer testen. Infektionen, die mit HIV einhergehen, sind vor allem Syphilis, Tuberkulose, Hepatitis C und B, beides auch in chronischer Form (vgl. ebenda, S. 47ff).

Geschlechtsspezifische Unterschiede bestehen sowohl im früheren Alter der ersten positiven Testung bei Frauen, als auch im Vorkommen der häufigsten Übertragungsarten: Bei Frauen ist dies mit 65,9% ein heterosexueller Kontakt,

³ Als Länder mit hoher Prävalenz gelten solche, die eine HIV-Infektionsrate unter Erwachsenen von größer oder gleich einem Prozent haben.

⁴ Laut einer Studie des LBI für Health Technology Assessment mit dem Titel „HIV Testung an der Allgemeinbevölkerung – internationale Empfehlungen und reale Risiken für HIV-Infektionen für Gesundheitsberufe“ werden in Österreich gemessen an der Gesamtbevölkerung die meisten HIV Tests durchgeführt, etwa 800.000 pro Jahr, nicht alle sehr zielgerichtet.

gefolgt von 26,4%, wo Drogen injiziert werden. Bei Männern hingegen ist an erster Stelle (45,9%) ein homosexueller Kontakt der Grund für eine Infektion, es folgen mit 23,3% heterosexuelle Kontakte und in 20,9% der Fälle ist das Injizieren von Drogen der Anlass (vgl. ebenda, S. 53ff).

Bei einem der regelmäßigen Treffen zum Thema HIV im Gesundheitsministerium mit unterschiedlichen Stakeholdern im Oktober 2012⁵ machte Jean-Paul Klein, Leiter der Abteilung für Impfwesen, HIV/Aids und Tuberkulose in der Sektion III des Gesundheitsministeriums, auf die Tatsache aufmerksam, dass in Verfolgung der Kohortenstudien der letzten Jahre die Anzahl der homosexuellen Männer, die mit HIV leben, überproportional angestiegen ist, konkret sich seit 2005 verdreifacht hat. Es ist unklar, ob es hier zu einem Schub an Infektionen kam, oder ob sich jene Männer in letzter Zeit öfter testen lassen. Jedenfalls wird die Entwicklung dieser Zahlen in naher Zukunft besonders genau beobachtet werden und die Aidshilfen werden ein spezielles Augenmerk auf diese Zielgruppe in ihrer Präventionsarbeit werfen.

⁵ bei welchem ich als Vorsitzende des entwicklungspolitischen Unterausschusses im Nationalrat teilnehme

3 Was Aids und Menschenrechte miteinander zu tun haben

Im Vergleich zu der relativ kurzen Zeit, in der Aids im kollektiven Bewusstsein und in der politischen Wahrnehmung verankert ist, hat die Diskussion über die Notwendigkeit, Aids nicht ohne Beachtung der Menschenrechte erfolgreich bekämpfen zu können, schon sehr bald begonnen. Einer der ersten, der sich systematisch und wissenschaftlich damit auseinandersetzte war Jonathan Mann in den frühen 1990ern. Institutionalisiert ist die Auseinandersetzung mit Aids und Menschenrechten am eindrucksvollsten im Bereich der Vereinten Nationen gelungen, wo im Zuge der Programmreform 1997 der damalige UN Generalsekretär Kofi Annan alle Teilorganisationen aufgefordert hat, ein Menschenrechts-Maistreaming bei all ihren Programmen und Aktivitäten im Rahmen ihres jeweiligen Mandats einzuleiten, den Human Rights Based Approach (vgl. UN Agencies, The Human Rights Based Approach to Development Cooperation, 2003). Das momentan wohl wichtigste Dokument als Grundlage für die Schwerpunktsetzung in der Entwicklungspolitik, die acht Millennium Development Goals, widmen eines ihrer Ziele sogar dezidiert der Bekämpfung von Aids und Malaria, ohne allerdings die Beachtung der Menschenrechte direkt in dem Programm mit zu erwähnen. Eine umso prominentere Rolle spielen die Grund- und Menschenrechte dafür in der Deklaration der VN Generalversammlung von 2001, der Declaration of Commitment on HIV/AIDS, wo ihrer untrennbaren Verbundenheit im erfolgreichen Umgang mit der Krankheit sogar ein eigenes Kapitel eingeräumt wird.

3.1 Jonathan Mann – ein Pionier

Einer der ersten prononcierten Verfechter, die Anstrengungen gegen Aids mit der Achtung der Menschenrechte in engem Kontext zu sehen, war Jonathan Mann, der ab 1986 als erster Leiter des weltweiten Aids Programms der WHO fungierte. Seinem Credo folgend, dass “social marginalisation, discrimination, and stigmatisation, in other words a lack of respect of human rights and dignity, is itself a root cause of the epidemic” (Francoise-Xavier Bagnoud Center for Health Rights),

sah er Aids nicht nur als medizinisches sondern als ein Problem der Missachtung der Menschenrechte und baute in diesem Sinne das Aids Programm der WHO zum größten einzelnen Programm in der Geschichte der Organisation auf (vgl. ebenda). Er legte seine Position aus Protest gegen das mangelnde Bewusstsein der Vereinten Nationen für Aids und die seiner Meinung nach nicht ausreichende Tätigkeit des damaligen Direktors der WHO, Hiroshi Nakajima, im Jahr 1990 zurück.

Jonathan Mann sprach sich für das Zusammenspiel von öffentlichen Gesundheitszielen und menschenrechtlichen Normen aus und entwickelt einen systematischen Ansatz für das Überwinden von Konflikten in diesem Spannungsfeld: das Four-Step Impact Assessment (vgl. Mann, Gruskin, Grodin, & Annas, 1999, S. 49 f), mit dem eine Folgenabschätzung getroffen werden kann, in wie weit Politik und Programme in ihren möglichen Kombinationen sowohl eine gute öffentliche Gesundheitsversorgung als auch den respektvollen Umgang mit Menschenrechten ermöglichen.

Als Einleitung zum Kapitel „AIDS and Human Rights“ im Buch „AIDS in the world“, wo er dieses Modell zur Folgenabschätzung beschreibt, merkt er zur Wichtigkeit, die Diskriminierung zu beseitigen, und zur Tatsache der direkten Verbundenheit von Gesundheit und Menschenrechten an (Mann, Tarantola, & Netterm, AIDS in the world, 1992, S. 537):

The heated, intense dialogue between public health and human rights has been one of the most important and unanticipated outcomes of the first decade of the AIDS pandemic. Discrimination has been identified as both counterproductive for public health effectiveness and as a major underlying cause of ill health worldwide. It is reasonable to speak of a „revolution“ in thinking about health through its inextricable connection with human rights.

Darüber hinaus beschreibt er die in ihren Menschenrechten besonders benachteiligten Zielgruppen, die durch die Krankheit und hier speziell durch Kontrollmaßnahmen ein zweites Mal diskriminiert werden und nennt dabei Gefangene, SexarbeiterInnen, Asylsuchende (und meint wohl MigrantInnen generell, Anmerkung) sowie drogenabhängige Menschen (ebenda, S. 542):

The general global pattern of human rights violations has been repeated in the context of Aids: violations have been at their worst for people least able to assert and protect their rights, such as prisoners, commercial sex workers, asylum seekers, or drug-dependent persons. They have become targets of compulsory or coercive AIDS control measures, and this has created an additional need to link AIDS with broad human rights.

Weiter beschreibt er ein Problem, das etwa zehn Jahre nach der ersten Beschreibung der Krankheit neu auftauchte: Die mögliche Ansteckungsgefahr mit der Krankheit als Rechtfertigung für die Diskriminierung von Menschen, die mit HIV leben und von jenen, die ihnen nahe stehen. Die Antwort kann nach Meinung von Mann nur darin bestehen, Menschenrechte konsequent zu garantieren und Antidiskriminierung auf internationaler Ebene zu verankern (ebenda):

Finally, fresh problems have also arisen in the context of the HIV/AIDS pandemic: fear of contagion has been used to discriminate against people who are or might be HIV positive and those associated with them, thereby creating new grounds for discrimination – the status of potential infectiousness – and the consequent need for human rights safeguards. The lack of an explicit international prohibition of discrimination on the grounds of health status has led to national interpretations whose nature and scope varied widely.

3.2 Sichtweise innerhalb der VN und ihrer Agenturen

3.2.1 The Human Rights Based Approach der VN

Dieses zwischen einzelnen VN-Organisationen akkordierte Papier zu einem menschenrechtsbasierenden Ansatz für die Arbeit der einzelnen Agenturen kann als Grundlage für alle Arbeitsbereiche der Vereinten Nationen gesehen werden. Erstmals prominent publiziert wurde es im Annex B des UNICEF Report 2004 (vgl. UNICEF, 2004, S. 91f)

Basierend auf einem Aufruf Kofi Annans, haben vor dem Zustandekommen der gemeinsamen Herangehensweise viele VN Teilorganisationen ihren jeweiligen Menschenrechtszugang präzisiert und definiert, jede mit spezifischer Nähe zum jeweils eigenen Arbeitsbereich. Aber überall dort, wo mehrere VN-Organisationen – etwa bei Missionen vor Ort oder bei akkordierter Entwicklungszusammenarbeit – gemeinsam tätig waren, wurde sehr bald klar, dass mit dem Stückwerk kein Auslangen zu finden war und die Notwendigkeit nach einem gemeinsamen Verständnis von grundlegender Menschenrechtsarbeit bestand (vgl. ebenda). Ein solches gemeinsames Verständnis des Menschenrechts-Zugangs und dessen

praktischer Umsetzung musste entwickelt werden, um eine kohärente und konzise Menschenrechtspolitik – damals noch ausschließlich für den Bereich der Entwicklungszusammenarbeit – gewährleisten zu können. Zu diesem Zweck fand im Zusammenhang mit der UN-Reform ein „Interagency Workshop on a Human Rights Based Approach“ im Mai 2003 statt. In dem dort entstandenen Dokument „The Human Rights Based Approach to Development Cooperation – Towards a Common Understanding Among UN Agencies“ (vgl. UN Agencies, 2003) werden drei Eckpfeiler definiert, innerhalb derer die Entwicklungs-Kooperation und Entwicklungsprogramme der VN Agenturen stattfinden sollen:

Common Understanding

All programs of development co-operation, policies and technical assistance should further the realization of human rights as laid down in the Universal Declaration of Human Rights and other international human rights instruments.

Human rights standards contained in, and principles derived from, the Universal Declaration of Human Rights and other international human rights instruments guide all development cooperation and programming in all sectors and in all phases of the programming process.

Development cooperation contributes to the development of the capacities of 'duty-bearers' to meet their obligations and/or of 'rights-holders' to claim their rights.

In dem Dokument wird zu den drei erwähnten Punkten dann näher ausgeführt, wie der Human Rights Based Approach (HRBA) zu verstehen und innerhalb des Systems der VN umzusetzen ist (vgl. UN Agencies, The Human Rights Based Approach to Development Cooperation, 2003, S. 1ff):

Ad 1. Zur Förderung der Realisierung der Menschenrechte in allen Programmen, die sich an der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte und anderen dementsprechenden Instrumenten orientieren sollen:

Es wird ein prinzipieller Menschenrechtszugang in allen Programmaktivitäten eingefordert, ein bloß zufälliger Beitrag zur Realisierung der Menschenrechte entspricht nicht der Intention des HRBA. Vielmehr muss es Ziel aller Programme und Aktivitäten sein, einen konkreten Beitrag zur Realisierung von einem oder mehreren Menschenrechten zu leisten.

Ad 2. Zum Verständnis, dass Menschenrechtsstandards und –prinzipien, wie sie in der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte und anderen intentionalen

Dokumenten festgelegt sind, in allen Entwicklungskooperationen und Programmen in allen Sektoren und allen Phasen des Programm-Prozesses als Leitidee zum Tragen kommen müssen:

Unter Sektoren werden beispielsweise Gesundheit, Ausbildung, Regierungsführung, Ernährung, Wasser und Abwasser, HIV/Aids, Beschäftigung und Arbeitsbeziehungen sowie soziale und ökonomische Sicherheit verstanden. Der Terminus „alle Phasen des Programm-Prozesses“ beinhaltet die Bewertung und Analyse, die Planung und das Design von Programmen inklusive der Festlegung von Zielen, Grundsätzen und Strategien, aber auch die Durchführung, die Kontrolle und die abschließende Bewertung. Unter die Menschenrechtsprinzipien fallen die Universalität und die Unveräußerlichkeit ebenso wie die Unteilbarkeit, die Verflechtung und die gegenseitige Abhängigkeit der Menschenrechte. Prinzipien sind weiter die Nicht-Diskriminierung und die Gleichheit, die Teilhabe und die Inklusion, ebenso die Rechenschaftspflicht und die Rechtstaatlichkeit.

Ad 3. Zum Leitgedanken, dass Entwicklungsprogramme zum Aufbau von Kapazitäten der Pflichten-TrägerInnen dienen, damit sie ihre Verpflichtungen einhalten können, ebenso wie zum Empowerment der RechtsinhaberInnen beitragen, damit diese ihre Rechte einfordern können:

In einem HRBA bestimmen die Menschenrechte die Beziehung zwischen Individuen und Gruppen mit gültigen Forderungen, also der RechtsinhaberInnen, und dem Staat oder nichtstaatlichen AkteurInnen mit entsprechenden Verpflichtungen, also den Pflichten-TrägerInnen. Ein HRBA identifiziert diese Gruppen mit ihren Anspruchsberechtigungen und ihren Verbindlichkeiten und arbeitet an der Stärkung ihrer Leistungsfähigkeit, diese einzufordern bzw. diese zu erfüllen.

Das Dokument definiert weiter die Konsequenzen und Begleiterscheinungen eines HRBA auf die Entwicklungsprogramme der VN Teilorganisationen und macht darauf aufmerksam, dass „good programming practices“ alleine noch keine Herangehensweise begründen, die einen Menschenrechtsanspruch erfüllen könnten, sondern dass dazu zusätzliche Elemente nötig sind. Menschenrechtsansprüche müssen analysiert und bewertet werden, die strukturellen Gründe für die Nicht-Realisierung der Menschenrechte müssen offengelegt werden, es müssen Strategien

zur Kapazitätsentwicklung für die Umsetzung von Menschenrechten entwickelt werden, bei der Evaluierung müssen sowohl der Erfolg wie auch der Prozess dorthin betrachtet werden, und Programme müssen sich auch aus den Informationen von internationalen Menschenrechtsinstitutionen und Mechanismen speisen (vgl. ebenda, S. 3).

Weitere Elemente zur Umsetzung eines HRBA inkludieren, dass betroffene Menschen als HauptakteurInnen ihrer eigenen Entwicklung angesehen werden müssen und nicht als passive EmpfängerInnen von Waren und Dienstleistungen, dass Partizipation sowohl als Methode als auch als Ziel zu betrachten ist und dass jede Strategie das Element des Empowerments in sich tragen muss. Analysen müssen alle Beteiligten am Entwicklungsprozess betrachten, Programme müssen sich vor allem an marginalisierte, benachteiligte und ausgeschlossene Gruppen richten, die Ownership der lokalen Gemeinschaften ist in den Mittelpunkt zu stellen und Programme müssen darauf ausgerichtet sein, Disparitäten zu reduzieren. Synergien von top-down und bottom-up Ansätzen sind zu nutzen, bei der Analyse der Ist-Situation sind sowohl dringende, grundlegende als auch elementare Gründe für Entwicklungsprobleme zu untersuchen, es sind messbare Ziele zu definieren und strategische PartnerInnenschaften zu entwickeln und zu stärken. Letztendlich müssen die Programme die Verantwortung aller Stakeholder stärken. (vgl. UNICEF, 2004, S. 91ff)

Waren zum Zeitpunkt der Entwicklung die Eckpunkte des oben beschriebenen HRBA noch ausschließlich Leitlinien für VN Organisationen bei der Programmierung und Umsetzung von Entwicklungszusammenarbeit, so werden diese mittlerweile auch – laut Auskunft von Susan Timberlake, Senior Adviser on Human Rights and Law bei UNAIDS – von vielen Institutionen außerhalb der Vereinten Nationen und von Staaten als Guidelines für ein Menschenrechtsmainstreaming auch in anderen Politikbereichen als der Entwicklungspolitik berücksichtigt. Sie können also auch als Messlatte für die Frage nach der Verfolgung einer menschenrechts-geleiteten Politik in den anderen Fragestellungen dieser Arbeit dienen.

3.2.2 UNAIDS

UNAIDS als das gemeinsame Programm der VN zu Aids, das unterschiedliche Kräfte bündelt und im Schnittpunkt von unterschiedlichen VN Agenturen wie z.B. UNHCR, UNICEF, WFP, UNDP, UNFPA, UNODC, ILO, UNESCO, WHO und einigen mehr arbeitet, verfolgt ebenfalls schon seit den 1990ern einen Ansatz im Umgang mit Aids, der die Beachtung und reale Umsetzung von Menschenrechten mit einschließt.

In der Analyse von UNAIDS (vgl. Aggleton, Wood, Malcolm, & Parker, 2005, S. 11) gehen Stigmatisierung und Diskriminierung oft Hand in Hand, sie „legitimieren“ und bestärken sich gegenseitig. Diskriminierung kann als die Inkraftsetzung von Stigmatisierung bezeichnet werden, Diskriminierung wiederum bestärkt und unterstützt Stigmata. Wenn Diskriminierung als Menschenrechtsverletzung angesehen wird (was zweifellos zutrifft und im nächsten Kapitel näher erläutert wird), dann lässt sich eine Art Teufelskreis von Stigmatisierung, Diskriminierung und Menschenrechtsverletzung zeichnen, den in dieser Form Miriam Maluwa und Peter Aggleton entwickelt haben.

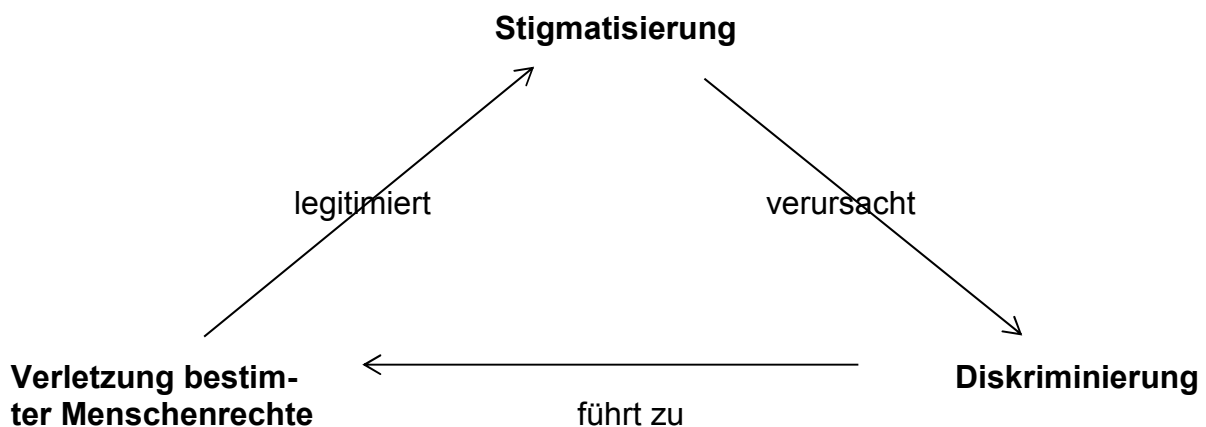


Abbildung 1: Cycle of stigma, discrimination and human rights violations

Quelle: (vgl. Aggleton, Wood, Malcolm, & Parker, 2005, S. 11)

3.2.3 WHO

Die WHO spricht den Konnex zwischen Aids und Menschenrechten in einer ganzen Reihe von Dokumenten an, in welchen sie auf verschiedene, besonders verletzte Zielgruppen eingeht wie etwa Frauen, die von Gewalt oder weiblicher Genitalverstümmelung betroffen sind, Inhaftierte, Kinder, geistig behinderte Menschen und viele mehr.

In der aktuellen Strategie zu HIV und Aids der WHO "A new health sector agenda for HIV/AIDS", die für die Jahre 2011 bis 2015 gültig ist, wird die Verbindung zu den Menschenrechten in dem Kapitel angesprochen, wo es um die Reduktion der Verletzlichkeit und um die Beseitigung von strukturellen Barrieren in der Zugänglichkeit von Gesundheitsleistungen geht (WHO, 2011, S. 7):

The elimination of stigma and discrimination in health services delivery and the introduction of policies and practices to monitor human rights abuses are critical to an effective national response. Attitudes of discrimination, distrust and denial serve to compound the existing social and economic problems of individuals who are already vulnerable. Too often, adoption of a 'moralistic' stance also means that the evidence on effective approaches is overlooked.

Die WHO will sich daher bemühen, Gesetze, Politiken und Praktiken voran zu bringen, die die Menschenrechte schützen, und Diskriminierung im Gesundheitssektor eliminieren, ArbeitnehmerInnen im Gesundheitswesen dementsprechend schulen, Länder in ihrer Herangehensweise an besonders gefährdete Gruppen sensibilisieren und die Effektivität von Gesundheitsmaßnahmen quantifizieren (vgl. ebenda).

3.2.4 The Global Commission on HIV and the Law

The Global Commission on HIV and the Law war eine auf 18 Monate durch UNAIDS eingesetzte und von UNDP technisch unterstützte Kommission mit dem Auftrag, wirkungsvolle Wege im Zusammenhang mit HIV und Gesetzgebung sowie ihre Implikation auf die weltweite Gesundheit und Entwicklung aufzuzeigen. Ziel war es, Vorschläge für ein rechtliches Umfeld zu schaffen, das effektiv und effizient auf die Herausforderungen eingeht, die HIV und Aids global mit sich bringen. Wenn auch als Vorsitzender der Kommission der ehemalige brasilianische Präsident Fernando Henrique Cardoso fungierte, so war doch wohl die schillerndste Figur und gleichzeitig treibende Kraft Michael Kirby, pensionierter australischer Höchstrichter, der sich vor

allein die Umsetzung von Menschenrechten als wirkungsvollstes Instrument gegen die Ausbreitung von HIV auf die Fahnen geschrieben hat. Gleich die Einleitung des 1. Kapitels des Berichts, welches die Wichtigkeit von Gleichheit und Nichtdiskriminierung als tragende Prinzipien aller Menschenrechte betont, trägt seine Handschrift: (Global Commission on HIV and the Law, 2012, S. 15)

HUMAN RIGHTS: THE PILLARS OF EQUALITY

Equality and non-discrimination, inviolable in every key international human rights agreement, are the pillars on which all other human rights rest. So, although there is no binding international law expressly prohibiting discrimination on the basis of HIV status, those two principles guide and support the denunciation of discrimination related to HIV status and against the people it affects.

Im Juli 2012 erschien der Bericht über die Arbeit der Kommission, die in sieben regionalen Konferenzen⁶ mit unterschiedlichen Stakeholdern die Fragen von Zusammenhängen zwischen Aids, Gesetzen, Menschenrechten und sozialer Gerechtigkeit diskutierte. Über 1000 ExpertInnen aus 140 Ländern reichten schriftliche Beiträge ein und mehr als 700 Fachleute und Betroffene waren in die regionalen Konferenzen involviert. (vgl. Global Commission on HIV and the Law, 2012, S. 13) Bei jener für die high income countries hatte ich die Ehre teilzunehmen. Die im Frühsommer 2012 veröffentlichten Empfehlungen bieten eine Leitschnur für gesetzgebende Körperschaften und Regierungen aber auch für internationale Institutionen, wie verbindliche völkerrechtliche Dokumente, Gesetze und deren legislative Umsetzung in die Praxis sowohl eine wissenschaftliche Grundlage, Pragmatismus, Menschlichkeit sowie Gerechtigkeit in sich vereinen können. Höchste Wichtigkeit wird dabei einem rechtlichen Umfeld zugesprochen, das die weltweit anerkannten Menschenrechte verteidigt und weiter befördert (vgl. ebenda, S. 7). Wohl am besten zusammengefasst ist die Intention der Arbeit der Global Commission on HIV and the Law in diesem Aufruf an Regierungen, die Zivilgesellschaft und internationale Institutionen (ebenda, S. 9):

⁶ organisiert nach der Methode von Town Hall Meetings, also Bürgerversammlungen zu einem gewissen Thema, wo es nicht nur darum geht, sich selbst aktiv einzubringen, sondern besonders darum, andere Meinungen zu hören, was auch für hochrangige PolitikerInnen gilt.

To ensure an effective, sustainable response to HIV that is consistent with human rights obligations, the Commission forcefully calls for governments, civil society and international bodies to:

- Outlaw all forms of discrimination and violence directed against those who are vulnerable to or living with HIV or are perceived to be HIVpositive. Ensure that existing human rights commitments and constitutional guarantees are enforced.*
- Repeal punitive laws and enact laws that facilitate and enable effective responses to HIV prevention, care and treatment services for all who need them. Enact no laws that explicitly criminalize HIV transmission, exposure or non-disclosure of HIV status, which are counterproductive.*

Diese Erkenntnis, dass mit Aids zusammenhängende Gesetze, die vor allem strafenden Charakter haben und die Übertragung von HIV kriminalisieren, den Erfolg in der Bekämpfung der Krankheit nicht nur behindern sondern sogar konterkarieren, ist wohl eine der zentralsten des Berichts. Nur wenn die Diskriminierung jener Menschen, die mit HIV leben, oder am verwundbarsten sind, damit angesteckt zu werden, beendet und deren Menschenrechten zum Durchbruch verholfen wird, gibt es gleichzeitig auch eine Chance, Aids global zu besiegen. Die Achtung der Menschenrechte von Männern und Frauen, die mit HIV leben, bringt diesen also nicht nur individuellen Nutzen sondern ist unabdingbar, um der Ausbreitung der Krankheit als solches Einhalt zu gebieten.

Der Bericht bemerkt dazu, dass viele Gesetze Angehörige von Risikogruppen gleichsam entmenslichen anstatt sie zu beschützen, öffentliche Institutionen und Gesetze erhöhen ihre Verwundbarkeit mit dem Virus dadurch noch mehr (vgl. ebenda, S. 8). Oft aufgrund von religiösen oder moralischen Wertvorstellungen ist zum Beispiel gleichgeschlechtliche Liebe verboten, ebenso wird mit nichtkonformem Geschlechterverhalten, also z.B. Transsexualität, verfahren. Dies kann dazu führen, dass Beschäftigte im Gesundheitssystem sich nicht getrauen, einer homosexuellen Person medizinisch zu helfen, da die Angst besteht, sich eventuell durch Beihilfe, Anstiftung oder das Nicht-Melden strafbar zu machen. Also wird die Hilfeleistung gleich ganz unterlassen. Auch indem Sexarbeit oder die Konsumation von illegalen Drogen kriminalisiert werden, drängt man Menschen in den Untergrund, da sie sich – ja quasi mit einem verbrecherischen Lebenskonzept – oft nicht trauen, öffentliche Gesundheitseinrichtungen aufzusuchen, Gewalt gegen sich bei der Polizei anzuzeigen oder in sonst einem Zusammenhang auf die ihnen als Menschen zustehenden Rechte bei öffentlichen Autoritäten zu pochen (vgl. ebenda).

Die nachstehende Grafik von UNAIDS illustriert am Beispiel eines homosexuellen Mannes das breite Bündel an Ängsten, das Menschen mit sich tragen, wenn ihnen aufgrund ihres Lebens mit HIV vor allem mit Stigmatisierung, Misstrauen und Verachtung begegnet wird.

I am Gay: 5 things I fear



*MSM is the acronym for men who have sex with men



Sources

1. The Global HIV epidemics among men who have sex with men. Beyrer, C. et al. The World Bank. 2011
2. State-sponsored Homophobia—A World Survey of Laws Prohibiting Same-Sex Activities Between Consenting Adults. ILGA.
3. HIV Prevalence, Risks for HIV Infection, and Human Rights among Men Who Have Sex with Men (MSM) in Malawi, Namibia, and Botswana. Baral, S. et al. PLoS One 4 (8): e8997.
4. Bringing HIV Prevention to Scale: An Urgent Global Priority. Global HIV Prevention Working Group. 2007.
5. Global report: UNAIDS report on the global AIDS epidemic. UNAIDS. 2010.

©2012 UNAIDS. All rights reserved.

Abbildung 2: I am Gay: 5 things I fear

Quelle: "Together we will end Aids" Report, Page 67

Viele Menschen lassen sich aufgrund dessen, dass Aids oft mit ihrem offiziellerseits nicht geduldeten Lebensstil assoziiert wird, erst gar nicht testen. Sie wissen dann nicht, ob sie mit HIV leben und können dementsprechend keine Präventionsmaßnahmen ergreifen, um sich und andere zu schützen. Indem sie als Individuen kriminalisiert werden, wird ihre Krankheit mit kriminalisiert, was zur weiteren Ausbreitung führt, wie der Bericht der Global Commission on HIV and the Law beschreibt (ebenda, S. 20):

Indeed, the fear of prosecution isolates them and discourages them from getting tested, participating in prevention or treatment programmes or disclosing their status to partners. [...] The criminal justice system fights the health care system—one repelling, the other reaching out to people vulnerable to or affected by HIV. By dividing populations into the sick and the healthy or the guilty and the innocent, criminalisation denies the complex social nature of sexual communities and fractures the shared sense of moral responsibility that is crucial to fighting the epidemic.

Eine der effektivsten Präventionsmaßnahmen ist heute eine moderne medizinische Behandlung mit antiretroviraler Medizin, mit der es unter guten Voraussetzungen normalerweise gelingt, dass die Viruslast der betroffenen Menschen so klein wird, dass sie auf üblichem Weg kaum mehr andere Menschen infizieren können, also z.B. durch Sex oder den Geburtsvorgang. Indem sie aber keine adäquate medizinische Behandlung und sozialen Schutz bekommen, übertragen sie die Krankheit – oft unwissend – weiter. Denn auch Information und Aufklärung, wie das Virus übertragen wird, fehlt gerade bei jenen Zielgruppen am häufigsten, die dem Risiko sich zu infizieren am meisten ausgesetzt sind.

Auch Maßnahmen zur Risikominimierung (harm reduction) werden in einem solchen rechtlich, moralisch oder religiös repressiven Umfeld unmöglich, bzw. werden sie durch Doppelmoral und eine unklare Gesetzeslage unterlaufen. So werden etwa in Städten wie New York City oder Washington DC aus Überlegungen der öffentlichen Gesundheitsvorsorge und der Aidsprävention gratis Kondome verteilt, gleichzeitig kann die Polizei, wird man etwa an einer Hausecke wartend angehalten, den Besitz von mehr als drei Kondomen als Beweis dafür werten, dass man SexarbeiterIn ist – und Prostitution ist in beiden Städten verboten.

In einer kleinen Arbeitsgruppe zu Aids im Rahmen der parlamentarischen Nachfolgekonferenz zur ICPD in Istanbul im Mai 2012 an der ich teilnahm, wurde heftig über die Frage der juristischen Zulässigkeit von Maßnahmen der harm

reduction in Gefängnissen diskutiert. Vor allem für die Vertreter von Parlamenten aus dem arabischsprachigen Raum war es undenkbar, in Gefängnissen Kondome zu verteilen. Gleichzeitig waren sich alle Anwesenden darüber einig, dass Gefängnisse keine Räume sind, in denen Sexualität und Drogenkonsum nicht stattfinden und die Zusammenhänge zwischen der hohen Anzahl von Häftlingen, die mit HIV leben, und ihrer ungeschützten Exponiertheit war für alle offensichtlich.

Trotzdem kamen einige zum Schluss, dass es mit ihren Werten und Traditionen nicht vereinbar ist, dass Kondome und saubere Spritzen verteilt werden können – schließlich sei ja sowohl Homosexualität als auch der Gebrauch von Drogen verboten und man würde mit solchen Maßnahmen illegalen Handlungen Vorschub leisten, undenkbar für ParlamentarierInnen! Auf die Frage, ob es denn besser sei, in Kauf zu nehmen, dass in Gefängnissen die Prävalenz von HIV immer größer werde, Inhaftierte ja auch einmal entlassen werden, dann Kontakt zu Menschen außerhalb der Gefängnismauern haben werden und möglicherweise ein Risiko für die weitere Ausbreitung bestehen könnte, war keine Antwort mehr zu finden, die mit den sittlichen Vorstellungen in Übereinstimmung zu bringen war.

Dieses Beispiel soll zeigen, wie schwer es ist, gegen herrschende Moralvorstellungen aber gleichzeitig im Einklang mit wissenschaftlichen Fakten eine Politik zu machen, die auf dem ersten Blick nicht klar auf der Hand liegt und möglicherweise oberflächlich betrachtet in sich widersprüchlich ist. Die Fakten zeigen auch, dass dies nicht nur im islamisch geprägten Rechts- und Kulturkreis, sondern durchaus auch in Westeuropa der Fall ist. Die Länder, in denen es – um bei diesem Beispiel zu bleiben – Sprizentauschprogramme in Gefängnissen gibt, sind nicht breit gesät.

Michale Kirby beschreibt eine Herangehensweise, in der das Gesetz dazu verwendet wird, nicht das von der Öffentlichkeit Erwartbare oder scheinbar Offensichtliche zu unternehmen und die Gesunden vor den Kranken zu schützen, sondern vielmehr Menschen, die mit HIV leben, alle Menschenrechte einzuräumen und sie zu schützen, als „the AIDS paradox“ (ebenda, S. 9):

“It is a paradox, one of the most effective laws we can offer to combat the spread of HIV is the protection of persons living with HIV, and those about them, from discrimination. This is a paradox because the community expects laws to protect the uninfected from the infected. Yet, at least at this stage of this epidemic, we must protect the infected too. We must do so because of reasons of basic human rights. But if they do not convince, we must do so for the sake of the whole community which has a common cause in the containment of the spread of HIV.”

Die Global Commission fordert im Lichte dieser Überlegungen dazu auf, keine Gesetze zu beschließen (bzw. schon beschlossene zu ändern), die die Übertragung, die potentielle Exposition oder das Nicht-Offenlegen einer HIV Infektion kriminalisieren („Enact no laws that explicitly criminalise HIV transmission, exposure or non-disclosure of HIV status“, ebenda) und einen klaren legislativen Unterschied zur absichtlichen Übertragung des Virus zu machen. Darüber hinaus zählt sie eine ganze Reihe von möglichen Aktionsfeldern auf, bei denen durch das Achten der Menschenrechte dazu beigetragen werden kann, die Krankheit zu stoppen, wie etwa die Entkriminalisierung jeder Form von einvernehmlichem Sex zwischen Erwachsenen, gleichzeitig die Verfolgung von (sexueller) Gewalt, auch in der Ehe sowie klare Strafen für das sexuelle Missbrauchen von Kindern, die Abschaffung jeder verpflichtenden Registrierung von Menschen, die mit HIV leben, ein Umdenken in der Drogenpolitik, weg vom Strafen hin zu proaktiven Gesundheitsangeboten für Menschen, die Drogen konsumieren einschließlich Programmen zur Risikominimierung, Gesetze gegen Menschenhandel, die die Täter bestrafen und die Opfer schützen, die oft sexuell ausgebeutet werden, die gleiche Zugänglichkeit von Gesundheitseinrichtungen für MigrantInnen und EinwohnerInnen ohne Staatsangehörigkeit wie für die einheimische Bevölkerung und einiges mehr (vgl. ebenda, S. 10).

Auf Seite 21 des Berichts der Global Commission ist Österreich in einem Schaubild als eines jener Länder beschrieben, das keine Gesetze hat, die die Übertragung von Aids kriminalisieren, was im letzten Teil der Arbeit zu relativieren sein wird.

Der Bericht geht außerdem auf den Konflikt ein, den es im Zusammenhang mit geistigen Eigentumsrechten und dem Recht auf Zugänglichkeit zu moderner Medizin gibt. (vgl. Global Commission on HIV and the Law, 2012, S. 76ff) Die Produktion und das Vertreiben von auch für arme Menschen und Länder leistbaren, nachgebauten Medikamenten werden durch handelsgesetzliche Regelungen stark beeinträchtigt. Der Schutz des geistigen Eigentums und damit verbundener Profitinteressen scheint

bei internationalen Handelsübereinkommen einen höheren Wert zu haben, als die Gesundheit der Armen und Marginalisierten. In der regionalen Konferenz der reichen Länder im September 2011 in San Francisco hat diese Debatte einen breiten Raum eingenommen und es wurde von beinahe allen Beteiligten für eine bessere Zugänglichkeit zu Generika appelliert – also eigentlich gegen die wirtschaftlichen Interessen der dort vertretenen Länder.

3.3 VN Dokumente als Quellen für Nichtdiskriminierung

Der Zusammenhang zwischen dem Recht auf Gesundheit und dem Verbot aufgrund des gesundheitlichen Status eines Menschen diesen zu diskriminieren, findet sich im Kerngedanken schon seit Beginn der Arbeit der VN in ihren wichtigsten Dokumenten – lange bevor Aids als Krankheit wissenschaftlich beschrieben worden ist – wie etwa in der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte und dem WSK Pakt. Nach Bekanntwerden von Aids haben die VN wohl vor allem deshalb so rasch auf politischer Ebene auf die Pandemie reagiert, weil bald klar war, dass gerade die am wenigsten entwickelten Länder und ihre BewohnerInnen der Krankheit am schutzlosesten ausgeliefert waren und dass Aids vieles von dem, was bis dahin durch Entwicklungspolitik erreicht werden konnte, die auf Anstrengungen der VN basierte, durch das Dahinraffen gerade der besser ausgebildeten und für die Volkswirtschaften besonders bedeutenden jungen Menschen in einer erschreckend hohen Zahl wesentlich unterminiert wurde.

Alle in diesem Abschnitt angesprochenen Dokumente der Vereinten Nationen wurden auch von Österreich mitbeschlossen, aber nicht unbedingt in nationales Recht umgesetzt. Im Falle der MDGs beispielsweise hält Österreich seine unter dem Ziel 8 (Develop a global partnership for Development) verstandene Verpflichtung, einen bestimmten Prozentsatz seines Bruttonationaleinkommens für entwicklungspolitisch relevante Tätigkeiten auszugeben, nicht ein, wofür es aber keine völkerrechtlich vorgesehenen Sanktionen gibt (vgl. VN General Assembly, 2010).

3.3.1 Erklärung der Menschenrechte

Die allgemeine Erklärung der Menschenrechte, rechtsunverbindlich proklamiert am 10. Dezember 1948 von der Generalversammlung der VN, stellt wohl die fundamentalste Quelle für das Verbot von Diskriminierung und damit der Verletzung eines grundlegenden Menschenrechts dar. Zu beinahe allen der 30 Artikel der Erklärung lassen sich Verbindungen zum Schutz von Menschen, die mit HIV leben, ableiten, bei einigen ist eine Wirkung besonders offensichtlich. So verbietet die Erklärung im Artikel 2 Diskriminierung aufgrund von Rasse, Hautfarbe, Geschlecht, Sprache, Religion, politischer oder sonstiger Anschauung, nationaler oder sozialer Herkunft, Vermögen, Geburt oder sonstigem Stand. Unter letzterem kann auch die Infektion mit HIV verstanden werden. Darüber hinaus spricht Artikel 7 allen Menschen den gleichen Schutz vor Diskriminierung durch das Gesetz zu, ohne irgendeine Differenzierung zwischen allen Menschen vorzunehmen.

Artikel 12 proklamiert den Schutz vor willkürlichem Eingriff in das Privatleben und vor Beeinträchtigung von Ehre und Ruf. Beides sind Probleme, mit denen Menschen, die offen mit HIV leben, oft konfrontiert sind. Laut Artikel 22 hat jeder als Mitglied der Gesellschaft das Recht auf soziale Sicherheit und den Genuss seiner wirtschaftlichen, sozialen und kulturellen Rechte. Auch Artikel 23, das Recht auf freie Berufswahl, ist für Menschen, die mit HIV leben, von großer Relevanz. Artikel 25 spricht unter anderem vom Recht auf Gesundheit, ärztlicher Versorgung und notwendiger sozialer Leistungen, sowie vom Recht auf Sicherheit im Falle von Krankheit (vgl. UNGV G. d., 1948). Auf die sachlichen Zusammenhänge der hier erwähnten Rechte und wie Menschen, die mit HIV leben, ihrer beraubt werden, gehe ich bei der Betrachtung der EGRC näher ein.

Die Menschenrechtskommission der Vereinten Nationen kam darin überein, dass der Terminus „und sonstiger Status“ bzw. „und sonstiger Stand“, wie als Grund für Nicht-Diskriminierung im Artikel 2 der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte erwähnt, sich auch auf den Gesundheitszustand einer Person erstreckt und somit die Frage von HIV und Aids inkludiert. Damit ist dezidiert außer Streit gestellt, dass die VN in ihrem grundsätzlichen Dokument zum Schutz von Grund- und Menschenrechten die Diskriminierung aufgrund einer realen oder angenommenen HIV-Erkrankung nicht toleriert (vgl. Aggleton, Wood, Malcolm, & Parker, 2005, S. 11).

3.3.2 WSK Pakt

Im Jahr 1966 verabschiedete die Generalversammlung der VN die beiden Pakte über die politischen und bürgerlichen sowie die wirtschaftlichen, sozialen und kulturellen (WSK) Rechte, den ICESCR, der 1976 völkerrechtlich in Kraft trat und von Österreich 1978 einfachgesetzlich ratifiziert wurde. Der WSK Pakt ist in der Frage des Rechts auf Gesundheit präziser als die Allgemeine Erklärung der Menschenrechte und umfasst auch das Recht von wissenschaftlichen Erkenntnissen profitieren zu können, was für die Behandlung von Menschen, die mit HIV leben, mit modernen Medikamenten von großer Relevanz ist.

Der WSK Pakt sieht in Artikel 12 (1) „die Anerkennung des Rechts eines jeden auf das für ihn erreichbare Höchstmaß an körperlicher und geistiger Gesundheit“ vor und kennt im Artikel 2 ebenso wie die Allgemeine Erklärung der Menschenrechte die Formulierung „oder des sonstigen Status“, die im Bereich der Antidiskriminierung ebenfalls Menschen umfasst, die mit HIV leben. Im Artikel 12 (2) nennt der Pakt die Pflicht des Staates zur Vorbeugung, Behandlung und Bekämpfung epidemischer (...) Krankheiten sowie die Sicherstellung der Zugangsmöglichkeiten von Kranken zu medizinischen Einrichtungen und ärztlicher Betreuung.

Im General Comment No. 14 zum ICESCR, welches das Committee on Economic, Social and Cultural Rights in seiner 22. Session im April und Mai 2000 ausgearbeitet hat, finden sich wichtige Interpretationshilfen, die auf die Rechte von Menschen, die mit HIV leben, in vielen Fragen klar anwendbar sind. Gemäß dem jeweiligen Potential eines Landes hat es danach zum Beispiel eine ausreichende Zahl an medizinischen Basisversorgungseinrichtungen mit entsprechendem Mindestmaß an Ausstattung, Therapiemöglichkeiten und Personal zu geben. Diese Gesundheitseinrichtungen müssen für alle, auch für benachteiligte Bevölkerungsgruppen, also etwa Gefangene, SexarbeiterInnen oder MigrantInnen, diskriminierungsfrei zugänglich sein, dabei werden auch ausdrücklich Menschen genannt, die mit HIV leben (vgl. Artikel 12 (a) (ii)). In Artikel 10 wird ebenfalls HIV als eine der neuen medizinischen Herausforderungen genannt, die speziell beachtet werden muss, um der Realisierung des Rechts auf Gesundheit auch wirklich zum Durchbruch zu verhelfen. Artikel 16 verstärkt die Wichtigkeit von Präventions- und Schulungsmaßnahmen zu sexuell übertragbare Krankheiten, speziell HIV und Aids,

und nennt unter anderem Geschlechtergerechtigkeit und wirtschaftliche Entwicklung als sozialpolitisch wichtige Determinanten, um die Krankheit beherrschbar zu machen. In Artikel 18 wird dann – mit dezidiertem Nennung von HIV und Aids – noch einmal darauf verwiesen, dass es keinerlei Gründe für Diskriminierung oder ungleiche Behandlung beim Zugang zu Gesundheitsvorsorge auf Grund von „[...] health status (including HIV/AIDS), sexual orientation, [...]“ gibt (vgl. ECOSOC, 2000).

Artikel 15 des WSK Pakts anerkennt unter anderem das Recht aller Menschen, an den Errungenschaften des wissenschaftlichen Fortschritts und seiner Anwendung teilhaben zu können. Daraus lässt sich das Recht auf Behandlung mit modernen Medikamenten ableiten, und dieser Absatz kann als eine Grundlage der Verhandlungsergebnisse der Doha-Runde für die Regelungen von Zwangslizenzen für Generika gesehen werden.

3.3.3 MDGs

In den Millennium Development Goals, die im Jahr 2000 beschlossen wurden und wo die Bekämpfung von HIV und Aids, Malaria und anderen Krankheiten ein eigenes Ziel, nämlich Nummer 6 mit diversen Spezifizierungen ist, findet sich keine direkte Verbindung zur Umsetzung der Menschenrechte. In der Spezifizierung A nimmt sich die Generalversammlung mit dem Beschluss über die MDGs vor, die Ausbreitung von HIV bis zum Jahr 2015 nicht mehr anwachsen zu lassen und die Trendumkehr in der Verbreitung zu schaffen. Dazu ist die Forcierung von Wissen über die Krankheit gerade bei jungen Menschen nötig. Die Verfügbarkeit von Kondomen besonders unter den am meist exponierten Bevölkerungsgruppen muss erhöht und die Gewalt gegen Frauen bekämpft werden (vgl. UN, End Poverty 2015, 2000). Ziel 6.B nimmt sich vor, dass es bis zum Jahr 2015 für alle Betroffenen einen generellen Zugang zu adäquater Behandlung gibt, besonders für Frauen, die mit HIV leben, um die Eltern-zu-Kind-Übertragung zu stoppen (ebenda). All dies sind real menschenrechtlich höchst relevante Zielsetzungen, auch wenn sie als solche nicht dezidiert benannt werden.

Im eben erschienenen Bericht zur Umsetzung der MDGs im Jahr 2012 wird vermerkt, dass es zum Ende des Jahres 2010 mit 6,5 Millionen Menschen in

Entwicklungsländern, die Zugang zu antiretroviraler Therapie haben, so viele Menschen, die mit HIV leben, wie noch nie gab, die in den Genuss einer modernen medizinischen Behandlung kamen. Lediglich im westlichen Asien ist der Zugang zu moderner medizinischer Behandlung etwas kleiner geworden. Die Neuinfektionsraten sinken tatsächlich weltweit, doch sind sie gerade im südlichen Afrika immer noch auf einem sehr hohen Niveau von über einem Prozent der 15 – 49jährigen (vgl. UN, The Millennium Development Goals Report 2012, 2012, S. 38ff).

Das Wissen über den Gebrauch von Kondomen als wirksamer Schutz gegen HIV als sexuell übertragbaren Virus nimmt sowohl unter Frauen als auch unter Männern zu, gleichzeitig bleibt der Zugang zu HIV Tests sehr niedrig, speziell in den besonders betroffenen Regionen. Die Anzahl der Menschen, die an mit Aids in Zusammenhang stehenden Krankheiten im Jahr 2010 gestorben sind, ist auf 1,8 Millionen gefallen (vgl. ebenda, S. 40ff). Es fällt auf, dass im Fortschrittsbericht 2012 trotz mehrfacher Erwähnung von Gruppen, die einem speziell hohen Risiko ausgesetzt sind sich zu infizieren, gerade weil ihre Menschenrechte besonders missachtet werden, wie etwa Drogenabhängige oder SexarbeiterInnen, die notwendige Beachtung der Einhaltung ihrer Menschenrechte zur Verbesserung ihrer individuellen sowie der generellen Situation, kein einziges Mal erwähnt wird.

3.3.4 Declaration of Commitment on HIV/AIDS

In der 2001 beschlossenen Deklaration der Generalversammlung der VN über die Verpflichtungen gegenüber Menschen, die mit HIV leben, gibt es dagegen ein ganzes Kapitel mit klaren Zielsetzungen zu der Notwendigkeit der Beachtung der Menschenrechte, will man erfolgreich die Ausbreitung der Krankheit beherrschen: HIV/AIDS and human rights (UN, Declaration of Commitment on HIV/AIDS, 2001, S. 9)

Realization of human rights and fundamental freedoms for all is essential to reduce vulnerability to HIV/AIDS

Respect for the rights of people living with HIV/AIDS drives an effective response

58. By 2003, enact, strengthen or enforce, as appropriate, legislation, regulations and other measures to eliminate all forms of discrimination against and to ensure the full enjoyment of all human rights and fundamental freedoms by people living with HIV/AIDS and members of vulnerable groups, in particular to ensure their access to, inter alia, education, inheritance, employment, health care, social and health services, prevention, support and treatment, information and legal protection, while respecting their privacy and confidentiality; and develop strategies to combat stigma and social exclusion connected with the epidemic;

59. By 2005, bearing in mind the context and character of the epidemic and that, globally, women and girls are disproportionately affected by HIV/AIDS, develop and accelerate the implementation of national strategies that promote the advancement of women and women's full enjoyment of all human rights; promote shared responsibility of men and women to ensure safe sex; and empower women to have control over and decide freely and responsibly on matters related to their sexuality to increase their ability to protect themselves from HIV infection;

60. By 2005, implement measures to increase capacities of women and adolescent girls to protect themselves from the risk of HIV infection, principally through the provision of health care and health services, including for sexual and reproductive health, and through prevention education that promotes gender equality within a culturally and gender-sensitive framework;

61. By 2005, ensure development and accelerated implementation of national strategies for women's empowerment, the promotion and protection of women's full enjoyment of all human rights and reduction of their vulnerability to HIV/AIDS through the elimination of all forms of discrimination, as well as all forms of violence against women and girls, including harmful traditional and customary practices, abuse, rape and other forms of sexual violence, battering and trafficking in women and girls;

Somit sind hier ganz dezidiert auch Gesetzgeber angesprochen, bei dem Beschluss von Aids-relevanten Normierungen die Einhaltung von Menschenrechten zu beachten und zu fördern sowie dabei Strategien gegen Stigmatisierung und soziale Exklusion zu etablieren. Frauen sind als spezielle Zielgruppe angesprochen, deren Schutz besonders intensiv weiter voran zu treiben ist und die ermächtigt werden sollen, sich selbstbestimmt gegen HIV (und ebenfalls notwendigerweise gegen unerwünschte sexuelle Kontakte, Anmerkung) schützen zu können, was nur möglich wird, wenn ihre Diskriminierung und damit ihre besondere Verwundbarkeit beendet wird.

Sprachlich fällt auf, dass konservative Kräfte wie der Vatikan, Saudi Arabien und andere schon 2001 in diesem Dokument mit ihrer Strategie erfolgreich waren, den bis dahin benutzten Terminus „Sexual and Reproductive Health and Rights“ der „Rechte“ zu berauben und besonders Frauen nur noch eine sexuelle und reproduktive Gesundheit zusprechen. Dieses Defizit zieht sich mittlerweile durch beinahe alle Dokumente der VN durch.

3.4 Europäische Grundrechtsdokumente

3.4.1 EMRK

Als eines von wenigen Ländern hat Österreich die Europäische Menschenrechtskonvention des Europarates, 1950 in Rom unterzeichnet und 1953 in Kraft getreten, nicht nur ratifiziert und in nationalstaatliches Recht übernommen, sondern nachträglich auch in Verfassungsrang gehoben, die Regelungen haben also eine große Bindungswirkung. Natürlich finden sich in diesem Dokument aufgrund des Entstehungszeitraumes keine direkten Bezüge zu HIV, und nachdem es beinahe ausschließlich bürgerliche und politische Menschenrechte enthält, ist der Themenbereich Gesundheit nicht angesprochen. Der zentrale Absatz, der HIV und Menschenrechte dennoch zusammen bringt ist Artikel 14 (vgl. Europarat, 1950), das Verbot der Diskriminierung. Auch hier kommt als eines der geschützten Rechtsgüter neben Geschlecht, Rasse, Hautfarbe usw. der „sonstige Status“ vor, unter dem wiederum auch der Gesundheitsstatus generell und die Erkrankung mit Aids im Besonderen verstanden werden muss.

Auch andere Artikel lassen sich auf spezifische Situationen anwenden, in die Menschen, die mit HIV leben, kommen können: etwa Artikel 8, das Gebot auf Schutz der Privatsphäre, wenn es darum geht, dass krankheitsbezogene Daten beispielsweise nicht an (potentielle) ArbeitgeberInnen weitergegeben werden dürfen, dieses Schutzrecht aber real auch durch in staatlichem Einfluss stehende Institutionen verletzt wird. Darüber hinaus finden sich im 1. Zusatzprotokoll von März 1952 noch weitere Festlegungen, wie etwa das Recht auf Bildung im Artikel 2, das niemandem verwehrt werden darf. Eine Ausführung zu diesem spezifischen Problem findet sich im nächsten Abschnitt zum Artikel 14 der EGRC.

3.4.2 EGRC

In der Europäischen Grundrechte Charta (Europäisches Parlament, Rat und Kommission, 2000), im Dezember 2000 proklamiert, und 2009 mit dem Vertrag von Lissabon in Kraft getreten, finden sich Verweise auf das Recht auf Gesundheit und eine Reihe von anderen Artikeln, die für Menschen relevant sind, die mit HIV leben. Nachdem der österreichische Verfassungsgerichtshof im Frühjahr 2012 erkannt hat,

dass jene Teile der EGRC, die auf Ebene der Mitgliedsstaaten umzusetzen sind, in Österreich mit Verfassungsgesetzen gleichrangig anzusehen sind, haben die Regelungen darin besondere rechtliche Relevanz. Darüber hinaus gibt diese Erkenntnis meiner Meinung nach einen guten Anlass auf politischer Ebene darüber in Diskussion zu treten, auch jene Materien, die Menschen Grundrechte zusprechen, aber bisher nicht in Verfassungsrang umgesetzt wurden, wie etwa der WSK Pakt, in Verfassungsrang zu heben.

Wenn auch sehr allgemein gefasst und als Rückfalls-Regelung zu verstehen, ist der Artikel 1, die Würde des Menschen, die unantastbar sowie zu achten und zu schützen ist, eine Bestimmung, die für den Umgang mit Menschen, die mit Aids leben, relevant erscheint.

Artikel 3, das Recht auf Unversehrtheit und die Einwilligung bei medizinischen Praktiken, kann in Fragen von gegen ihren Willen vorgenommenen Tests an Menschen, die (mutmaßlich) mit HIV leben oder an anderen übertragbaren Krankheiten (siehe Regelungen im § 178 Strafgesetzbuch) leiden, von Relevanz sein. Dies träfe möglicherweise auf die Regelung in der Strafprozessordnung zu, die vorsieht, dass HIV Tests an Leuten auch gegen ihren Willen vorgenommen werden können, wenn sie einen Polizisten oder eine Polizistin gebissen, bespuckt oder gekratzt haben. Dies wird im Kapitel 5.2.1 genauer zu untersuchen sein.

Artikel 8 der EGRC, der Schutz personenbezogener Daten, entspricht in seiner Relevanz dem schon im vorigen Abschnitt beschriebenen Artikel 8 der EMRK. Artikel 9 der EGRC, das Recht eine Familie zu gründen, ist im Hinblick auf die Diskussion auf geschützten und ungeschützten Sex zu sehen, und ebenso wie auf das Zeugen von Kindern in einer Partnerschaft von Wichtigkeit, in der zumindest einer der Elternteile mit HIV lebt.

Nicht unerwähnt bleiben soll das Recht auf Bildung, wie im Artikel 14 beschrieben, wenn es zu Fällen kommt, wo Kinder, die schon mit HIV auf die Welt gekommen sind oder die Eltern haben, die mit HIV leben, nur ungern in Schulen aufgenommen werden indem argumentiert wird, dass ihre Anwesenheit im Klassenzimmer eine zu große Gefahr für ihre MitschülerInnen darstellen würde oder ihnen immer wieder HIV Tests vorgeschrieben werden. Mehr dazu im Abschnitt 5.2.5.

Artikel 15, die Berufsfreiheit und das Recht zu arbeiten, ist relevant für die andauernd geführte Diskussion, ob es Berufe gibt, aus denen Menschen, die mit HIV leben, aufgrund von Gefährdung anderer auszuschließen sind bzw. in welchen Berufsfeldern eine HIV Erkrankung dem Dienstgeber oder der Dienstgeberin gemeldet werden müsste. Auch auf dieses Problem wird im Kapitel über die österreichische Gesetzgebung näher eingegangen, genauer im Abschnitt 5.2.1.

Im Zusammenhang mit Artikel 19, Schutz bei Abschiebung, Ausweisung oder Auslieferung von AsylwerberInnen stellt sich in der österreichischen Praxis immer wieder die Frage, ob solche, die mit HIV leben, rechtmäßig in Länder abgeschoben werden dürfen, in denen sie keine adäquate medizinische Versorgung zu erwarten haben. Oft wird dies momentan von den zuständigen Behörden bejaht, wenn es auch nur eine einzige adäquat ausgestattete Klinik in der Hauptstadt des Landes gibt. Real kann aber nicht erwartet werden, dass jemand, der abgeschoben wurde, wirklichen Zugang zu einer hinreichenden und gebotenen Behandlung dort haben wird. Der EGMR stellte ebenfalls fest, dass Krankheiten wie die Infizierung mit HIV keinen Grund für den Stopp einer Abschiebung darstellen.

Bei Artikel 21, dem Diskriminierungsverbot, fällt auf, dass hier nicht, wie in allen zuvor untersuchten Dokumenten, die Diskriminierung aufgrund eines „sonstigen Status“ verboten ist. In der Aufzählung der geschützten Rechtsgüter gibt es kein Attribut, das auf Menschen anzuwenden wäre, die mit HIV leben, will man die Infektion nicht als „Behinderung“ verstehen, was allgemein nicht der Fall ist. Damit würde dann auch der Artikel 26 zur Integration von Menschen mit Behinderung nicht in Betracht kommen, einen besonderen Schutz für Menschen herzustellen, die mit HIV leben.

Hingegen sind Menschen, die mit HIV leben, im Artikel 34 zur sozialen Sicherheit und sozialen Unterstützung klar zu subsumieren. Der Zugang zu sozialen Leistungen und sozialer Sicherheit im Krankheitsfall ist darin ebenso gewährleistet wie ein menschenwürdiges Dasein. Dieser Artikel ist wohl einer von jenen, wo mit der Umsetzung ganz klar die Mitgliedstaaten betraut sind, weil die Fragen von Sozialsystem und Gesundheitsvorsorge im alleinigen Umsetzungsbereich der Mitgliedstaaten der EU liegen und somit nach Erkenntnis des Verfassungsgerichtshofes ein Recht in Verfassungsqualität darstellt.

Artikel 35 geht direkt auf den Schutz der Gesundheit ein und räumt nach Maßgabe der nationalen Gesetze allen Menschen den Zugang zur Gesundheitsvorsorge und das Recht auf ärztliche Versorgung ein, wobei ein hohes Gesundheitsschutzniveau gesichert wird. Wenn man Erzählungen von Menschen, die mit HIV leben, darüber hört, wie schwierig es ist, FachärztInnen zu finden, die bereit sind, sie zu behandeln, sobald sie ihre Erkrankung kundmachen, dann scheint es mit der Realisierung dieses Artikels, für dessen Umsetzung ebenfalls die Mitgliedstaaten verantwortlich sind, große Probleme in der Praxis zu geben. Näher beschrieben wird dieses Problem in Kapitel 5.2.1.

Ähnlich wie mit dem Problem, behandelnde ÄrztInnen zu finden, ist es mit dem Regelungsinhalt von Artikel 36, dem Zugang zu Dienstleistungen von allgemeinem wirtschaftlichen Interesse, wo es immer wieder Klagen von Menschen gibt, dass sie z.B. am Wohnungsmarkt oder beim Abschluss von privaten Zusatzversicherungen diskriminiert werden, wenn sie offen mit ihrer Krankheit leben.

Gerade die letzten beiden angeführten Artikel sind auch in Zusammenhang mit Artikel 38 zu sehen, dem hohen Niveau im Verbraucherschutz: Für viele Lebensbereiche wäre es für Menschen, die mit HIV leben, sinnvoll, wenn sie diesen Umstand öffentlich machen könnten – weil dann etwa die Nebenwirkungen von anderen Medikamenten mit jenen, die sie aufgrund ihrer Erkrankung bekommen, besser einschätzbar wären. Reale Erfahrungen bei der Suche von Fachärztinnen lehren ihnen aber oft, dass sie benachteiligt werden, sobald sie ihren Gesundheitsstatus öffentlich machen. So können sie auch oft nicht in den Genuss von einem hohen Verbraucherschutzniveau kommen.

Diese – wohl nicht vollständige – Aufzählung der Inhalte der EGRC, die für Menschen, die mit HIV leben, relevant sind, zeigt, dass in diesem sehr jungen Dokument der EU eine Menge von Anknüpfungspunkten zu finden sind, die es Betroffenen möglich machen, sich auf ihre Grundrechte zu berufen. Die Einhaltung aller in der EGRC geregelten Menschenrechte würde nicht nur das Leben für die von der Krankheit Betroffenen individuell einfacher machen. Die lückenlose und sorgfältige Umsetzung würde wohl auch den Umgang mit der Krankheit an sich vereinfachen, Betroffene entstigmatisieren und so wäre es effektiver möglich, der Ausbreitung von HIV Einhalt zu gebieten.

Allerdings gehört zu einem diskriminierungsfreien Umgang mit Menschen, die in Europa mit HIV oder Aids leben, nicht nur die Umsetzung eines menschenrechtlich einwandfreien Umfeldes, sondern auch die Bildung von Bewusstsein unter den Mitmenschen. Ein großes gesellschaftliches wie auch politisches Problem stellt die Tatsache dar, dass in den Köpfen vieler noch das medizinische Wissen der 1980er Jahre verankert ist. Es ist mittlerweile wissenschaftlich etwa erwiesen, dass durch Spucken, Kratzen und Beißen das HI-Virus nicht übertragen werden kann. Trotzdem kann im Jahr 2012 mit der Novelle zur StPO ein Gesetz in Kraft treten, das eben jenen Irrglauben zu Grunde liegen hat.

4 Entwicklungspolitik

In die Betrachtung, wie weit es im Bereich der Entwicklungspolitik einen human rights based approach gibt, inkludiere ich die letzten drei Legislaturperioden, also etwa die letzten zehn Jahre. Innerhalb dieser Zeit gab es eine Novelle des EZA Gesetzes, die mit 1.1. 2004 in Kraft trat, es hat seit den Nationalratswahlen am 24. November 2002 drei Gesetzgebungsperioden und somit drei Regierungserklärungen unterschiedlicher Koalitionskonstellationen gegeben. Das Dreijahresprogramm der österreichischen Entwicklungszusammenarbeit erfährt eine jährliche Fortschreibung, ich betrachte es seit dem Jahr der Installation der Austrian Development Agency, also ab dem Programm 2004 - 2006, das 2003 geschrieben worden ist. Außerdem analysiere ich die in diesem Zeitraum erschienene Leitlinie der ÖEZA, die speziell auf Menschenrechte fokussiert, sowie das Themenpapier und das Handbuch Menschenrechte und letztlich das Fokuspapier zu HIV/Aids. Von den Kofinanzierungen, also Projekten und Programmen von NGOs oder anderen TrägerInnen, die in Partnerländern umgesetzt werden und wo ein Teil davon aus Mitteln der österreichischen Entwicklungszusammenarbeit finanziert wird, betrachte ich jene mit HIV-Schwerpunkt oder –Komponenten, die mir zugänglich waren, das ist ab dem Jahr 2006.

4.1 EZA Gesetz

Der hauptsächliche Inhalt der EZA-Gesetzes-Novelle (vgl. Außenministerium, 2003) aus dem Jahr 2003, die am 1.1.2004 in Kraft getreten ist, war die Einrichtung einer ausgegliederten Agentur (siehe vor allem §§ 6. bis 19. des EZA-G) für die konkrete Umsetzung und Abwicklung österreichischer Entwicklungsprogramme und –projekte. Dazu gehört auch die Finanzierung bzw. später die Kofinanzierung von solchen Projekten, die von NGOs oder anderen TrägerInnen umgesetzt werden, durch die ADA (Austrian Development Agency). Außerdem kam neu ins Gesetz, dass die Bedürfnisse von Menschen mit Behinderung in geeignetem Maße in der OEZA zu berücksichtigen sind (§1. (4) 4. EZA-G).

Das EZA-G bestimmt im § 1, dass Entwicklungszusammenarbeit die Aufgabe des Bundes im Rahmen seiner internationalen Entwicklungspolitik sowie die nachhaltige Entfaltung der Entwicklungsländer zu fördern ist, des Weiteren legt es die Schwerpunkte und Prinzipien der OEZA fest (vgl. Außenministerium, 2003, S. 1). Danach wird im Wesentlichen geregelt, wie die Zusammenarbeit mit anderen Institutionen funktioniert, welchen Umsetzungsrahmen die OEZA hat, dann folgt die Definition von Entwicklungsländern und von Entwicklungs-NGOs. Der II. Teil des Gesetzes bestimmt im 1. Abschnitt, wie die EZA allgemein durchgeführt wird, der 2. Abschnitt regelt die Einrichtung der ADA und der dritte, wie mit Förderungen umgegangen wird. Der III. Teil bietet nähere Bestimmungen zur Beratung – dazu wird ein Beirat eingesetzt – und zur Koordinierung beispielsweise mit den Bundesländern. Der sehr kurz gehaltene IV. Teil mit dem Titel Planung und Finanzierung bestimmt, was im jährlich aufzulegenden Dreijahres-Programm, das im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Finanzen zu erarbeiten ist, beinhaltet sein muss und der V. Teil besteht aus den Schlussbestimmungen.

Für die vorliegende Arbeit ist ausschließlich ein Absatz des § 1 des EZA-G von Relevanz, wo im Absatz (3) die Ziele der OEZA definiert werden und wo in Ziffer 2. ein einziges Mal im EZA-G das Wort Menschenrechte erwähnt wird (ebenda, S. 1):

(3) Die österreichische Entwicklungspolitik hat vor allem folgende Ziele zu verfolgen:

1. die Bekämpfung der Armut in den Entwicklungsländern durch Förderung der wirtschaftlichen und sozialen Entwicklung, welche zu einem Prozess des nachhaltigen Wirtschaftens und des wirtschaftlichen Wachstums, verbunden mit strukturellem, institutionellem und sozialem Wandel führen soll,

2. die Sicherung des Friedens und der menschlichen Sicherheit, insbesondere durch die Förderung von Demokratie, Rechtsstaatlichkeit, Menschenrechten und guter Regierungsführung, sowie

3. die Erhaltung der Umwelt und den Schutz natürlicher Ressourcen als Basis für eine nachhaltige Entwicklung.

Im anschließenden Absatz (4), wo die Prinzipien der OEZA beschrieben werden, kommen Menschenrechte als solches nicht vor, sie sind also lediglich Ziel, nicht aber Prinzip, obwohl etwa damit in Zusammenhang stehende Inhalte, wie die Gleichstellung der Geschlechter, die Berücksichtigung der Interessen von Menschen mit Behinderung etc. durchaus als Prinzipien dargestellt werden (ebenda):

(4) Die österreichische Entwicklungspolitik wird dabei vor allem von den nachstehenden Prinzipien geleitet. Bei allen Maßnahmen sind

1. die Zielsetzungen der Regierungen und der betroffenen Bevölkerung in den Entwicklungsländern in Bezug auf Geschwindigkeit und Form des Entwicklungsprozesses sowie deren Recht auf Wahl des eigenen Entwicklungsweges,

2. die Integration der Maßnahmen in das soziale Umfeld unter besonderer Beachtung kultureller Aspekte und die Verwendung angepasster Technologie

3. die Gleichstellung zwischen Frauen und Männern sowie

4. in sinnvoller Weise die Bedürfnisse von Kindern und von Menschen mit Behinderung zu berücksichtigen.

Es wird also schon im EZA-G determiniert, was die Schwerpunkte und Umsetzungsprinzipien der OEZA sind, dabei konzentriert sich das Gesetz auf einige wenige Inhalte, was angesichts der – sowohl 2003 als auch bis heute quasi durchgehenden – Budgetknappheit an sich sinnvoll ist. Das Gesetz kommt damit auch einer immer wieder geäußerten Kritik der OECD nach, wonach Österreich seine geringen Mittel besser auf einige wenige Regionen und Schwerpunkte konzentrieren solle.

Abgesehen von den knappen Inhalten stellt sich die Frage, ob nicht die Trennlinie zwischen Zielen und Prinzipien ziemlich willkürlich gezogen wurde. Die Erhaltung der Umwelt und der Schutz natürlicher Ressourcen (dritter Punkt der Ziele) wären möglicherweise ebenso wie die Einhaltung der Menschenrechte besser bei den Prinzipien aufgehoben. Jedenfalls rekuriert die Novelle zum EZA-G noch nicht auf den HRBA der VN, was damit erklärt werden kann, dass der Großteil der politischen Debatte zur Novelle des EZA-G im ersten Halbjahr 2003 stattfand, damit parallel zur Debatte innerhalb der Vereinten Nationen erfolgte und noch nicht in der Formulierung berücksichtigt werden konnte. Aber auch wenn die Debatten zeitversetzt gelaufen wären, ist eher nicht anzunehmen, dass auf den HRBA im Gesetz Bezug genommen worden wäre.

Außerdem wird schon im §1 des EZA-G klar, dass die Gesundheitspolitik im Allgemeinen und die Herausforderungen, die HIV und Aids für die Entwicklungspolitik im Speziellen bedeuten, in der OEZA kein Thema sind. So verwundert es nicht, dass die Worte HIV, Aids, Gesundheit und Krankheit im gesamten Gesetz kein einziges Mal vorkommen. Damit Programme und Projekte in diesem Bereich selbst initiiert

oder gefördert werden könnten, ist die Erwähnung im Gesetz allerdings auch nicht zwingend notwendig. Darüber hinaus würden sich auch im bestehenden Gesetz Anknüpfungspunkte finden lassen, die entwicklungspolitisch relevante Projekte im Bereich HIV und Aids rechtfertigen würden. Die menschliche Sicherheit durch Anwendung guter Regierungsführung wie im §1. (3) 2. erwähnt wäre ebenso ein Ankerpunkt, wie die Bekämpfung der Armut generell (§1. (3) 1.), die ja oft mit der Ohnmacht der sich entwickelnden Länder Hand in Hand geht, adäquate medizinische Versorgung für Menschen anzubieten, die mit HIV leben.

Das Gesetz über die österreichische Entwicklungszusammenarbeit bietet (wie übrigens auch die anderen in diesem Bereich relevanten Gesetze wie z.B. das Entwicklungshelfergesetz oder das IFI-Beitragsgesetz) keine geeigneten Inhalte, um zu untersuchen, wie weit die heimische Aids-Politik einen menschenrechtsbasierenden Ansatz hat.

4.2 Regierungserklärungen

4.2.1 XXII. Gesetzgebungsperiode

Im – mit 40 Seiten ausgesprochen schlanken – Regierungsprogramm für die XXII. Gesetzgebungsperiode, also der Regierung Schüssel II, ebenso wie die vorangegangene zumindest noch am Beginn eine Koalition aus ÖVP und FPÖ, gibt es genau genommen kein Kapitel zum Thema Außenpolitik. Sehr prominent als zweiter Punkt kommt die europäische Union im Regierungsprogramm vor, welches Bundeskanzler Wolfgang Schüssel am 6. März 2003 dem Parlament in seiner Regierungserklärung vorstellte. Es folgt ein Kapitel zum Thema äußere Sicherheit und Landesverteidigung (vgl. Österreichische Bundesregierung, 2003, S. 3ff). Im letzten Punkt des Kapitels zur Europäischen Union kommt die Entwicklungspolitik mit einem Fünfzeiler vor: (ebenda, Seite 5)

Ausbau der österreichischen Entwicklungszusammenarbeit in Richtung europäischer Zielsetzungen unter Einbeziehung der Länder, Gemeinden, Sozialpartner und des privaten Sektors. Im Hinblick auf die vom Europäischen Rat in Barcelona vorgegebenen Ziele soll für Entwicklungsprojekte in den Jahren 2004 bis 2006 ausreichend Vorsorge getroffen werden.

HIV oder Aids werden im gesamten vorliegenden Regierungsprogramm überhaupt nicht angesprochen, der Terminus Menschenrechte kommt zweimal vor, einmal im Kapitel zu Inneres, Asyl und Integration im Konnex mit einer effektiven und leistungsbereiten Sicherheitsexekutive und noch einmal in Zusammenhang mit der äußeren Sicherheit und der Landesverteidigung (ebenda, S. 5):

Die Bundesregierung ist der traditionellen österreichischen Friedens- und Sicherheitspolitik verpflichtet und sieht in der Konfliktvermeidung- und -lösung einen wesentlichen Beitrag auch zur Sicherheit Österreichs. Der Achtung der Menschenrechte und der Minderheitenrechte kommt in diesem Zusammenhang besondere Bedeutung zu. Die Bundesregierung wird für diese Politik im internationalen Rahmen und in den Organisationen, denen sie angehört – insbesondere der EU, der [sic!] Vereinten Nationen, der OSZE und dem Europarat – aktiv eintreten.

Menschenrechtsfragen werden mit Entwicklungspolitik oder gar mit Antworten auf die Herausforderungen durch HIV in keiner Form in Verbindung gebracht. Innenpolitisch relevant ist trotzdem zu erwähnen, dass es im Regierungsprogramm im Kapitel Wirtschaft und Standort (ebenda, Seite 13) eine Festlegung darauf gibt, dass sich die Bundesregierung dafür einsetzen wird, dass im Zuge der GATS Verhandlungen es zu keiner weiteren Privatisierung öffentlicher Dienstleistungen wie etwa im Gesundheitswesen kommt. Im Kapitel 10 mit dem Titel Gesundheit und Pflege (ebenda, Seite 20 ff) findet sich ein Bekenntnis, dass allen BürgerInnen der Zugang zu hochstehender medizinischer Versorgung zu gewähren ist. An anderer Stelle (ebenda, Kapitel Frauen, Seite 31) verpflichtet man sich zur „Förderung der Frauengesundheit durch Frauengesundheitszentren“. Dies könnten Ankerpunkte dafür sein, dass das Recht auf Gesundheit und der Zugang zu Gesundheitsvorsorge generell wichtige Güter sind, was natürlich für Menschen von besonderer Relevanz ist, die mit HIV leben, zumindest im Inland. Aufgrund der Knappheit der Ausführungen ist es aber schwer, hier seriöse Ableitungen zu treffen.

In der Regierungserklärung vor dem Parlament gab es gegenüber dem Regierungsprogramm keine bedeutenden Abweichungen, lediglich Verkürzungen – so wurde der Schutz der Menschenrechte in keinem Zusammenhang mehr erwähnt. Eine inhaltliche Abweichung zum Regierungsprogramm gab es durch Schüssels mündlich vorgebrachte Erklärung allerdings im Bereich der

Entwicklungszusammenarbeit. Hier wurde er ausführlicher als das geschriebene Programm indem er betonte (Parlamentsdirektion, 2003, S. 18):

In der Entwicklungszusammenarbeit suchen wir ebenfalls neue, innovative Wege, um die finanziellen Mittel künftig transparenter und gezielter einzusetzen. Eine Plattform für Entwicklungs- und Osthilfe, an der sich auch die Wirtschaft, die Sozialpartner und die Gebietskörperschaften beteiligen können, soll die Synergien auf nationaler und internationaler Ebene besser nützen.

Unsere Verantwortung für die Länder der Dritten Welt wollen wir insbesondere durch die Vermittlung von Know-how in den Bereichen Bildung, Wissenschaft und Umwelt – Stichwort: sanfter Tourismus –, durch neue nachhaltige und integrative Projekte stärker wahrnehmen.

Allerdings lassen auch diese über das Regierungsprogramm hinausgehenden Erörterungen keinerlei Rückschlüsse auf die in der Arbeit untersuchte Fragestellung zu.

4.2.2 XXIII. Gesetzgebungsperiode

Wesentlich umfangreicher ist das Programm der SPÖ-ÖVP-Koalitions-Regierung Gusenbauer I, das für die sehr kurze XXIII Legislaturperiode gelten sollte und von Bundeskanzler Alfred Gusenbauer in seiner Regierungserklärung am 16. Jänner 2007 im Parlament der Öffentlichkeit vorgestellt wurde. Die Überschriftsetzung überrascht hier, indem gleich das allererste Kapitel den Namen „Österreich – Partner in Europa und der Welt“ trägt und dort recht prominent unter dem Unterpunkt 7 der Abschnitt „Entwicklungszusammenarbeit und Auslandskulturpolitik“ beschrieben wird (vgl. Österreichische Bundesregierung, 2007, S. 12f). Darin heißt es relativ umfangreich:

Entwicklungszusammenarbeit (EZA) und Auslandskultur sind integrale Bestandteile der Außenpolitik.

Die Bundesregierung bekennt sich zu den Beschlüssen des EU-Rates, wonach bis 2010 ein Anteil von 0,51% des Bruttonationaleinkommens für Leistungen der EZA verwendet werden sollen. Es sollen auch Schwerpunkte durch Clusterbildung in den Bereichen Medizin, Technologie für kleine und mittlere Unternehmen, Bildung und Energie geschaffen werden. Auch im Rahmen der internationalen Katastrophenhilfe ist betroffenen Menschen weiterhin rasch und effizient solidarisch Hilfe zu leisten.

Ein Hauptanliegen der Entwicklungszusammenarbeit besteht darin, Frauen als Partnerinnen zu gewinnen und sie bevorzugt zu fördern. So wird jedes einzelne konkrete Projekt der Entwicklungszusammenarbeit dahingehend überprüft, ob es den Anliegen und besonderen Interessen von Frauen Rechnung trägt.

Die Bundesregierung wird sich für die Stärkung der Kohärenz in der Entwicklungspolitik in allen ihren Tätigkeitsbereichen sowie für die weitere Evaluierung der Tätigkeit der Austrian Development Agency (ADA) und des Koordinierungsmechanismus einsetzen.

Ein positiver wirtschaftlicher Aufwärtstrend kann den ärmsten Ländern der Welt den Weg aus der Armut weisen. Daher sind die im Rahmen von "Wirtschaft&Entwicklung" begonnenen Anstrengungen zu verbreitern. Neben den Vereinten Nationen, der Weltbank, dem OECD-Entwicklungshilfesausschuss, der EU und den meisten Geberländern verfolgt auch die österreichische EZA das Ziel, österreichische Unternehmen dafür zu gewinnen, an der Erreichung der UNO-Millenniumsziele [sic!] mitzuwirken.

Sogar für in den Prozess der Entstehungsgeschichte dieses Regierungsprogramms Eingeweihte ist es rückblickend schwer herauszulesen, dass sich hinter dem Terminus „... Schwerpunkte durch Clusterbildung in den Bereichen Medizin, ...“ der Wunsch seitens der SPÖ, hier besonders der entwicklungspolitischen Sprecherin in meiner Person, versteckt hat, künftig auch Fragen von sexueller und reproduktiver Gesundheit generell und HIV im Speziellen als Inhalte in die OEZA aufzunehmen. Auch beim Regierungspartner kam diese Formulierung nicht so an, wie sie gemeint war. Der damals für Entwicklungspolitik zuständige Staatssekretär im Außenministerium Hans Winkler rief mich an um zu fragen, was wir denn bloß mit diesem Satz aus dem Regierungsprogramm tun sollten? Die Diskussion dazu war kurz: Es war nicht möglich, Geld für neue als die schon bestehenden Inhalte der OEZA zu lukrieren, und so wurde der Medizincluster zwar im darauffolgenden Dreijahresprogramm erwähnt und es gab in weiterer Folge ab und zu eine Förderung für ein kofinanziertes Projekt einer NGO in diesem Bereich (etwa zu FGM oder auch direkt zu HIV Prävention), aber all dies ohne einem kohärenten Ansatz und eher zufällig. Wie weit diese Projekte dann Überlegungen zur Inklusion eines Menschenrechtsansatzes vorsahen oder nicht, war nicht entscheidend für die Zusicherung der Förderung und letztendlich von der sonstigen Schwerpunktsetzung und inhaltlichen Ausrichtung der ProjektträgerInnen abhängig.

HIV, Aids oder sexuell übertragbare Krankheiten werden in diesem Regierungsprogramm sonst nicht angesprochen, dafür gibt es einige Erwähnungen mit Menschenrechtsbezug. Für die vorliegende Arbeit relevant kann die Formulierung betrachtet werden, die sich im Kapitel 6 zu den „Vereinte Nationen und multilaterale Fragen“ (Österreichische Bundesregierung, 2007, S. 12) findet:

Die Bundesregierung setzt sich auf europäischer Ebene und weltweit aktiv für die Achtung der Menschenrechte ein. Sie fördert die Umwandlung der in Wien angesiedelten EU-Beobachtungsstelle für Rassismus in eine EU-Menschenrechtsagentur mit möglichst breitem Mandat.

Der erste Satz kann als sehr breit verstandener Menschenrechtsansatz für außenpolitisch relevante Tätigkeiten angesehen werden und man könnte daraus ablesen, dass alle Tätigkeiten auch der Entwicklungspolitik einem HRBA folgen sollen. Real ist eine der wichtigsten formalen Grundlagen dafür die noch später zu besprechende Leitlinie Menschenrechte der entwicklungspolitischen Sektion des BMeiA, in ihrer ersten Auflage im April 2006, also noch in der vorherigen Gesetzgebungsperiode und ohne einen Auftrag im damaligen Regierungsprogramm, entstanden.

Im Falle der Regierungserklärung durch Alfred Gusenbauer vor dem Parlament gibt es für die untersuchte Fragestellung keine relevanten Abweichungen oder Ergänzungen im Vergleich mit dem gedruckten Regierungsprogramm.

4.2.3 XXIV. Gesetzgebungsperiode

Mit ganzen 267 nochmals um fast 100 Seiten umfangreicher als das Programm davor, ist das Regierungsprogramm für die XXIV. Gesetzgebungsperiode zum Teil ein Werk, das bis in gesetzliche Details hineingeht. Es wurde am 3.12. 2008 als inhaltliches politisches Positionspapier einer neuerlichen Koalition von SPÖ und ÖVP von Bundeskanzler Werner Faymann im Parlament der Öffentlichkeit vorgestellt. Quasi als Leitmotiv kommt das Wort „gemeinsam“ in unterschiedlichen Kombinationen vor, wohl um die neue Qualität der Arbeit nach dem raschen Bruch der vorangegangenen Koalition durch die ÖVP zu betonen.

Die Reihenfolge der Kapitel unterscheidet sich von den vorangegangenen Programmen beträchtlich: die Außen- und damit auch die Entwicklungspolitik sind ziemlich an das Ende des Dokuments gerutscht, nur noch gefolgt von den Kapiteln zum leistungsfähigen Staat und den Finanzen. Außerdem gab es einen Lernprozess bei den VerhandlerInnen des Kapitels zur Entwicklungspolitik: die Erfahrung mit unklaren Formulierungen im letzten Programm hat dazu geführt, das Thema HIV wirklich beim Namen zu nennen (Österreichische Bundesregierung, 2008, S. 235f):

Entwicklungszusammenarbeit)*

Die österreichische Bundesregierung ist bestrebt, das 0,51%-Ziel in 2010 zu erreichen. Die Erreichung dieses Ziels erscheint jedoch vor dem Hintergrund der beschränkten budgetären Möglichkeiten schwierig. Zudem gehen ab 2009 die Entschuldungen drastisch zurück, was beachtliche zusätzliche Budgeterfordernisse bedeutet. Vor diesem Hintergrund werden – im Rahmen der Budgeterfordernisse insgesamt – entsprechende finanzielle Anstrengungen zur Erreichung dieses Ziels zu unternehmen sein. Dies gilt auch für den weiteren Pfad zur Erreichung des Millenniums-Zieles 0,7% im Jahr 2015. Dabei werden in den nächsten vier Jahren insbesondere die gestaltbaren Mittel der OEZA sowie die freiwilligen Beiträge zu internationalen Entwicklungsorganisationen schrittweise und kontinuierlich substanziell angehoben. Darüber hinaus wird die Bundesregierung unter anderem die für Zwecke [sic!] der humanitäten [sic!] Hilfe zur Verfügung stehenden Mittel substanziell erhöhen.

Die im EZA-Gesetz festgelegten und bewährten Schwerpunkte und Ziele der österreichischen Entwicklungszusammenarbeit werden beibehalten: die Bekämpfung der Armut, die Sicherung des Friedens und der menschlichen Sicherheit sowie die Erhaltung der Umwelt und der Schutz natürlicher Ressourcen als Basis für eine nachhaltige Entwicklung. In diesem Zusammenhang ist den erneuerbaren Energien ein besonderes Augenmerk zu widmen.

Österreich wird sich auch weiterhin aktiv für die Erreichung der Millenniums-Entwicklungsziele und für den weltweiten Kampf gegen Armut, Hunger und Krankheit (wie HIV/AIDS) einsetzen.

Entwicklungspolitische Nachhaltigkeit und Kohärenz muss in allen Politikbereichen als Zielvorgabe anerkannt werden.

Die ADA als wichtigstes Instrument der bilateralen österreichischen Entwicklungszusammenarbeit hat sich bewährt. Sie wird in der bestehenden Struktur, einschließlich der Anbindung an das BMeiA, weitergeführt.

Erstmals kommt also die Notwendigkeit in einem der untersuchten Regierungsprogramme vor, in der Entwicklungspolitik den Herausforderungen nachzukommen, die von HIV ausgehen. In der politischen Praxis bedeutet das, dass ab nun einige Projekte mehr von NGOs kofinanziert wurden und werden, die einen Schwerpunkt auf die Unterstützung von Menschen legen, die mit HIV leben. Wie weit dann dort ein menschenrechtlicher Ansatz gegeben ist, wird in Kapitel 3.9. zu betrachten sein. Der Bezug auf die MDGs im Regierungsprogramm stellt HIV und Menschenrechte nicht in einen eindeutigen Zusammenhang. Die Ziele des §1 des EZA-G werden nur ausschnittsweise zitiert, man will weiter an ihnen festhalten, eine Erwähnung des Ziels, Menschenrechte zu fördern, kommt nicht vor.

Rückblickend am relevantesten im negativen Sinne ist jedoch das Sternchen, das der Überschrift „Entwicklungszusammenarbeit *)“ angefügt ist. Dies bedeutet, dass die Inhalte dieses Absatzes des Regierungsprogramms unter einem Finanzierungsvorbehalt stehen: (Österreichische Bundesregierung, 2008, S. 250)

**) Die mit diesem Zeichen gekennzeichneten Passagen im Regierungsübereinkommen stehen unter Budgetvorbehalt und können nur im Rahmen des dem jeweiligen Ressort zur Verfügung gestellten Budgets – z.B. durch Umschichtungen - durchgeführt werden.*

Alle Budgets im Bereich des BMeiA seither haben von genau jenem Vorbehalt Gebrauch gemacht: das verfügbare Geld für bilaterale, gestaltbare Entwicklungszusammenarbeit ist kontinuierlich gefallen und liegt aktuell für das Jahr 2011 bei 0,27% des Bruttonationaleinkommens. (vgl. BMeiA Sektion VII, 2010, S. 24)

In der Regierungserklärung von Werner Faymann kommen Entwicklungsländer nur im Kontext mit einer neu zu schaffenden, globalen Finanzstruktur vor, „die auch die Finanzierung der Entwicklungsländer auf stabile Beine stellt.“ (vgl. BKA, 2008)

4.3 Dreijahresprogramme

Die Grundlage für das Herausgeben der Dreijahresprogramme findet sich im §23 des EZA-G. Sie beschreiben die Schwerpunktsetzungen sowie das politische Umfeld der OEZA und es gibt sie seit dem ersten Inkrafttreten des EZA-G im Jahr 1974. Der Kern ist eine Matrix, die alle Länder- und Regional- sowie gegebenenfalls thematischen Programme enthält, weiter wird auf die finanziellen Aufwendungen der Vergangenheit und eine Prognose für die nächsten Jahre eingegangen.

Dreijahresprogramme werden von der Sektion VII, der entwicklungspolitischen Sektion des Außenministeriums erstellt, vom Ministerrat zur Kenntnis genommen und dann dem Parlament weitergeleitet, wo sie dem außenpolitischen Ausschuss und in Folge dem entwicklungspolitischen Unterausschuss zugewiesen, diskutiert und dann zur Kenntnis genommen werden. Im Optimalfall werden Dreijahresprogramme zu einem Zeitpunkt politisch diskutiert, wo sie noch nicht in Kraft sind, real passiert es seit 2005, dass sie erst zu einem Zeitpunkt im Parlament besprochen werden, wo sie schon längst wirken, also am Ende des ersten Jahres ihrer dreijährigen Wirkungsperiode.

4.3.1 Dreijahresprogramm 2004 - 2006

Das Dreijahresprogramm 2004 - 2006 wurde im Dezember 2003 im Ministerrat beschlossen und war das erste, das schon die Änderungen der Novelle des EZA-G berücksichtigt, indem z.B. ein Kapitel über die Beachtung der Interessen von

Menschen mit Behinderungen vorkommt (vgl. BMaA Sektion VII, 2003, S. 14f) und auf die Reorganisation der OEZA durch die Gründung der Austrian Development Agency eingegangen wird (vgl. ebenda, S. 63ff).

Aids wird insofern erwähnt, als es als Hauptgrund für die gesunkene Lebenserwartung in 34 Ländern bezeichnet wird (vgl. BMaA Sektion VII, 2003, S. 6) und kommt neben der Versorgung mit Trinkwasser und erneuerbarer Energie sowie den Klimakatastrophen als ein Thema vor, das die Öffentlichkeit als eines der globalen Probleme bewegt (vgl. ebenda, S. 7). Weiter werden HIV und Aids als einer der Auslöser für gewaltsame Konflikte (sic!) genannt (vgl. ebenda S. 11). Darüber hinaus kommt das Stichwort Aids noch in jenem Kapitel vor, in dem die österreichischen Beiträge an Organisationen der VN beschrieben werden, hier dotiert Österreich im Jahr 2004/05 einen Junior Programme Officer für UNAIDS, was im Rahmen des Abschnitts über die WHO festgehalten wird (vgl. ebenda S. 50). Im Kapitel über die WTO wird mit Bezug auf die Bekämpfung von HIV/Aids und anderen Massenseuchen (sic!) der TRIPS Prozess beschrieben, und der Konnex zur Leistbarkeit von Medikamenten hergestellt (vgl. ebenda S. 53). Letztmals kommt Aids dann im Anhang vor, wo die MDGs beschrieben werden, darunter auch das MDG 6 zur Bekämpfung von HIV/Aids, Malaria und anderen Krankheiten (vgl. ebenda S. 78).

Der Begriff Menschenrechte kommt im gegenständlichen Programm sehr oft vor und spielt schon im Vorwort der damaligen Außenministerin Benita Ferrero-Waldner eine zentrale Rolle, sei es als leitendes Prinzip, als herzustellendes Entwicklungsziel, als ein Element von good governance oder als verbindendes gemeinsames Interesse mit multilateralen Gebern (vgl. ebenda, S. 5f). Kein einziges Mal besteht ein Kontext zu Gesundheit, Medizin oder HIV, einzig aus der Erwähnung des TRIPS-Abkommens und der Zugänglichkeit zu leistbaren Medikamenten kann abgeleitet werden, dass ein zu beachtender Zusammenhang besteht (vgl. ebenda, S. 53).

4.3.2 Dreijahresprogramm 2005 – 2007

Das Dreijahresprogramm 2005 – 2007 wurde erst im November 2005 vom Ministerrat zur Kenntnis genommen, also eigentlich zu einem Zeitpunkt, zu dem es schon ein Jahr wirken sollte, was sich in dieser zeitlich verzögerten Abfolge dann auch durch alle Folgejahre zieht. Im Parlament wurde es gar erst 2006 behandelt. Es erschien in

neuer Aufmachung und mit anderer Struktur und beinhaltet jeweils ein zusätzliches Kapitel zu Menschenrechten und menschlicher Sicherheit sowie eines zu HIV/Aids.

Aids wird auch in dieser Weiterschreibung des österreichischen Entwicklungsprogrammes im Kontext großer globaler Herausforderungen gesehen (vgl. BMAA Sektion VII, 2005, S. 6), und als treibender Faktor für Armut beschrieben (vgl. ebenda S. 11), wird aber auch erstmals als ein thematischer Schwerpunkt der OEZA genannt (vgl. ebenda, S 18). In die Zeit des Dreijahresprogramms fällt auch die österreichische Präsidentschaft innerhalb der EU im ersten Halbjahr 2006, in diesem Zusammenhang wird auf die Kooperation mit der Entwicklungspolitik der EU eingegangen und „Gesundheit, insb. die Bekämpfung der HIV/AIDS-Epidemie“ (ebenda, S. 38) als eines der gemeinsamen Arbeitsfelder genannt. Darüber hinaus kommt Aids wiederum im Kontext mit Organisationen der VN vor, diesmal bei UNICEF was Kinder und Jugendliche betrifft, die mit HIV leben, und bei der WHO (vgl. ebenda, S. 39). Der Inhalt dieses Abschnitts ist sogar komplett der Pandemie gewidmet und auch UNAIDS und der Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria sind darunter subsumiert. Zu letzterem hat Österreich allerdings ausgenommen bei seiner Gründung im Jahr 2002 niemals finanzielle Beiträge geleistet. Ansonsten gibt es wieder im Anhang den Verweis auf die MDGs, wo die Bekämpfung von Aids zentraler Inhalt des Ziels Nummer 6 ist.

Eine komplett neue Qualität hat das eigene Kapitel zu HIV/Aids im Dreijahresprogramm (vgl. BMAA Sektion VII, 2005, S. 47f). Es nimmt Bezug auf den damals aktuellen Bericht von UNAIDS, und stellt fest, dass besonders in den Schwerpunktländern der OEZA im südlichen und östlichen Afrika HIV zu einem großen gesundheitlichen und sozialen Problem geworden ist. Dabei wird auch insofern ein menschenrechtlicher Aspekt angesprochen als konstatiert wird, dass HIV Armut einerseits weiter entfacht, andererseits arme Menschen aber auch weniger leichten Zugang zu medizinischer Behandlung haben. Noch deutlicher wird der Text diesbezüglich im nächsten Absatz, wo der politische Umgang mit HIV angesprochen sowie festgehalten wird, dass es wichtig ist, Stigma und Diskriminierung zu bekämpfen. Die OEZA bekennt sich darüber hinaus dazu, sich in diesem Feld besser mit anderen zu koordinieren und gleichzeitig HIV in den bestehenden und künftigen eigenen Programmen mit zu berücksichtigen. Dazu will man auch im nationalen Dialog das Thema stärker berücksichtigen und – vorbehaltlich der Mittel –

Entwicklungspolitik

dementsprechende Programme der Partnerländer und NGOs unterstützen. Auch ein Vorsorgeprogramm für MitarbeiterInnen wird angedacht. Die Diskussion, die damals in der internationalen Debatte zum Kontext zwischen HIV und Menschenrechten lief, oder der HRBA der VN werden nicht angesprochen.

Es fällt auf, dass dieses Dreijahresprogramm von allen untersuchten dem Thema HIV den größten Platz einräumt und als einziges ein ganzes Kapitel widmet. Dies tut es, ohne dass es dazu einen programmatischen Auftrag im damals geltenden Regierungsprogramm gibt. Das kann als Indiz dafür gewertet werden, dass unabhängig von nationalstaatlich determinierten Aufträgen es in der international natürlich sehr vernetzten Community der entwicklungspolitischen AkteurlInnen – auch auf staatlicher Ebene – einerseits so etwas wie die Einsicht in Notwendigkeiten, vielleicht auch entwicklungspolitische Trends gibt, die in solcher Form ihren Ausfluss finden. Andererseits gilt es als sicher, dass es auch internationalen politischen Druck gibt, auf gewisse globale Ereignisse in der nationalen Politik zu reagieren und dementsprechend inhaltliche Schwerpunkte zu setzen. Beim vorliegenden Dreijahresprogramm hat wohl beides zusammengespielt. Die aus Frankreich stammende Initiative ESTHER, gegründet 2002, versucht, europäische Länder dazu zu bringen, sich für Aktivitäten zu HIV in Entwicklungsländern zu engagieren und dabei auch einen Schwerpunkt auf die Förderung der Süd-Süd-Kooperation zu legen. ESTHER nutzte seit seiner Gründung massiv die französische Diplomatie, um Druck auf andere Länder auszuüben, sich der Initiative und der inhaltlichen Arbeit zu Aids anzuschließen. Diesem Druck hält nach Einschätzung von Anton Mair, stellvertretendem Sektionschef der Sektion VII im BMeiA, auch die österreichische Verwaltung der Entwicklungspolitik nicht stand, womit unter anderem dieser große Schwerpunkt im gegenständlichen Dreijahresprogramm zu erklären ist. Österreich ist ESTHER im Jahr 2004 beigetreten, aktuell gibt es das Angebot des BMeiA diese Agenden an das Gesundheitsministerium zu übertragen, welchem dieses wohl nicht nachkommen wird.

Menschenrechte spielen wiederum in vielfältiger Form eine zentrale Rolle in diesem Dokument. Es beinhaltet die Festlegung auf das Erstellen von Strategiepapieren (vgl. ebenda S. 4), wobei jenes zu den Menschenrechten neben Themen wie gute Regierungsführung, Friedenssicherung und Kohärenz als erstes genannt wird.

Ansonsten kommen Bezüge zur Verletzung von Menschenrechten in
Entwicklungspolitik

Zusammenhang mit den Auswirkungen bewaffneter Konflikte (vgl. ebenda S. 11), mit besonderem Konnex auf die Rolle von Frauen (vgl. ebenda S. 25), sowie wiederum mehrmals in Zusammenhang mit guter Regierungsführung vor.

Das eigene Kapitel zu Menschenrechten und menschlicher Sicherheit (vgl. ebenda S. 13ff) zitiert einleitend einen Kernsatz der Schlusserklärung der Wiener Menschenrechtskonferenz im Jahr 1993

„Democracy, development and respect for human rights and fundamental freedoms are interdependent and mutually reinforcing.“

und bekräftigt damit den immanenten Zusammenhang zwischen Entwicklungspolitik und der Umsetzung der Menschenrechte. Es verweist auf den Aktionsplan zum Human Rights Based Approach sowie auf eine Mitteilung der europäischen Kommission und anerkennt Menschenrechte als wichtige Querschnittsmaterie in der Entwicklungspolitik, wie auch im EZA-G festgeschrieben. Weiter streicht es die österreichische Erfahrung auf diesem Gebiet heraus und grenzt das Konzept der menschlichen Sicherheit von jenem der Menschenrechte ab. Bei der Definition jener, die besonders schutzbedürftig sind, was die Einhaltung ihrer Menschenrechte betrifft, kommen Menschen, die mit HIV leben, nicht vor. Es folgt eine Aufzählung der Maßnahmen, wo Österreich die Umsetzung der Menschenrechte besonders berücksichtigen wird, wobei vor allem das capacity building und das mainstreaming in diesem Bereich zu erwähnen sind. Das Dreijahresprogramm setzt auch menschenrechtliche Schwerpunkte, die speziell zu beachten sind, wie etwa der besondere Schutz von Frauen, Kindern und Minderheiten sowie die Menschenrechtsbildung und good governance. Es folgt ein Bekenntnis zur stärkeren Berücksichtigung von und besserer Kooperation bei Menschenrechtsfragen, die für die nachhaltige Entwicklung unabdingbar sind. Ein besonderes Eingehen auf Menschen, die mit HIV leben, oder auch nur auf Gesundheitsfragen generell gibt es in diesem Kapitel nicht, der Konnex beider Themen findet sich alleine im Kapitel zu HIV.

4.3.3 Dreijahresprogramm 2006 – 2008

Das Dreijahresprogramm 2006 – 2008, im November 2006 vom Ministerrat zur Kenntnis genommen, ist wiederum anders strukturiert und enthält neben einem

Geleitwort von Bundesministerin Ursula Plassnik drei wesentliche Teile (vgl. BMaA Sektion VII, 2006): Der erste besteht aus einem kurzen Leitfaden zur OEZA, in dem Ziele und Funktion der OEZA sowie der Hintergrund der Dreijahresprogramme beschrieben werden. Außerdem wird mit dem Verweis auf die Nationalratswahlen im Jahr 2006 erklärt, warum es diesmal keine Budgetvorschau enthält: man wolle einem Beschluss des neu gewählten Parlaments über das Budget nicht vorgreifen (vgl. ebenda, S. 9).

Der zweite, wesentlich umfangreichere Teil, erläutert das Profil der OEZA und geht unter anderem auf politische Rahmenbedingungen, die Grundsätze und Prioritäten sowie auf gewisse spezielle Bereiche wie etwa die humanitäre Hilfe, die multilaterale EZA sowie die internationalen Finanzinstitutionen ein. In diesem Teil ist auch mit dem Titel „Programmrahmen“ die übliche Matrix eingebunden, aus der herauslesbar ist, in welcher Schwerpunktregion die OEZA zu welchen Themen aktiv ist und weiter sein wird (vgl. ebenda, S. 48ff). Ein kurzer dritter Teil beschäftigt sich mit den Erfordernissen der entwicklungspolitischen Kohärenz (vgl. ebenda, S. 79ff) und in den Anhängen werden wichtige internationale Dokumente angeführt wie die MDGs, die Paris Declaration on Aid Effectiveness sowie eine Übersicht über die unterschiedlichen Instrumente der OEZA.

HIV kommt einerseits fast nur im Kontext mit den internationalen Organisationen und den Programmen der EU im Sinne von „Bekämpfung der „Armutskrankheiten“ HIV/AIDS, Tuberkulose und Malaria“, (ebenda S. 60) zur Sprache, andererseits gibt es aber auch das Bestreben, zum Thema in Abstimmung mit dem Gesundheitsministerium Kompetenz aufzubauen, trotz der Tatsache, dass Gesundheit weiterhin kein Schwerpunktthema ist und Unterstützung über multilaterale Programme laufen soll (vgl. ebenda S. 16). Über die reale Umsetzung dieses Kompetenzaufbaus ist bis heute nichts weiter bekannt. Im Dokument wird ein Aktionsplan für die Umsetzung der Paris Declaration beschrieben, in derselben Aufzählung, allerdings nicht mehr als Inhalt dieses Aktionsplans gemeint, wird angekündigt, dass es unter anderem bei der Frage von Bekämpfung von HIV und Aids zu einer Aufwertung der Rahmenvorgaben kommen wird (vgl. ebenda S. 33), was wohl bedeuten soll, dass NGOs die zum Thema HIV arbeiten, verstärkt die Möglichkeit von Rahmenverträgen bekommen sollen, was in Bezug auf die Vorhersehbarkeit der finanziellen Möglichkeiten durchaus mit der Paris Declaration

im Einklang steht. Im Sinne der entwicklungspolitischen Kohärenz gibt es eine längere Aufzählung von Arbeitsbereichen, die in die „Mittelfristige Kohärenzagenda“ fallen (vgl. ebenda, S80f) und unter denen auch HIV vorkommt (ebenda, S. 81):

■ HIV/AIDS:

– Anlassbezogene Dialogstruktur mit Ministerien/NRO zu multilateralen Aktivitäten existiert. Erste Schritte zur Erarbeitung von internen Leitlinien werden im Planungszeitraum gesetzt.

Es kann vermutet werden, dass der Output dieses Vorhabens das Fokuspapier zu HIV/AIDS ist, das allerdings erst im Jahr 2009 erscheinen wird und an späterer Stelle besprochen wird.

Die Menschenrechtsfrage kommt in diesem Dreijahresprogramm vor allem wiederum im Zusammenhang mit good governance sowie konkreten regionalen Programmen dazu vor, wie etwa in Ostafrika oder Palästina. Dort, wo es auf der Hand liegen würde, etwa bei einem Programm in Moldau gegen den Menschenhandel, gibt es zwar einen menschenrechtlichen Ansatz („Verbesserung der Menschenrechtssituation in Moldau“, ebenda S. 37), jedoch keinen Konnex zu sexuellen und reproduktiven Rechten der oft in die Zwangs-Prostitution verschleppten Frauen, die besonders einem Risiko ausgesetzt sind, sich mit HIV zu infizieren.

Allerdings wird schon auf die nun fertige Leitlinie zu den Menschenrechten hingewiesen (ebenda, S. 31), indem der Link zur Homepage des Außenministeriums angeführt ist. Die Zusammenhänge zwischen Entwicklung, Sicherheit und Menschenrechten werden in diesem Dreijahresprogramm erstmals auch als Schwerpunkt in der Bildungs- und Öffentlichkeitsarbeit genannt (vgl. ebenda, S. 42). Ebenfalls in neuem Zusammenhang tauchen die Menschenrechte bei den erstmals beschriebenen „Einsatzprinzipien“ (vgl. ebenda S. 44) auf, wonach auch bei humanitären Hilfsprogrammen auf ein Mindestmaß an Menschenrechten zu achten ist, um potentielle negative Auswirkungen von Katastropheneinsätzen zu vermeiden.

Inhaltlich werden Menschenrechte ansonsten noch mit den Themenfeldern Hunger und Ernährungssicherheit (vgl. ebenda, S 47), der Bekämpfung des Menschenhandels generell (vgl. ebenda, S. 66), der Menschenrechtserziehung im Rahmen der UNESCO (vgl. ebenda, S. 66), mehrmals der good governance sowie

mit dem Empowerment von Frauen (vgl. ebenda S. 69) verknüpft. Strukturell findet die Erwähnung der Wichtigkeit von Menschenrechten unter anderem Eingang bei den nun reduzierten Instrumenten der EZA auf EU-Ebene (vgl. ebenda, S. 60), der UN-Hochkommissarin für Menschenrechte (vgl. ebenda S. 68) und im Zusammenhang mit der Demokratisierung der internationalen Finanzinstitutionen (vgl. ebenda S. 73). Ein explizierter engerer Kontext zwischen Menschenrechtsfragen und HIV besteht in diesem Dokument nicht, gerade dort, wo es um Menschenhandel und das Empowerment von Frauen geht, hätte er aber leicht konstruiert werden können.

4.3.4 Dreijahresprogramm 2007 – 2009

Nun schon quasi zur Routine geworden, wurde auch das Dreijahresprogramm 2007 – 2009 erst kurz vor Weihnachten 2007 vom Ministerrat zur Kenntnis genommen. Es hat abermals eine neue Struktur und diesmal auch wieder ein Prognoseszenario für die Entwicklung der ODA. Für das Geleitwort zeichnen diesmal Außenministerin Ursula Plassnik und der mit der Regierung Gusenbauer I neu installierte Staatssekretär im Außenamt, Hans Winkler, verantwortlich. Die inhaltlichen Kapitel erläutern die strategischen Vorgaben, gehen auf Neuerungen bei den Schwerpunktländern und den Themen ein, und haben einen Fokus auf die multilaterale Arbeit sowie auf die Kohärenz. Neu ist das spezielle Augenmerk auf die Qualitätssicherung der ODA in einem eigenen Kapitel, ein Effekt aus den Verpflichtungen der Paris Declaration (vgl. BMeiA Sektion VII, 2007).

Bei den „Thematischen Neuerungen“ (vgl. ebenda, S. 29ff) hält sich das Programm sehr eng an das Regierungsprogramm, es zitiert dieses sogar auszugsweise und so kommt es zur Bildung von thematischen Clustern im Dreijahresprogramm. Einer davon ist der Bereich Medizin, wo (wie im Regierungsprogramm gemeint, aber nicht explizit beschrieben, sondern erst wie erwähnt telefonisch präzisiert) nun HIV als Schwerpunkt innerhalb dieses Clusters im Dreijahresprogramm vorkommt (ebenda, S. 32):

Die OEZA wird zum Ersten ihr begonnenes multilaterales Engagement weiterführen und dabei insbesondere die Unterstützung von VN Organisationen im Kampf gegen HIV/AIDS fortsetzen.

Und im Absatz unterhalb:

Ebenso werden weiterhin Projekte von NRO im Bereich Gesundheit (inkl. Medizinische Versorgung) im Wege der NRO-Kofinanzierungen sowie die Gesundheitsprojekte des Sektors Ländliche Entwicklung weitergeführt. In diesem Zusammenhang wird der Bereich HIV/AIDS der OEZA ein besonderes Anliegen sein.

Damit ist nun auch im Dreijahresprogramm eine Basis für die Finanzierung von multilateralen Programmen bzw. Projekten, die von Partnerländern, NGOs oder anderen TrägerInnen zum Thema HIV organisiert werden, geschaffen und es wird sich später zeigen, dass real jene Projekte, die sich mit HIV beschäftigen oder zumindest eine solche Komponente haben, wirklich nach 2007 mehr werden. Das Einreichen von Anträgen auf Kofinanzierung von HIV-spezifischen Projekten ist formal aber eigentlich nicht davon abhängig, ob dieses Thema im Dreijahresprogramm erwähnt wird.

Ansonsten kommt in diesem Dreijahresprogramm die Erwähnung von HIV nur sehr selten und wenn, dann im Zusammenhang mit Organisationen der VN vor, wie UNIFEM und UNFPA (vgl. beide ebenda, Seite 41) – man könnte meinen, Aids sei „aus der entwicklungspolitischen Mode“ gekommen oder der internationale Druck, sich damit zu beschäftigen, hat wieder abgenommen. Positiv betrachtet kann man auch der Ansicht sein, wenn es einmal als spezielles inhaltliches Kapitel erwähnt worden ist wie im Programm davor, dann hat es weiter seine Gültigkeit.

Ebenso verhält es sich mit der Erwähnung des Begriffes Menschenrechte, der nur noch dreimal im gesamten Dreijahresprogramm vorkommt. Einmal im Zusammenhang mit den thematischen Leitlinien der OEZA (vgl. ebenda S. 18) für die Weiterentwicklung der Regional- und Länderprogramme, einmal als Programmpriorität in Lateinamerika beim „armutsorientierten Wachstum“ (vgl. ebenda S. 20), sowie ein letztes Mal im Konnex der Zusammenarbeit Österreichs mit der FAO, wo zum Thema Senkung der Anzahl der Menschen, die unter Hunger leiden, folgendes erwähnt wird (ebenda, S 42):

Mit der Annahme der freiwilligen Richtlinien zur Unterstützung der Mitgliedstaaten bei der fortschreitenden Umsetzung des Rechts auf Ernährung durch das FAO-Komitee für Welternährungssicherung und den FAO-Rat im Herbst 2004 wurde ein weiteres, auf menschenrechtlichem Ansatz basierendes Hilfsinstrument geschaffen.

Im gegenständlichen Dreijahresprogramm findet sich also kein direkter Zusammenhang zwischen Menschenrechten und HIV.

4.3.5 Dreijahresprogramm 2008 – 2010

Das Dreijahresprogramm 2008 – 2010 wurde Mitte Dezember 2008 vom Ministerrat beschlossen und hat eine ähnliche Struktur wie das vorangegangene. Es spricht von Neuerungen in Bezug auf internationale Regelungen wie Aid for Trade und die österreichische Entwicklungsbank, die im März 2008 – unter Bezugnahme auf das Regierungsprogramm der XXIII. Legislaturperiode, wo allerdings nur mit viel Phantasie im Absatz „Internationalisierung der österreichischen Wirtschaft“ (Österreichische Bundesregierung, 2007, S. 14) eine solche hineingelesen werden kann – ihre operative Tätigkeit aufgenommen hat (vgl. BMeiA Sektion VII, 2008, S. 39ff).

Diesmal unterschreibt das sehr kurz gehaltene Vorwort Michael Spindelegger, der zum Zeitpunkt des Ministerratsbeschlusses seit knapp zwei Wochen als Außenminister bestellt ist. Der Posten des Staatssekretärs war bei der Bildung der Regierung Faymann I ins Finanzministerium gewandert. Nachdem die vorherige Regierung schon im Frühsommer 2008 aufgrund des Ausstiegs der ÖVP keine Vorgaben mehr machen konnte, in diese Zeit jedoch das Schreiben des Dreijahresprogramms fiel, standen die BeamtInnen der Sektion VII im Außenministerium vor dem Problem, dass sie ein politisch recht flexibles Dreijahresprogramm schreiben mussten, da ja nicht klar war, welche Regierung mit welcher inhaltlichen Ausrichtung dieses dann nach ihrer Bildung absegnen musste.

Vor diesem Hintergrund wundert es nicht so sehr, dass in diesem Dreijahresprogramm Aids gerade zweimal erwähnt wird, einmal im Konnex mit UNFPA (ebenda, S. 50) und einmal mit UNIFEM (ebenda, S. 51). Von einem eigenständigen österreichischen Zugang zum Thema oder zum Entwickeln von Kompetenz ist nicht mehr die Rede.

Ähnlich schütter, wenn auch nicht nur auf eine zweimalige Erwähnung reduziert, verhält es sich mit dem Fokus auf die Menschenrechte: Diese kommen nur noch in Verbindung mit internationalen Organisationen und bei den Länderprogrammen vor. Bei den internationalen Organisationen bzw. Verträgen sind die Menschenrechte als einer von acht Schwerpunkten im Aktionsplan der gemeinsamen strategischen Partnerschaft zwischen der EU und Afrika angesprochen (vgl. ebenda, S. 17), und

darüber hinaus gibt es noch je eine Erwähnung bei der FAO und bei UNIFEM (vgl. ebenda, S. 51).

Bei den Regionen spielen die Menschenrechte vor allem in Lateinamerika eine Rolle, wo ihre Umsetzung als wichtige Voraussetzung für den sozialen Zusammenhalt gesehen wird (vgl. ebenda S. 24). Abgesehen von Lateinamerika findet sich der Begriff Menschenrechte in der Matrix der Länderprogramme noch bei Äthiopien als komplementärer Aktionsbereich (vgl. ebenda S. 31), im südlichen Afrika als Voraussetzung für die Bildung von Governance (vgl. ebenda S. 32), sowie im Kosovo als spezifisches Instrument der Menschenrechtserziehung (vgl. ebenda S. 34). Abermals wird auch bei der entwicklungspolitischen Kommunikation und Bildung innerhalb Österreichs ein Schwerpunkt darauf gelegt (vgl. ebenda, S. 37).

Im deklaratorischen Sinne finden Menschenrechte bei der Beschreibung der Arbeitsgemeinschaft Globale Verantwortung einen eigenen Raum, dem Dachverband der entwicklungspolitischen und humanitären NGOs, der Ende 2007 als Nachfolgeorganisation der Arbeitsgemeinschaft für Entwicklungszusammenarbeit und der EU-Plattform neu gegründet wurde (ebenda S. 13):

Humanität und die Durchsetzung der politischen, sozialen, kulturellen und wirtschaftlichen Menschenrechte bilden den Handlungsrahmen für die Erreichung und Umsetzung jeglicher Zielsetzungen und entsprechender Aktivitäten.

Darüber hinaus gibt es strategische Überlegungen zur Durchsetzung der Menschenrechte als Mittel der Förderung des wirtschaftlichen, sozialen und kulturellen Potentials nur bei der Beschreibung des „Programme for Land and Agrarian Studies der University of Western Cape, Südafrika“ (vgl. ebenda, S. 21).

Ein direkter Zusammenhang zwischen HIV und Menschenrechten oder gar die Überlegung zu einem Human Rights Based Approach lassen sich in diesem Dreijahresprogramm nirgendwo fest machen.

4.3.6 Dreijahresprogramm 2009 – 2011

Das Dreijahresprogramm 2009 – 2011 wurde vom Ministerrat Mitte November 2009 zur Kenntnis genommen und trägt ein Vorwort von Außenminister Michael Spindelegger. Es teilt sich in fünf Themenbereiche, nämlich die strategischen Vorgaben, die Mitgestaltung der EU-Außenbeziehungen, die Mitgestaltung der Entwicklungspolitik

multilateralen Entwicklungspolitik und –zusammenarbeit, Schwerpunkte und bilaterale Programmierung sowie zuletzt die Politikkohärenz (BMeiA Sektion VII, 2009, S. 1)

Die Befassung mit HIV kommt in diesem Programm nur am Rande vor: So wird im Kapitel über die Vereinten Nationen unter anderem definiert, was die wichtigsten Anliegen der am wenigsten entwickelten Länder sind (vgl. ebenda S. 28) und dabei wird mit einigen anderen MDGs auch jenes zur Bekämpfung von Aids erwähnt sowie zwischen Bindestrichen festgehalten, dass die internationale Aidskonferenz im Jahr 2010 in Wien stattfinden wird.

Diese hat übrigens rückblickend betrachtet kaum einen Einfluss auf die österreichische Aidspolitik auf entwicklungspolitischer Ebene. Trotz des massiven internationalen Drucks vor und während der Konferenz (so gab es z.B. im Eingangsbereich der Konferenzstätte zwei überdimensional große Pappmaschee-Köpfe von Barack Obama und Heinz Fischer, wo beide beschuldigt werden, finanziell auf internationaler Ebene zu wenig zum Kampf gegen Aids beizutragen, was natürlich eine Verkennung der österreichischen politischen Realitäten und Verantwortlichkeiten durch die international dominierte Zivilgesellschaft ist), zahlte Österreich keine weiteren Beiträge in den Global Fund, stattdessen eiste das Gesundheitsministerium 300.000,-- Euro für einen einmaligen Beitrag an UNAIDS frei. Wann immer von Seiten der BetreiberInnen der Konferenz rund um die International Aids Society gefordert wurde, dass doch Österreich jetzt, wo es im Mittelpunkt der globalen Aufmerksamkeit rund um Aidspolitik stehe, mehr Aufwendungen machen müsse, wurde gegenargumentiert, dass es von Seiten des Bundes und der Stadt Wien ja jeweils 1,5 Mio. Euro für die Ausrichtung der Konferenz zusätzlich gäbe und dieser Beitrag einer sei, der für österreichische Verhältnisse ein sehr großer ist.

Ansonsten wird im gegenständlichen Dreijahresprogramm Aids nur als einer der Schwerpunkte bei bilateralen Projekten in Nicaragua erwähnt (vgl. ebenda, S. 38), indem Bewusstsein zum Thema geschaffen und die staatliche Fürsorge ausgebaut werden soll. Dieser spärliche Umgang mit dem Thema verwundert insofern, als dass ja im korrespondierenden Regierungsprogramm, vorgestellt Ende 2008, die Bekämpfung von HIV erstmals klar als Auftrag an die OEZA formuliert wurde und die

Arbeiten zu diesem Dreijahresprogramm ja erst im Jahr 2009 stattfanden. Damit verstärkt sich der Eindruck, dass sich politische Festlegungen aus einem strukturell übergeordneten Auftrag auf die Ausformulierung der konkreten Politik in policy papers wie dem Dreijahresprogramm sehr ambivalent abbilden: mal wird direkt aus den Regierungsprogrammen zitiert, mal werden diese Inhalte – wie im vorliegenden Fall zum Thema HIV – vollkommen ignoriert.

Auch die Fragen der Menschenrechte nehmen in diesem Programm eher nur Allgemeinplätze ein und finden Erwähnung in Zusammenhang mit Frieden und Sicherheit (vgl. ebenda S. 17), der regionalen Kooperation in Afrika (vgl. ebenda S. 33) und kommen in der Übersicht der Aktivitäten im Zuge der bilateralen Programme in Zentralamerika (vgl. ebenda S. 37), Uganda (S. 44) und Äthiopien (S. 45) sowie im südlichen Afrika generell (S. 46) und im Kosovo im Kontext mit Konfliktprävention und Bekämpfung von Menschenhandel (vgl. ebenda, S. 51) vor. Auch bei der entwicklungspolitischen Kommunikation und Bildung findet sich das Wort Menschenrechte wieder (vgl. ebenda, S. 58). Immerhin könnte man bei der Programmpriorität in Zentralamerika, wo es heißt: „Stärkung marginalisierter Bevölkerungsgruppen bei der Einforderung ihrer sozialen und Menschenrechte“ (ebenda S. 36) noch davon ausgehen, dass auch Menschen betroffen sein könnten, die mit Aids leben, da ja auch Gesundheit als Thema in Zentralamerika in der bilateralen Entwicklungszusammenarbeit eine Rolle spielt. Schließlich wird noch im Kapitel zur Kohärenz erwähnt, dass es eine Leitlinie zum Thema Menschenrechte gibt (vgl. ebenda, S. 62) und im selben werden Menschenrechte in Zusammenhang mit kultureller Identität erwähnt (vgl. ebenda S. 68f). Letztendlich wird noch im Abschnitt über die Mitgestaltung der multilateralen EZA darauf hingewiesen, dass Österreich erstmals für einen Sitz im Menschenrechtsrat kandidieren wird (vgl. ebenda S. 27).

Bis auf die realistische Möglichkeit, dass sich in Zentralamerika, konkret in Nicaragua, die beiden Ansätze zu Menschenrechten und HIV ergänzen und die gesundheitsbezogenen Programme (die es in dieser Region als einziges seitens der OEZA gibt) unter einem menschenrechtlichen Aspekt umgesetzt werden, finden sich nirgendwo in diesem Dreijahresprogramm Zusammenhänge zwischen den beiden Themen.

4.3.7 Dreijahresprogramm 2010 – 2012 und Aktualisierung 2011

Das Dreijahresprogramm 2010 – 2012 wurde vom Ministerrat Mitte Dezember 2010 zur Kenntnis genommen. Es ist genau so strukturiert wie jenes im Vorjahr, allerdings kommen noch zwei Kapitel dazu, nämlich eines zur Wirksamkeit der EZA sowie ein eigenes zur entwicklungspolitischen Kommunikation und Bildung in Österreich (vgl. BMeiA Sektion VII, 2011, S. 1). Es ist geprägt von den Einsparungen im bilateralen Entwicklungsbereich, der aufgrund des neuen Bundeshaushaltsgesetzes bereits bis 2014 einigermaßen konkret absehbar ist.⁷

Die Befassung mit HIV ist auf ein Minimum geschrumpft, es kommt gerade noch einmal vor, nämlich im Gesundheitsbereich in Nicaragua, wo es wieder um Bewusstseinsbildung zum Thema geht (vgl. ebenda S. 47). Gleichzeitig wird bekannt gegeben, dass die bilaterale Kooperation mit Nicaragua als Schwerpunktland überhaupt auslaufen wird. Aids scheint als entwicklungspolitisches Thema in Österreich endgültig „aus der Mode“ gekommen zu sein. Dass im Regierungsprogramm das Bekenntnis zur Aids-politischen Schwerpunktsetzung steht und es weiterhin internationalen Druck auf Österreich gibt, in diesem Bereich höhere Beiträge an multilaterale Organisationen zu zahlen, hat scheinbar keine Bedeutung mehr, zumindest bildet sich in diesem Dokument keine solche ab.

Auch die Beachtung der Menschenrechte ist im Programm auf ein Minimum geschrumpft. Konzeptionell kommen sie nur noch im Kontext mit Sicherheits- und Friedensüberlegungen der EU (vgl. ebenda S. 15) und im Zusammenhang mit der VN Resolution zum Schutz von Zivilpersonen in bewaffneten Konflikten vor (vgl. ebenda, S. 24) wo auch angekündigt wird, die Leitlinie zu den Menschenrechten zu aktualisieren. In der Matrix, die eine Übersicht über die bilateralen Programme beinhaltet, kommen Menschenrechte in beinahe gleichen Bezügen vor, wie im Jahr davor, nämlich in Uganda im Bereich der Justiz (vgl. ebenda, S. 37), in Äthiopien in Zusammenhang mit governance (vgl. ebenda S. 38), im südlichen Afrika generell als Aktionsbereich im Kontext mit Rechtstaatlichkeit (vgl. ebenda, S. 38) und bei der Ostzusammenarbeit, diesmal in Mazedonien, im Kontext mit sozialer Inklusion (vgl. ebenda, S. 42). In Zentralamerika geht es auch diesmal wieder um die „Stärkung

⁷ Ein nur gegen die Stimmen der FPÖ beschlossener Entschließungsantrag, eingebracht im Zuge der Debatte zum Budget 2013, fordert die Regierung allerdings auf, im Bundesfinanzrahmengesetz 2014 – 2017 Steigerungen in der bilateralen Entwicklungszusammenarbeit vorzusehen.

marginalisierter Bevölkerungsgruppen bei der Einforderung ihrer sozialen und Menschenrechte“ (ebenda, S. 47), es gibt jedoch keinen konstruierbaren Programmszusammenhang mit HIV mehr.

Zum Dreijahresprogramm 2010 – 2012 gibt es eine Mitte Dezember 2012 im Ministerrat zur Kenntnis genommene Aktualisierung, die quasi das fehlende darauffolgende Programm ersetzt. Die Gründe dafür sind im Folgekapitel zusammengefasst. Konkret aktualisiert werden neben der Programmmatrix und dem Prognoseszenario auch einige Bezüge zu multilateraler Zusammenarbeit und in der bilateralen Entwicklungszusammenarbeit, bei der auf die zunehmende Wichtigkeit der Kohärenz hingewiesen wird (vgl. BMeiA Sektion VII, 2011, S. 5f). Das Bekenntnis, „Entwicklungszusammenarbeit ist die Verantwortung der gesamten Bundesregierung.“ (ebenda, S. 7) ist wohl dem Problem der immer geringer werdenden finanziellen Mittel für die bilaterale EZA geschuldet, allerdings ohne, dass dieser Feststellung konkrete Verpflichtungen für andere Ressorts folgen würden.

Aids kommt bei der Aktualisierung nur noch in bilateralen Programmen in Nicaragua vor, hier wiederum im Zusammenhang mit Bewusstseinsbildung (vgl. ebenda, S. 20). Menschenrechte finden sich in der Programmmatrix exakt wortgleich wie im Dreijahresprogramm 2010 – 2012.

Zu erwähnen ist noch, dass das Prognoseszenario für die Entwicklung der ODA (vgl. ebenda, S. 24) schon aus heutiger Sicht nicht mehr zu halten ist. Der große finanzielle Brocken der unter „sonstige Schuldenreduktion“ firmiert und über die Prognosejahre 2012 bis 2014 € 582 Mio., € 498 Mio. und € 664 Mio. ausmachen hätte sollen, wird etwa am Niveau von 2011 mit € 24 Mio. bleiben, weil aus politischen Gründen die Entschuldung des Sudans im beschriebenen Zeitraum nicht wahrscheinlich ist. Damit fehlen für die drei Prognosejahre in Summe etwa € 1,6 Mrd. was gleichbedeutend damit ist, dass der Anteil der ODA am BNE nicht wie für 2012 prognostiziert 0,47% betragen wird, sondern eher 0,33%, bei guten Wirtschaftswachstumswerten eher sogar noch weniger.

4.3.8 Dreijahresprogramm 2011 – 2013

Auch wenn es von der zeitlichen Routine her bereits ein Dreijahresprogramm für diesen Zeitraum geben müsste, gibt es nur eine Ergänzung zum Programm 2010 –

2012, das im vorherigen Abschnitt beleuchtet wurde. Der Grund ist darin zu suchen, dass es mit Wolfgang Waldner von April 2011 bis August 2012, gefolgt von Reinhard Lopatka ab August 2012, wieder einen im Außenamt angesiedelten Staatssekretär gibt, der sich um die Agenden der OEZA kümmert und ersterer leitete in die Wege, dass das Dreijahresprogramm in Struktur und Inhalt auf neue Beine gestellt wird. Ein solches wurde eigentlich zur Kenntnisnahme durch den Ministerrat für die Zeit vor dem Sommer 2012 angekündigt, da war es aber noch nicht fertig⁸. Es bleibt zu hoffen, dass die zeitliche Dissonanz zwischen Erstellung, Beschlussfassung und Wirksamkeit damit nicht in Zukunft um noch ein weiteres Jahr verzögert wird und die Kenntnisnahme im Ministerrat nicht künftig immer erst mitten im Zeitraum der Wirksamkeit zustande kommen wird.

4.4 Leitlinie Menschenrechte

Die entwicklungspolitische Sektion im BMeiA hat gemeinsam mit der ADA zu einigen wichtigen Fragen der EZA Leitlinien entwickelt, so z.B. zur Armutsreduktion, Friedenssicherung und Konfliktprävention, Geschlechtergerechtigkeit und Empowerment von Frauen, sowie zu einigen anderen Themen. Eine Leitlinie zu Menschenrechten entstand im April 2006, es gibt eine Neuauflage vom Juni 2009 und eine weitere Überarbeitung wird vorbereitet.

In der einleitenden Zusammenfassung der Leitlinie wird die enge Verknüpfung von Entwicklungspolitik mit den Menschenrechten und der Sicherheit konstatiert (vgl. Walter & Mair, 2009, S. 3), und man beruft sich auf den internationalen Konsens, die Umsetzung von Menschenrechten in die Entwicklungszusammenarbeit auf allen Ebenen zu inkludieren. Die OEZA erkennt für sich drei Handlungsfelder auf dem Gebiet der Menschenrechtspolitik (ebenda):

Menschenrechte als Prinzip der OEZA (Integration einer Menschenrechtsperspektive): als normatives Prinzip, als Komponente der Programmierung und als Instrument zur Bewertung der Interventionen;

⁸ Dieses Dreijahresprogramm wurde mittlerweile am 7. November 2012 von Staatssekretär Lopatka in einer Presseaussendung angekündigt.

Förderung und Schutz der Menschenrechte als Interventionssektor: zur Unterstützung von menschenrechtsspezifischen Programmen oder Projekten, deren Hauptziel die Förderung eines oder mehrerer Menschenrechte bzw. benachteiligter Gruppen ist;

Menschenrechte als Teil des politischen Dialogs im Rahmen der Programmierungsprozesse und im multilateralen Kontext.

In weiterer Folge wird ein Umgang mit diesen drei Interventionsebenen beschrieben, der sehr an die Herangehensweise des Human Rights Based Approach der VN erinnert. Die dritte Ebene, der Menschenrechts-Dialog, kommt allerdings real kaum zur Anwendung, wenn, dann wirklich nur in der Programmierung, um Programme im Sinne der ownership an die Interessen des Durchführungslandes anzupassen. Auf bilateraler Ebene wurde er zuletzt in den 1990ern in Nicaragua aufgrund schlechter Regierungsführung und Korruption geführt, ansonsten höchstens auf EU- oder multilateraler Ebene, wie etwa im Jahr 2011 in Uganda wegen der beabsichtigten Beschlussfassung von homophoben Gesetzen. Es hängt wohl sehr von den handelnden Personen ab, wie weit es realistisch ist, dass bei schweren Verletzungen der Menschenrechte wirklich „die OEZA-Zentrale, die österreichischen Botschaften und die Koordinationsbüros mit den Partnerregierungen“ (ebenda, S. 14) einen solchen Dialog zu führen imstande sind. Eine wichtige Voraussetzung für das Erfüllen dieser wichtigen Handlungsmöglichkeit mit Leben ist wohl die Schulung der dafür in Frage kommenden Personen, dies sollte bei einer Neuauflage der Leitlinie berücksichtigt werden.

Wenn diese Dialoge real umgesetzt werden könnten, würden sie jedenfalls eine sehr gute Methode bieten, Verletzungen der Rechte jener Menschen, die mit HIV leben, zu benennen und Verbesserungen bei Diskriminierungen oder noch besser deren Beendigung herbeizuführen. Gerade für marginalisierte Gruppen, die ja sowohl eine spezielle Zielgruppe der OEZA sind, als auch Diskriminierungen besonders ausgesetzt und besonders verwundbar gegenüber der Infizierung mit HIV sind – wie etwa Prostituierte, Häftlinge, KonsumentInnen von Drogen und Flüchtlinge – könnte dies zu einer massiven Besserstellung führen. Nicht nur, dass sie oft von Leistungen der öffentlichen Gesundheitsvorsorge in den Partnerländern real ausgeschlossen sind, werden ihnen viele Menschenrechte vorenthalten, deren Realisierung nicht nur ihre individuelle Situation verbessern würde, sondern auch einen wichtigen Beitrag dazu leisten könnte, die Verbreitung der Krankheit zu verringern.

Auch zur Arbeitsweise mit den vorliegenden Leitlinien gibt es einen zwar umfassenden, aber doch wenig konkreten Ansatz (ebenda, S. 4):⁹

Die Leitlinien richten sich an die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der OEZA im In- und Ausland sowie an alle Partner der OEZA. Sie stellen kein unmittelbares Instrument der Umsetzung dar, beantworten aber wesentliche Fragen zu Begriffsdefinition, Zielen und Interventionsebenen. Die Festlegung, durch welche Maßnahmen und Instrumente die Ziele erreicht werden sollen, erfolgt in einem separaten Strategiepapier.

Das Beachten der vorliegenden Leitlinie zu den Menschenrechten war bisher freiwillig und wurde in keiner Form bei der Antragsstellung für Förderungen ex ante oder nach Umsetzung der Projekte ex post evaluiert. Bei Einreichungen von Kofinanzierungsprojekten – auch solchen, die Aids im Fokus haben – spielte es bislang keine Rolle, ob die umsetzenden Organisationen in ihrer konkreten Arbeit Menschenrechte beachteten oder nicht. Nichts desto trotz gilt der in dieser Leitlinie definierte österreichische HRBA für alle im Rahmen der Entwicklungspolitik entfalteten Tätigkeiten.

Realpolitisch hat sich dieser Ansatz aufgrund der entwicklungspolitisch geführten Debatte und der politischen Notwendigkeiten seither erweitert, etwa um das Recht auf Nahrung und die gerechte Verteilung von global public goods. Auch wenn diese Leitlinie bisher keine direkte Bindungswirkung hat, so wird doch seitens der Sektion VII und der ADA beobachtet, dass viele umsetzende Organisationen von sich aus einen hohen Anspruch an die Umsetzung von Menschenrechten stellen, der durchaus mit jenen in der Leitlinie beschriebenen eng korreliert.

Laut Anton Mair, stellvertretendem Sektionschef der Sektion VII im BMeiA, wurde seitens der entwicklungspolitischen Sektion vorgeschlagen, in den Jahren 2013 und 2014 die Leitlinie zum Thema Menschenrechte im Rahmen einer Evaluierung einer genaueren Betrachtung zu unterziehen und dabei einerseits zu analysieren, wie sich die Menschenrechtssituation in den Schwerpunktländern der OEZA darstellt, wie die Leitlinie bei der Umsetzung von konkreten Projekten zur Anwendung kommt und wie weit die darin formulierten Ansprüche bei der Gestaltung von Regional- und Länderstrategien berücksichtigt werden. Diese mögliche Evaluierung soll von unabhängiger Stelle ausgeführt werden und sowohl eine desk study als auch das

⁹ Das in diesem Zitat angesprochene Strategiepapier, das konkrete Maßnahmen festlegen soll, ist das im nächsten Kapitel zu besprechende „Themenpapier Menschenrechte in der Österreichischen Entwicklungszusammenarbeit“.

Monitoring konkreter Programme und Projekte umfassen. Vorbild dafür ist die soeben abgeschlossene Evaluierung der Leitlinie zur Geschlechtergleichstellung und zum Empowerment von Frauen. Aus einer (noch nicht sicher stattfindenden) künftigen Evaluierung der Leitlinie Menschenrechte könnte sich dann unter Umständen die Empfehlung ableiten lassen, dass die Beachtung des HRBA, wie in der Leitlinie oder gegebenenfalls in einer Neufassung davon beschrieben, eine Voraussetzung für alle Programme der OEZA, für Förderverträge von NGOs und die Kofinanzierung von Projekten wird. Damit hätte dann der Inhalt der Leitlinie wesentlich mehr realpolitische Kraft und die Berücksichtigung der Umsetzung von Menschenrechten im Rahmen der OEZA würde ein gutes Stück konkreter und greifbarer werden.

Die momentan vorliegende Leitlinie nimmt übrigens keinen Bezug auf Aids, sehr wohl wird aber die Gesundheit einige Male in Zusammenhang mit der Durchsetzbarkeit von Menschenrechten gebracht.

4.5 Themenpapier Menschenrechte in der OEZA

Die nähere Ausgestaltung der Anwendung der Leitlinie Menschenrechte soll – wie erwähnt – durch ein separates Strategiepapier festgelegt werden. Dieses sucht man vergebens, doch gibt es ein „Themenpapier Menschenrechte in der Österreichischen Entwicklungszusammenarbeit“, das diese Rolle erfüllen soll. Dieses Themenpapier von November 2011 gibt eine allgemeine Einführung in Geschichte, Unterteilung und Wichtigkeit von Menschenrechten (vgl. ADA, 2011, S. 1) und laut Manfred Nowak als Mitautor vieler diesbezüglicher Dokumente für die OEZA meint der Terminus „Menschenrechtsansatz“ genau jenen HRBA der VN (ebenda, S. 2):

Für die Umsetzung dieser und anderer Vorgaben wurde für die Entwicklungszusammenarbeit der Menschenrechtsansatz entwickelt, der fordert,

Entwicklungsmaßnahmen explizit an internationalen Menschenrechtsstandards zu orientieren bzw. damit zu verknüpfen,

Menschen als Träger von Rechten und nicht bloß als Hilfsempfänger in den Mittelpunkt von Entwicklung zu stellen,

Partizipation, Empowerment, Nicht-Diskriminierung und Rechenschaftspflicht explizit in alle Maßnahmen zu integrieren.

Weiter wird auf die drei Handlungsebenen zu Menschenrechten eingegangen – wie in der Leitlinie beschrieben (vgl. ebenda, S. 1f) – und es wird zwischen bürgerlichen und politischen Rechten, Rechten bestimmter Gruppen sowie den sozialen, wirtschaftlichen und kulturellen Rechten unterschieden. Danach werden für die einzelnen Regionen, in denen die OEZA aktiv ist, jene Themenfelder aufgelistet, die mit Menschenrechten in Zusammenhang zu bringen sind (vgl. ebenda S. 3f), es wird für die Jahre 2009 und 2010 herausgerechnet, wie viel Budget im weiteren sowie im engeren Sinne für die Förderung von Menschenrechten aufgewandt wurde und anschließend wird noch auf die Rolle Österreichs im Menschenrechtsrat der VN eingegangen (vgl. ebenda S. 5).

Der Großteil des Themenpapiers besteht aus Projektbeispielen (ebenda, S. 6ff), bei denen die OEZA in irgendeiner Weise bei der Förderung menschenrechtsrelevanter Projekte tätig war. Diese werden kurz beschrieben, jeweils mit der Projektnummer dabei zum leichteren Auffinden des jeweiligen Vertrages, der dann eine detailliertere Beschreibung enthält. Diese Projekte sind in Cluster zusammengefasst, die die Bereiche Medien, Kinderrechte, Frauen und besonders schutzwürdige Gruppen, Rechtsstaatlichkeit, Justiz und Versöhnungsprozess, politische Teilhabe, Menschenrechtsbildung und Umsetzung des Menschenrechtsansatzes sowie Menschen in bewaffneten Konflikten umfassen. Die Palette der Projekte ist dementsprechend breit und reicht von der Ausbildung von RadiojournalistInnen in Norduganda über eine Parlamentspartnerschaft mit Mosambik bis hin zu einem Kurs, den das Studienzentrum für Frieden und Konfliktlösung in Schlaining mit PartnerInnen in Afrika umsetzte und der das Ziel hatte, die Resolution 1894¹⁰ des Sicherheitsrates in die Praxis umzusetzen.

Einen speziellen Konnex zu Aids, welches im gesamten Papier gar nicht erwähnt wird, gibt es nicht. Allerdings wird mehrfach – vor allem in Verbindung mit dem WSK-Pakt – auf die Wichtigkeit des Rechts auf Gesundheit hingewiesen und bei den Projektbeschreibungen wird auf die Situation von Menschen mit Behinderungen und

¹⁰ Die Resolution 1894 zum Schutz von ZivilistInnen in bewaffneten Konflikten wurde während des österreichischen Vorsitzes im VN Sicherheitsrat im November 2009 einstimmig angenommen und geht unter anderem auf die Initiative Österreichs zurück.

auf von Österreich mitgetragene, gemeindenahe Rehabilitationsprogramme eingegangen (vgl. ebenda, S. 9).

4.6 Handbuch Menschenrechte

Das in der Realität wohl besser handhabbare Papier, das Anleitung zur konkreten Umsetzung von Menschenrechten in der entwicklungspolitischen Praxis gibt, ist das im Juli 2010 erschienene Handbuch Menschenrechte, welches von der ADA und dem Ludwig Boltzmann Institut für Menschenrechte entwickelt wurde. Es gibt einen Überblick über Art und Entstehung der Menschenrechte, beschreibt den HRBA der VN und stellt die Verbindung zwischen der Entwicklungspolitik und den Menschenrechten her. Weiter gibt es Einblick in die universellen und regionalen menschenrechtlichen Standards in diversen relevanten Verträgen und geht ausführlich auf das dazugehörige Monitoring ein. Schließlich beschreibt es noch die Arbeit der regionalen Menschenrechtsgerichtshöfe und des Internationalen Strafgerichtshofs. (vgl. Walter, Nowak, Sommer, Sax, & Huber-Grabenwarter, 2010, S. 3ff)

Sodann geht das Handbuch auf die schon von der Leitlinie bekannten drei Ebenen (Prinzip, Intervention, Dialog) ein und verpackt in diesen drei ausführlichen Kapiteln auch konkrete Handlungsanleitungen, wie in der OEZA Menschenrechte verankert, umgesetzt und im gesamten Programmierungsprozess Beachtung finden können (vgl. ebenda, S18ff). Abschließend wird noch das menschenrechtliche Fundament der MDGs beleuchtet (vgl. ebenda, S. 45ff). Im Weiteren sollen einige dieser konkreten Handlungsanleitungen näher betrachtet werden, exemplarisch an je einem Beispiel pro Ebene, das mit Aids in Verbindung gebracht wird.

Ad 1 Menschenrechte als Prinzip der OEZA:

Im Sinne des HRBA der VN, wonach Menschenrechte in allen Phasen der Programmierung eine Rolle spielen müssen, werden hier einige Instrumente zur Analyse der Menschenrechtssituation im Kontext mit den gesellschaftlichen Strukturen im jeweiligen Umfeld vorgestellt (vgl. ebenda, S. 18ff). Außerdem wird auf bestehende Aktionspläne und die detaillierte Betrachtung legislativer Regelwerke

auf regionaler und nationaler Ebene hingewiesen, die für die Umsetzung von Menschenrechten Relevanz haben können.

Des Weiteren werden drei normative Grundprinzipien vorgestellt, an denen sich die Programmierung im Rahmen der OEZA zu richten hat, „nämlich Nicht-Diskriminierung und Chancengleichheit, Partizipation und Empowerment sowie Rechenschaftspflicht (Accountability)“ (ebenda, S. 19). Diese drei Grundprinzipien und ihre Anknüpfungsmöglichkeiten für die OEZA werden sodann intensiver beleuchtet und mit Zitaten aus einzelnen Leitlinien der österreichischen Entwicklungspolitik unterfüttert. Sodann geht es um die konkrete Programmierung, wo unter anderem anhand von entwicklungspolitisch relevanten Beispielen gegenübergestellt wird, wie ein älterer auf Individuen fokussierender im Gegensatz zu einem neueren, auf Rechte abzielender Menschenrechtsansatz ausschauen kann.

Einen wichtigen Teil nimmt die Analyse der Ländersituationen ein, wo dann an einzelnen Themenfeldern aufgezeigt wird, was denn relevante Dokumente dafür sein könnten. Bei den unter anderem exemplarisch vorkommenden Kindern als marginalisierte Gruppe (vgl. ebenda, S. 27) werden als mögliche Quelle neben anderen die aktuellen Berichte von UNAIDS genannt, die dabei helfen können zu klären, wie weit Kinder und Jugendliche als besonders verletzbare Gruppe von HIV betroffen sein können. Abschließend wird eine Checkliste für die konkrete Arbeit vorgestellt (vgl. ebenda, S. 28ff).

Ad 2 Menschenrechte als Sektor in der OEZA:

In diesem Teil des Handbuchs werden auf ausgewählte spezielle Menschenrechte, sowie deren Inhalt, Background und Rolle eingegangen, die für die Entwicklungszusammenarbeit von besonderer Bedeutung sind (vgl. ebenda, S. 31ff). Einzelne Themenbereiche, wie etwa Armut, Bildung etc. werden in einen entwicklungspolitischen Zusammenhang gebracht, es werden anhand von relevanten (meist völkerrechtlichen) Dokumenten die konkreten Ansprüche geschildert, dann jene Gruppen definiert, für welche diese Rechte von besonderer Relevanz sind und anschließend jeweils ein best practice Beispiel aus der OEZA zur Verdeutlichung

beschrieben. Der Hinweis auf Dokumente, die eine Vertiefung im betreffenden Bereich bieten können, schließt das jeweilige Themenfeld ab.

In diesem Kapitel des Handbuchs gibt es einen eigenen Abschnitt, der auf das Recht auf Gesundheit eingeht, bei dem naturgemäß HIV eine Rolle spielt (vgl. ebenda, S. 36f). So werden jene der drei MDGs benannt die gesundheitspolitische Ziele verfolgen, darunter das MDG 6, und es werden die Auswirkungen von HIV nicht nur auf die Betroffenen, sondern auf das gesamte gesellschaftliche Umfeld erwähnt. Als Referenzdokument werden der WSK-Pakt sowie die zwei gesundheitsrelevanten general comments genannt und der Zugang zu HIV Prävention als Standard definiert. Auch bei den weiterführenden Quellen kommen solche vor, die speziell auf HIV eingehen, wie etwa eine spezifische UNICEF Publikation und Dokumente zur internationalen Aidskonferenz 2010.

Ad 3. Menschenrechte im politischen Dialog

Dieser Abschnitt beginnt mit praktischen Einschätzungen, in welchem Rahmen, auf welcher Ebene, mit welchen Partnerorganisationen und zu welchen Gelegenheiten ein solcher Dialog stattfinden kann (vgl. ebenda, S 48ff). Es wird auf die Wichtigkeit von Kohärenz und Koordinierung hingewiesen, sowie die EU Leitlinien unter anderem für demensprechende Dialoge aber auch zu anderen relevanten Menschenrechtsbereichen angerissen, wie etwa die zum Schutz von Kindern und Menschenrechtsverteidigern, gegen Todesstrafe und zur Folter. HIV oder Aids kommen hier als konkrete Beispiele nicht vor, was schade ist, scheint mir doch das Mittel des politischen Dialogs ein durchaus geeignetes, um die Situation von Menschen, die mit HIV leben und oft in ihren Rechten verletzt werden, anzusprechen und gemeinsam Strategien zu Verbesserung ihrer Situation zu erarbeiten, was dann oft auch eine positive gesundheitspolitische Auswirkung insofern hat, als dass die Ausbreitung der Krankheit verlangsamt werden kann. Hier würden auch Anknüpfungspunkte bestehen, Stakeholder in einen Dialog miteinzubeziehen, die bisher keine relevante Rolle entfalten konnten, wie etwa ParlamentarierInnen und Betroffene.

In einem abschließenden Kapitel werden für die Frage der Implementierung von Menschenrechten in der OEZA relevante Dokumente kurz angerissen, wie etwa der

Europäische Konsens über die Entwicklungspolitik aus 2006 und die Pariser Deklaration aus 2005, vor allem aber werden sehr ausführlich menschenrechtspolitische Synergien der MDGs vorgestellt (vgl. ebenda, S. 54ff). Beim MDG 6 bringt das Handbuch den Konnex zwischen HIV und Menschenrechten präzise auf den Punkt (ebenda, S. 60):

HIV/AIDS ist ein besonders eindringliches Beispiel dafür, welchen Einfluss die Gesellschaft und ihre Normen und Werte auf eine Krankheit haben können. Die Stigmatisierung durch HIV/AIDS und sexuell übertragenen Krankheiten wirft aus menschenrechtlicher Perspektive Fragen der Diskriminierung von bestimmten Gruppen (Drogenabhängigen, Homosexuellen, Prostituierten etc.) auf und erfordert die Auseinandersetzung mit dem Zugang und der Leistbarkeit von Medikamenten für die Betroffenen sowie der Qualität der Behandlung und der Ausbildung des Personals im Gesundheitswesen.

Es wäre wünschenswert, wenn in der angedachten Evaluierung der Leitlinie zu den Menschenrechten in den kommenden Jahren auch mit untersucht werden würde, wie weit dieses Handbuch real von jenen genutzt wird, an die es sich richtet. Im Sinne eines „living documents“ ist Feedback von NutzerInnen des Handbuchs ja explizit gewünscht und es wäre erfreulich, wenn mit diesem Nachschlagwerk den relevanten PraktikerInnen der OEZA ein Werkzeug in die Hand gegeben würde, das wirklich dazu beitragen kann, einen fundierten Menschenrechtsansatz auf allen Ebenen der OEZA zu verankern.

4.7 Fokuspapier HIV/Aids in der OEZA

Das im Juni 2009 von der ADA herausgegebene Fokuspapier zum Thema HIV/Aids in der OEZA ist wohl jenes von allen hier untersuchten Dokumenten, das den Konnex zwischen Aids und den Menschenrechten am engsten nachzeichnet. Es bezieht sich in seiner Einleitung auf den Passus zu HIV im Entwicklungskapitel des Regierungsprogramms 2008 und stellt unter dem Kapitel „HIV und Entwicklung“ gleich ganz zu Beginn klar (ADA, Österreichische Entwicklungszusammenarbeit, 2010, S. 2):

Zwischen HIV und den Entwicklungsprozessen eines Landes bestehen zahlreiche Wechselwirkungen. Die HIV-Pandemie hat nachhaltige negative Auswirkungen auf die wirtschaftliche und soziokulturelle Entwicklung vieler Länder. Dies manifestiert sich sowohl auf individueller als auch auf kommunaler und nationaler Ebene. Umgekehrt begünstigen Faktoren wie Armut, die Diskriminierung von Frauen, unzureichendes politisches Mitspracherecht, mangelnde Bildungsmöglichkeiten und die Beschränkung des Selbstbestimmungsrechtes die Ausbreitung des HI-Virus.

Das Fokuspapier beschreibt weiter die Einflüsse der Krankheit auf die soziale und wirtschaftliche Entwicklung von Ländern (vgl. ebenda, S. 2f) sowie Faktoren, die ihre Ausbreitung begünstigen und nennt dabei unter anderem Armut und Mangelernährung, die Diskriminierung von Frauen, unzureichende Bildung und bewaffnete Konflikte – alles Faktoren die einen impliziten menschenrechtlichen Impact haben. Das Papier geht auch auf die in vielen Ländern besonders schlechte Situation von Menschen ein, die Drogen injizieren, von denen weltweit etwa jeder fünfte mit HIV lebt (vgl. ebenda, S. 3) und stellt den statistischen Zusammenhang zwischen der Infektionsrate mit HIV und dem Vorhandensein von Nadeltausch-Programmen her.

Weiter geht das Papier auf besonders verwundbare Gruppen wie Frauen, Kinder und Aidsweisen ein (vgl. ebenda S. 3f), benennt internationale Abkommen und AkteurlInnen und erwähnt dabei auch explizit UNODC, dessen Schwerpunkt die „HIV Prävention bei Drogenabhängigen und Gefangenen in Entwicklungsländern [ist], da diese Gruppen eine besonders hohe HIV-Rate aufweisen“ (ebenda, S. 5) – also Gruppen, deren Menschenrechte auch besonders oft beschnitten werden.

Beim Bezug zur OEZA in der Bekämpfung von HIV setzt das Papier Prioritäten in der Präventionsarbeit bei Frauen, deren Empowerment in den Mittelpunkt gestellt wird (vgl. ebenda, S. 6) und definiert die entwicklungspolitische Befassung mit Aids als Querschnittsmaterie. Es spricht sich für die Kombination mit Gesundheitsdienstleistungen im Bereich der sexuellen und reproduktiven Medizin aus (vgl. ebenda S. 7), da dies die Reduktion der Stigmatisierung zur Folge hat und schließlich hält es ein klares Plädoyer für einen menschenrechtsbasierenden Ansatz in der Präventionsarbeit (ebenda):

Außerdem sollen (hinderliche) soziale, kulturelle und wirtschaftliche Faktoren berücksichtigt und durch adäquate Schritte förderliche Rahmenbedingungen im Sinne der Effektivität und Nachhaltigkeit der Präventionsinitiativen geschaffen werden. Aktive Anwaltschaft, soziale Mobilisierung, nationales staatliches „Commitment“ und die Verabschiedung bzw. Einhaltung der Gesetze und Menschenrechte (z.B. Recht auf Gesundheit, Recht auf sexuelle Selbstbestimmung, Gesetze gegen Stigmatisierung und Diskriminierung von HIV-infizierten Menschen) sollen eingefordert bzw. bestmöglich sichergestellt werden. Insbesondere zu berücksichtigen sind die Rechte von Frauen und Kindern.

Auch bei den Maßnahmen, die zur Prävention ergriffen werden sollen, spielen menschenrechtliche Überlegungen eine zentrale Rolle. So soll das Wissen von werdenden Müttern über ihren Status erhöht werden und HIV Tests in Dienstleistungseinrichtungen zur sexuellen und reproduktiven Gesundheit stattfinden. Anzumerken ist hier allerdings, dass aus der Wortwahl dieser Passage nicht klar hervorgeht, dass die Tests freiwillig gemacht werden sollen, worauf in der internationalen Diskussion – gerade unter einem menschenrechtlichen Aspekt – großer Wert gelegt wird.

Weiter geht es um wichtige Fragen wie die Verhinderung der Mutter-zu-Kind-Übertragung¹¹, niederschwelligem Zugang zu sexuellen und reproduktiven Dienstleistungseinrichtungen, zu relevantem Wissen über die Übertragung des Virus und zum Justizsystem. Es wird auch der Zusammenhang zwischen der ökonomischen und der sexuellen Selbstbestimmung von Frauen hergestellt sowie auf die Wichtigkeit sozialstaatlicher Leistungen für Familien verwiesen. Letztlich geht es noch um die Reduktion von Stigmatisierung und die Wichtigkeit der Sexualerziehung (vgl. ebenda S. 7f).

Das leitende Prinzip beim Umgang mit HIV in der Entwicklungspolitik ist ein menschenrechtsbasierter Ansatz, bei dem „Gesundheit als Menschenrecht“ (ebenda S. 8) eine unverrückbare Basis darstellt. In diesem Zusammenhang wird auch auf die Menschenrechtskommission¹² der VN verwiesen, die Diskriminierung aufgrund des HIV-Status als nicht zulässig erklärt und die Verwirklichung der Menschenrechte als unabdingbare Voraussetzung für den erfolgreichen Kampf gegen HIV ansieht (vgl. ebenda). Letztendlich geht das Fokuspapier noch auf die Eigenverantwortung der

¹¹ Anmerkung zu diesem Begriff: UNFPA und andere Organisationen der VN verwenden hier mittlerweile den Terminus „Eltern-zu-Kind-Übertragung“, was zwar nicht medizinisch, dafür aber soziologisch wohl die richtigere Bezeichnung ist. Von zivilgesellschaftlicher Seite wird die Bezeichnung „vertikale Übertragung“ bevorzugt, um vor allem Mütter, die mit HIV leben, nicht zu beschuldigen, HIV auf ihre Kinder übertragen zu haben und sie nicht in ihren reproduktiven Rechten zu beschränken.

¹² Auch wenn die Menschenrechtskommission der VN im Jahr 2006 durch den Menschenrechtsrat ersetzt worden ist, verweist das Fokuspapier aus 2009 noch auf die Dokumente der Menschenrechtskommission.

Partnerländer ein und zeigt auch hier, ohne es explizit zu benennen, dass es einen menschenrechtsbasierten Ansatz verfolgt (ebenda, S9):

Auf nationaler Ebene sollen institutionelle und politische Rahmenbedingungen gefördert werden, die Demokratie und Rechtsstaatlichkeit im Umgang mit HIV sicherstellen. Verantwortungsvolle Regierungsführung (Good Governance), Wille und Motivation der politischen Entscheidungsträger sind unumgänglich.

Auch die Einbeziehung des Fokuspapiers zu HIV /Aids in der OEZA in die angedachte Evaluierung der Leitlinie Menschenrechte wäre sinnvoll und in jedem Fall wäre es wünschenswert, wenn die Ansätze in diesem Papier durch die AkteurlInnen auf den unterschiedlichen Ebenen auch berücksichtigt werden würden. Das Fokuspapier HIV/AIDS in der OEZA verfolgt in vorbildlicher Weise einen HRBA.

4.8 Weitere relevante policy papers zu Menschenrechten

Abgesehen von den hier angesprochenen entwicklungspolitisch relevanten Grundlagen und Papieren gibt es noch eine Reihe weiterer, die sich mit der Umsetzung von Menschenrechten in der OEZA befassen. Auf der Homepage der Österreichischen Entwicklungszusammenarbeit sind abgesehen von den hier besprochenen noch folgende aufgelistet, die aber nicht im Detail weiter auf ihre Relevanz für den Zusammenhang zwischen Aids und Menschenrechten untersucht werden (ADA, Österreichische Entwicklungszusammenarbeit):

- Handbuch Menschenrechte, Materialiensammlung Teil I: Instrumente und Methoden
- Handbuch Menschenrechte, Materialiensammlung Teil II: Politikpapiere
- Handbuch Menschenrechte, Materialiensammlung Teil III: Völkerrechtliche Grundlagen
- Handbuch Menschenrechte, Materialiensammlung Teil IV: Quellen und Ratifikationsstatus
- Fokus Kinder als Partner in der OEZA
- Kinderarmut – Millenniumsentwicklungsziele – Kinderrechte
- Fokus Menschen mit Behinderung
- Fokus Recht auf Wasser und Sanitärversorgung

4.9 Kofinanzierungen

Projekte von NGOs, die ihren Sitz in Österreich haben, mit zivilgesellschaftlichen Strukturen in den Partnerländern zusammen arbeiten und sich an den konkreten Bedürfnissen der Gesellschaft vor Ort orientieren, haben die Möglichkeit, bei der ADA um Kofinanzierung ihrer Projekte einzureichen. Darüber hinaus gibt es noch Finanzierungen über andere ADA-Budgetlinien, die sich – mit teils anderen Voraussetzungen – an öffentliche Institutionen oder Firmen richten. Dabei kommen unterschiedliche Förderinstrumente in Frage, die sich unter anderem in der Laufzeit, der Höhe des Zuschusses und dem Prozentsatz der Eigenmittel, also jener Gelder, die selbst aufgebracht werden müssen, unterscheiden. Hier werden jene 17 Projekte der letzten Jahre betrachtet, die in irgendeiner Weise mit HIV zu tun haben, neun davon laufen noch, acht sind bereits abgeschlossen. Eine Tabelle (siehe Anhang) mit Informationen zu den Ländern, TrägerInnen, Titeln, Vertragssummen und Laufzeit sowie Kurzbeschreibungen all jener Projekte und Programme wurde mir dankenswerter Weise von der ADA zur Verfügung gestellt.

Von den neun laufenden Projekten befindet sich der Großteil – nämlich vier – in Nicaragua und je eines in Südafrika, Mosambik, der demokratischen Republik Kongo, Kenia und Nepal. Die Häufung in Nicaragua verwundert deswegen nicht, weil es das einzige Schwerpunktland war, wo Österreich offiziell im Gesundheitssektor tätig gewesen ist. Die TrägerInnen der laufenden Projekte sind jeweils drei große und drei kleine NGOs, zwei Ministerien und eine private Firma, die im Bereich fair trade aktiv ist. Fünf dieser Projekte haben als Schwerpunkt generell den niederschweligen Zugang zur Basis- Gesundheitsversorgung, zwei haben die Etablierung von Kleinstunternehmen zum Ziel, eines fokussiert auf die Betreuung von Müttern Neugeborener und nur eines hat einen definitiven HIV-Schwerpunkt. Die anderen weisen nur eine sogenannte HIV-Komponente auf, was bedeutet, dass die Berücksichtigung von Menschen, die mit HIV leben, in irgendeiner – wenn auch nicht prioritärer – Weise vorkommt. Von der Höhe her haben zwei Projekte bzw. Programme eine Vertragssumme von über einer Million Euro, drei bewegen sich zwischen 100.000,-- und einer Million, drei zwischen 10.000,-- und 100.000,-- Euro und eines war ein Mikroprojekt mit 5000,-- Euro Förderung. Vier haben eine Laufzeit von (teils beinahe) drei Jahren, fünf eine von etwa zwei Jahren.

Von den acht abgeschlossenen Projekten fanden drei in Nicaragua statt, und je eines in Äthiopien, Mosambik, Südafrika, der Subsahara und in Usbekistan. Hier dominierten die großen NGOs, die in sechs Fällen TrägerInnen der Projekte waren, dazu kommen eine kleine NGO und eine Privatfirma. Drei der bereits abgeschlossenen Kooperationen fokussierten direkt auf HIV, drei generell auf die Einrichtung von Basisgesundheitsversorgung, eine auf den Vertrieb landwirtschaftlicher Erzeugnisse und eine auf Frauenförderung, fünf hatten also nur eine HIV-Komponente. Hier hatten drei Projekte eine Vertragssumme von über einer Million Euro, eines fiel in die Kategorie 100.000,-- bis eine Million und fünf Projekte wurden mit unter 100.000-- Euro gefördert, es war kein Mikroprojekt dabei. In der Hälfte der Fälle betrug die Laufzeit etwa drei Jahre, bei den restlichen etwa zwei.

Die einzelnen Projekte haben einen sehr unterschiedlichen Ansatz. In all dieser Unterschiedlichkeit kümmern sie sich auch um die Durchsetzung von Menschenrechten. Einige, wo dieser Zusammenhang aus der Kurzbeschreibung heraus gut fassbar ist, sollen hier skizziert werden.

Die Förderung der Basisgesundheitsversorgung ist natürlich sowohl aus HIV-Präventions- als auch aus Behandlungssicht immer wichtig und ist Voraussetzung für den Zugang zu modernen Medikamenten, die ein Leben mit HIV möglich machen. Oft werden in solchen Einrichtungen Angebote zu sexueller und reproduktiver Gesundheit mit Information und Behandlung zu HIV kombiniert, was hilft, Stigmatisierungen zu vermeiden oder zu reduzieren. Außerdem kommt ein dichtes Netz an gut zugänglicher öffentlicher Gesundheitsvorsorge den Forderungen von vielen menschenrechtlich relevanten Dokumenten nach, wie etwa der CEDAW, den Beschlüssen der Wiener Weltkonferenz über Menschenrechte, der Weltfrauenkonferenz in Peking, der Weltbevölkerungskonferenz in Kairo, als auch der Erreichung der MDGs. Programme und Projekte, in denen es um die Etablierung von Basis- Gesundheitsdienstleistungen geht, werden hier also nicht extra besprochen, sie orientieren sich alle an oben Beschriebenem. Die kurzen Abrisse der nun folgenden sechs Projekte sind gerafft, aber zum Teil wörtlich aus den Einreichungen der ProjektträgerInnen entnommen, sie sind über die Projektnummern in der Überblicksliste im Anhang zu identifizieren.

4.9.1 Laufende Projekte

4.9.1.1 Einrichtung von zwei Bäckereien rund um Kapstadt

Diese Bäckereien sollen an bereits seit über zehn Jahren bestehende Einrichtungen zur Unterstützung von Menschen, die mit HIV leben, angeschlossen werden und verfolgen das Ziel, frisches und nahrhaftes Brot zu leistbaren Preisen vor allem für Kinder, Jugendliche und Menschen, die mit HIV leben, zur Verfügung zu stellen. Zwei betroffene Frauen sollen zu Bäckerinnen ausgebildet und dann beschäftigt werden, was Arbeitsplätze schafft, Einkommen generiert und das Selbstwertgefühl hebt. Die Zielgruppe umfasst ca. 900 Kinder und Jugendliche, ca. 2.000 KlientInnen der HIV Support Gruppen, sowie Frauen, die mit HIV leben und die aufgrund von Stigma, Diskriminierung und mangelnder Ausbildung keine Möglichkeit haben, für sich und ihre Kinder ein ausreichendes Einkommen zu erzielen.

4.9.1.2 Sexuelle und reproduktive Gesundheit in der Nördlichen Autonomen Karibikregion Nicaraguas

Ziel des Projekts ist die Verbesserung der Wahrnehmung der sexuellen und reproduktiven Rechte von Jugendlichen und Heranwachsenden in der Provinz Chinandega und den autonomen Atlantikregionen Nicaraguas. In den beiden Regionen beträgt die durchschnittliche Kinderzahl pro Frau 3,5 (im Landesdurchschnitt ca. 2,75). 35% der Schwangerschaften werden von Mädchen unter 16 Jahren ausgetragen, ca. 20% aller neuen HIV-Fälle sind Mädchen unter 21 Jahren. 30% aller Mädchen und über 50% der Frauen sind Opfer sexueller Gewalt. Gründe dafür sind unzureichende Sexualerziehung, Unkenntnis der sexuellen und reproduktiven Rechte, eine auf Erwachsene zentrierte Gesellschaftsstruktur, in der die Interessen von Frauen und Jugendlichen untergeordnet werden, sowie mangelnde Initiativen zur Gleichstellung der Frauen. Das Projekt strebt an, dass die etwa 290.000 Jugendlichen und Heranwachsenden sich ihrer reproduktiven und sexuellen Rechte bewusster werden, sie ihre Kenntnisse verbessern und sich speziell mit SRHR befassende Netzwerke gestärkt werden. Gleichzeitig werden mit Schulbehörden Strategien erarbeitet, wie die Sexualerziehung verbessert werden kann.

4.9.1.3 Masaai Expansion - HIV Prävention in Emali

Dieses Projekt ist unter den noch laufenden das einzige, das einen klaren Fokus auf HIV hat, allerdings berücksichtigt es keinen expliziten Menschenrechtsansatz, sehr wohl aber einen indirekten. In der Umgebung von Emali in Kenia gibt es seit längerem eine Kooperation mit einer lokalen Organisation, über die nun auch ein Präventions- und Unterstützungsprojekt für Menschen, die mit HIV leben, angeschlossen werden soll. Dabei stehen die Durchführung von Trainings und die Bildung von Selbsthilfegruppen zur Verbesserung des Wissens und die Vergabe von Mikrokrediten zur Erhöhung des Lebensstandards der Masaai im Mittelpunkt. Die Mitglieder der Selbsthilfegruppen sollen bei wöchentlich stattfindenden Treffen gesundheitlich und psychosozial begleitet werden und Weiterbildungsmaßnahmen sollen ihre wirtschaftlichen Fähigkeiten verbessern. Die durch dieses Projekt erreichten KlientInnen können an bereits bestehenden Programmen zur Alphabetisierung, HIV-Medikation, Gesundheitsbehandlung und Peer Education teilnehmen, welche dauerhaft angeboten werden. Ebenso wird die Vergabe und Rückzahlung von Mikrokrediten an die Selbsthilfegruppen, sowie die Nachbetreuung oder Ergänzung der Trainingsaktivitäten der Selbsthilfegruppen organisiert.

4.9.2 Abgeschlossene Projekte

4.9.2.1 Lebensqualität für HIV-betroffene Familien, Usbekistan

Dieses Projekt war das einzige, das in Zentralasien, einer Region, in der die Neuinfektionsrate besonders hoch ist und die Existenz von Aids zum Teil gesellschaftlich noch immer geleugnet wird, somit also in einem besonders schwierigen politischen Umfeld, umgesetzt wurde. 2005 haben offiziell 7.800 Menschen in Usbekistan mit HIV gelebt, die realen Zahlen sind weitaus höher. Die international tätige NGO, die Trägerin dieses Projektes ist, ist Mitglied des nationalen Koordinationsgremiums zur HIV/Aids-Bekämpfung und setzt ihre Aktivitäten im Rahmen des nationalen Programmes um. Beim gegenständlichen Projekt ging es um die Aufklärungsarbeit in jenen Familien, in denen Menschen mit HIV leben und um das Gewinnen von religiösen Autoritäten, die großen Einfluss auf das Verhalten der Bevölkerung haben, als Partner für diese Arbeit. Mit Unterstützung der Religious Administration of Muslims in Usbekistan (MBU) wurden von HIV betroffene oder

besonders gefährdete Haushalte in Tashkent sozial integriert. Ihnen wurde Zugang zu den ihnen zustehenden Dienstleistungen eröffnet und sie wurden motiviert, in einem funktionierenden Netzwerk zusammen zu arbeiten, um eine Plattform für Dialog, Integration und Lobbying zu etablieren.

Anmerken möchte ich in diesem Zusammenhang, dass es zwar den Tatsachen entspricht, dass ein nationales, also staatlich getragenes, Koordinierungsgremium zu HIV besteht. Aber noch im Jahr 2009 hatte ein usbekisches Mitglied des „Leadership and Accountability Programm Committee“ (dessen Co-Chair ich war, und welches als eines der drei Komitees zur inhaltlichen Planung der Internationalen Aidskonferenz 2010 in Wien im Vorfeld eingesetzt worden war), das Problem, zu einem Treffen des LAPC nicht ausreisen zu dürfen, da seitens der Behörden argumentiert wurde, dass Aids in Usbekistan kein Problem darstelle und daher auch die Teilnahme einer usbekischen Aktivistin an der Planung dieser Konferenz nicht notwendig sei. Die offensichtlich bis heute bestehende Ignoranz des Problems auch von staatlicher Seite und massive Menschenrechtsverletzungen von Menschen, die mit HIV leben, tragen nicht dazu bei, der Krankheit in rationaler Weise zu begegnen, was solche Projekte wie das oben beschriebene um so wertvoller macht.

4.9.2.2 Beitrag zum Basket Fund für Projekte zur Frauenförderung, Nicaragua

Bei dem vorliegenden Vertrag handelte es sich um einen Beitrag zum Basket Fund für NGO-Projekte zur Frauenförderung. Oberstes Ziel war die Förderung von Kleinvorhaben nicaraguanischer NGOs, die sich für die Umsetzung der Rechte von Frauen, ihrer Gleichberechtigung und demokratischen Mitbestimmung innerhalb der Gesellschaft einsetzen, vor allem solcher, die auf Erfahrung im Bereich der sexuellen und reproduktiven Rechte verweisen konnten. Zielgruppen waren vorwiegend Frauen und diskriminierte Bevölkerungsgruppen in marginalen urbanen sowie in ländlichen Gebieten, die von den Mittelflüssen sowohl der zentralen als auch der lokalen Regierungen größtenteils ausgeschlossen sind. Projekte im Bildungs-, Informations-, Aufklärungs- und Gesundheitsbereich wurden bevorzugt gefördert. Außerdem wurden Forschungsvorhaben zum Thema sexuelle und reproduktive Rechte, zur Prävention von HIV, sowie zur Reduzierung bzw. Eliminierung von sozio-kulturellen Barrieren und Stereotypen, die vor allem diskriminierte Bevölkerungsgruppen in ihren Rechten einschränken, unterstützt. Der Förderung des Dialogs und der

Zusammenarbeit zwischen den NGOs untereinander sowie mit den zuständigen staatlichen Einrichtungen stellte einen wichtigen Schwerpunkt dar.

4.9.2.3 Supra-regional health program for HIV-Malaria effected employees and families in Southern Africa with main focus on treatment, destigmatization and prevention

Dieses Projekt stellte insoferne eine Besonderheit dar, als es die aktive Informationsarbeit zu Aids in einer großen, im südlichen Afrika wirtschaftlich aktiven Holding betrieb. Ziel war die unternehmensweite Implementierung eines Gesundheitsprogramms mit dem Schwerpunkt auf HIV Prävention, ebenso wie die Entstigmatisierung von Menschen, die mit HIV leben und die Ermöglichung einer modernen medizinischen Behandlung. Zielgruppen waren die Angestellten der Firma und ihre Familien. Das Projekt umfasste die Analyse des status quo, die Entwicklung einer Strategie, die Implementierung und die notwendige Qualifizierung der AkteurInnen, das Einbeziehen weiterer Stakeholder wie auch das Monitoring und die Evaluierung. Das Projekt wurde an Firmenstandorten in Tansania, Mosambik, Simbabwe und Sambia umgesetzt. Menschen, die mit HIV leben, weiter Beschäftigung zu ermöglichen und so ihre soziale Ausgrenzung hintan zu halten, ist ein wichtiger sozialpolitischer und menschenrechtlicher Ansatz, um sie nicht noch weiter zu marginalisieren.

4.9.3 Einschätzung des HRBA in den Kofinanzierungen

Von den sechs hier beschriebenen Projekten verfolgen also fünf – auf vollkommen unterschiedliche Art und mit zum Teil sehr diversen Instrumenten – einen explizit menschenrechtlichen Ansatz, eines einen indirekten. Weitere acht hier nicht im Detail beschriebenen Programme und Projekte haben die Etablierung von Dienstleistungen im Bereich der Basisgesundheitsvorsorge im Fokus, die alle auch einen grundlegend menschenrechtlichen Ansatz verfolgen und somit Menschenrechte mit HIV in einen direkten Konnex bringen. Man kann also aus einer reinen Betrachtung der Inhalte der Förderanträge behaupten, dass zumindest vierzehn der 17 untersuchten Kooperationen einen HRBA hatten, der vielleicht nicht immer allen Kriterien der VN genügte und nicht extra evaluiert wurde, aber doch zumindest im Ansatz deutlich vorhanden war.

Ohne nähere Kenntnis aller untersuchten Projekte im Einzelnen kann natürlich auch nicht ausgeschlossen werden, dass die drei, die hier ignoriert wurden, nicht ebenso in der realen Umsetzung die Stärkung von Menschenrechten verfolgten. In Anbetracht dessen, dass es momentan nicht verpflichtend ist, bei der Einreichung von Förderungen durch die ADA einen expliziten HRBA nachzuweisen, erscheint die Durchdringung der Programme und Projekte mit einem menschenrechtsbasierenden Ansatz erfreulich hoch. Dies mag wohl daran liegen, dass wie schon oft erwähnt, Entwicklungspolitik und die Umsetzung von Menschenrechten an sich sehr schwer in der Praxis voneinander zu trennen sind und dem Ethos vieler im Feld der Entwicklungspolitik Agierenden die Umsetzung aller Menschenrechte ein wichtiges Anliegen ist.

In Anbetracht dieses für mich überraschenden Ergebnisses wäre es umso wünschenswerter, wenn die Leitlinie zu Menschenrechten eine umfassende Evaluierung erfahren würde. So wäre es möglich, Erkenntnisse über die Motive, das Umfeld und die Instrumente der Realisierung von Menschenrechten in entwicklungspolitischen Programmen und Projekten durch unterschiedliche AkteurInnen zu gewinnen, was einer Verbreiterung und Vertiefung dieses Ansatzes sicher förderlich sein kann.

4.10 Resümee zur Entwicklungspolitik

Die Frage, ob die österreichische Entwicklungspolitik in ihren Ansätzen, Programmen und Projekten zum Thema HIV einen menschenrechtsbasierten Ansatz hat, ist sehr ambivalent zu beantworten. Kurz gesagt hat sie in der realen Praxis vor Ort offensichtlich einen wesentlich fundierteren, als in ihren grundlegenden Papieren.

Im EZA-G finden sich Menschenrechte als im Gesetz verankerte Ziele der OEZA, was ihnen somit eine starke Position einräumt, die auch durchgängig berücksichtigt wird. So gibt es eine Vielzahl von policy papers, die sich mit der Wichtigkeit verschiedener Menschenrechte, ihrer Verankerung auf unterschiedlicher Ebene und den Möglichkeiten der praktischen Umsetzung beschäftigen. Gleichzeitig findet sich mit der österreichischen Schwerpunktsetzung auf die Bereiche Wasser und

Siedlungshygiene, ländliche Entwicklung, Energie, Privatsektorentwicklung, Bildung sowie Good Governance (vgl. BMaA Sektion VII, 2006, S. 31) schon per se keine besonders enge Verknüpfung von Menschenrechten und HIV. In den allermeisten Papieren, die zur Umsetzung von Menschenrechten entstanden sind, werden nachvollziehbarer Weise vor allem Beispiele und Anleitungen zu diesen österreichischen Schwerpunkten herangezogen und kaum welche zum Thema Gesundheit und somit auch nicht zu HIV oder Aids.

Auch in den untersuchten Regierungsprogrammen finden sich dazu keine oder nur sehr kurz bzw. unklar formulierte Aufträge, auf die sich etwa die AutorInnen der Dreijahresprogramme berufen könnten. Abgesehen davon scheint es auch schwer, vorhersehbare direkte Zusammenhänge zwischen inhaltlichen Vorgaben in Regierungsprogrammen und den entscheidenden verschriftlichten Überlegungen zur Gestaltung der OEZA zu finden. Die Palette des Umgangs damit reicht vom Zitieren bis zum Ignorieren: in einem Fall erscheint etwa im Jahr 2006 eine Leitlinie zu Menschenrechten in der Entwicklungspolitik, obwohl sich dazu kein Wort im Regierungsprogramm findet, im anderen Fall wird ein unklar definierter „Cluster Medizin“ zwar ins Dreijahresprogramm 2007 – 2009 aufgenommen, aber es geschieht real nicht viel dazu, ein drittes Mal gibt es eine klare Vorgabe, sich mit HIV im Rahmen der OEZA zu beschäftigen, was sich aber zumindest in keinem danach erscheinenden Dreijahresprogramm in irgendeiner Weise widerspiegelt. Optimistisch betrachtet kann zumindest angenommen werden, dass das Fokuspapier zu HIV/Aids aus dem Jahr 2009 eine manifeste Folge dieser Vorgabe im Programm der Regierung Faymann I ist.

Nicht zu unterschätzen bei der Frage, ob HIV überhaupt eine Rolle in der OEZA spielt oder nicht, erscheint der internationale Druck, sich doch etwa im EU-Kontext eines Themas anzunehmen, wie das Beispiel ESTHER zeigt. Dabei ist es auch augenscheinlich, dass es offensichtlich von großer Bedeutung ist, welchen Weg internationaler Druck geht: nimmt er den kurzen über diplomatische Kanäle, dürfte er recht unvermittelt in den zuständigen Ministerkabinetten ankommen, was dann Konsequenzen zeigt. Kommt er – teils auch sehr massiv wie im Beispiel der internationalen Aidskonferenz in Wien im Jahr 2010 – über zivilgesellschaftliche Wege, verpufft ein Großteil des Drucks. Ganz im Gegenteil scheint dann die Energie der offiziellen Stellen eher damit verbraucht zu werden, solche „Angriffe von außen“

abzuwehren und zu beschwichtigen, anstatt konstruktiv zu überlegen, ob nicht eine intensivere Befassung mit HIV und die damit einhergehenden budgetären Konsequenzen in der Tat notwendig wären.

Jedenfalls finden sich in den untersuchten Dokumenten zu jenem Segment der österreichischen Aidspolitik, die sich über die Entwicklungszusammenarbeit abbildet einige verpasste Chancen, einen HRBA zu verankern. Wenn es etwa über längere Zeit einen Schwerpunkt in Moldau gab, der sich mit Menschenhandel beschäftigte und in diesem Zusammenhang auch die Stärkung der Menschenrechte für die Betroffenen im Herkunftsland angesprochen wurde – was zweifellos wichtig und notwendig ist! – so ist es doch bedauerlich, dass nicht auch weiter gedacht und überlegt wurde, wie die Opfer von Menschenhandel – vor allem Frauen, die oft unter falschen Versprechungen in die Prostitution verschleppt worden sind – zu ihren sexuellen und reproduktiven Rechten kommen können und was unter einem menschenrechtlichen Aspekt unternommen werden kann, um sie vor HIV zu schützen bzw. ihnen im Falle einer Erkrankung Stigmatisierung und weitere Marginalisierung, in Österreich wie im Herkunftsland, zu ersparen. Auch im Falle Nicaraguas, dem einzigen Schwerpunktland der OEZA, wo es einen Fokus auf Gesundheitspolitik gegeben hat, bildet sich ein HRBA viel mehr in den konkret umgesetzten Programmen und Projekten als in den inhaltlichen Vorgaben dazu ab.

Das Papier, das die Verbindung zwischen HIV und Menschenrechten am aller intensivsten und in vorbildlicher Weise anspricht, ist eines, das die Krankheit im Zentrum seiner Betrachtung hat: das Fokuspapier HIV/AIDS in der OEZA. Es wäre wünschenswert, wenn es eine größere Bindungswirkung entfalten könnte und österreichische Programme und Projekte, die sich mit HIV in der Entwicklungszusammenarbeit beschäftigen, diese Überlegungen berücksichtigen müssten. Dieses Papier wie auch das Handbuch lassen den Verdacht erhärten, dass es eine enge Verbindung zwischen HIV und Menschenrechten gibt, wenn der Ausgangspunkt der Überlegungen die Krankheit ist, nicht aber umgekehrt. Dann gibt es auch aufgrund der realen Schwerpunktsetzung der OEZA in ganz anderen inhaltlichen Bereichen nur einzelne, eher oberflächliche Verknüpfungen mit dem Thema. In diesem Zusammenhang lege ich viel Hoffnung in die möglicherweise in den nächsten beiden Jahren durchzuführende Evaluierung der Leitlinie zu Menschenrechten: es wäre dienlich, würde es eine Empfehlung geben, sich daran zu

halten, das Fokuspapier zu HIV/Aids wie auch das Handbuch Menschenrechte als konkrete Leitschnur für die reale Umsetzung verwenden zu müssen und schon bei der Einreichung um Kofinanzierung angeben zu müssen, welchen konkreten Ansatz zur Umsetzung eines HRBA man mit welchen Instrumenten in den einzelnen Programmen und Projekten verfolgen will.

Vor diesem eher pessimistischen Hintergrund scheint es umso erfreulicher, dass es in der real gelebten entwicklungspolitischen Praxis offensichtlich so ist, dass in Programmen und Projekten, die ihren Fokus auf Menschen haben, die mit HIV leben, bzw. eine HIV-Komponente beinhalten, durchaus eine breite Bereitschaft gibt, diese Inhalte mit einem menschenrechtlich getragenen Ansatz anzugehen bzw. mit der Umsetzung von Menschenrechten eng zu verknüpfen. Es wäre spannend zu erfahren, was die TrägerInnen dieser Initiativen möglicherweise noch an Rüstzeug und Knowhow benötigen würden, um ihre Ansätze, die offensichtlich ihrer Arbeit immanent sind, noch besser in die Praxis umsetzen zu können. Auch dafür könnte die angedachte Evaluierung eine Chance bieten.

Ebenfalls Potential bietet meiner Einschätzung nach die Führung von Menschenrechtsdialogen zur Frage, wie das menschenrechtliche Umfeld von Menschen, die mit HIV leben, verbessert werden kann. Dies kann nicht nur wichtige Ansätze für die Definition und Entwicklung neuer Programme der OEZA mit sich bringen sondern birgt auch die Chance, neue Stakeholder mit in die Verantwortung zu nehmen. Nicht wenige ParlamentarierInnen weltweit beschäftigen sich mit den Herausforderungen, die HIV auf einer legislativen Ebene mit sich bringt und es gibt zahlreiche in die Tiefe gehende Überlegungen dazu seitens der IPU, UNAIDS und der Global Commission on HIV and the Law. All diese Papiere wenden sich spezifisch an Mitglieder von gesetzgebenden Körperschaften und haben zum Ziel, diskriminierende, kriminalisierende und somit für die Begegnung mit der Pandemie kontraproduktive Ansätze durch solche zu ersetzen, die die Menschenrechte der Betroffenen stärken. Damit kann sowohl Menschen, die mit HIV leben als Individuen geholfen werden, als auch ein wichtiger Beitrag zu Bekämpfung von Aids - auch in seiner sozialen Ausformung – geleistet werden. Mit der Wichtigkeit eines HRBA der für Aids relevanten Gesetzgebung befasst sich das nächste Kapitel.

5 Gesetzgebung, Normen und Rechtsprechung

Zur Frage, wie weit die österreichische Gesetzgebung und Rechtsprechung einen HRBA hat, möchte ich einleitend einige wenige internationale Dokumente und Inhalte von Konferenzen beleuchten, die diesbezügliche Überlegungen behandeln. Der dabei nochmals erwähnte Bericht der Global Commission on HIV and the Law gibt mir dann einen Raster vor, wie konkret ich mir ansehe, wie sich menschenrechtliche Überlegungen in österreichischen Normen widerspiegeln. Dabei erhebe ich nicht den Anspruch, alle für Menschen, die mit HIV leben, relevanten Gesetze, Verordnungen, Erlässe, Regulierungen etc. zu betrachten, sondern möchte einige Schlaglichter auf jene Bereiche werfen, wo einerseits meiner Meinung nach in Österreich Handlungsbedarf besteht bzw. wo in jüngerer Vergangenheit gehandelt wurde. Andererseits werde ich auch untersuchen, ob in manchen Bereichen der Gesetzgeber schon Überlegungen und Aufforderungen nachgekommen ist, so zu entscheiden, dass Menschenrechte für jene gewahrt werden, die mit HIV leben oder riskieren, sich zu infizieren. Dabei möchte ich – soweit vorhanden – auf die Rechtsprechung eingehen und die Frage stellen, ob die Appelle und indirekten Aussagen von Gesundheits- und Justizpolitik wirklich kohärent sind und dazu beitragen können, die Pandemie zu beenden. Abschließend möchte ich im Resümee beschreiben, was meiner Meinung nach im Bereich der Normensetzung zu tun wäre, um zu einem klaren HRBA in Gesetzgebung, Normensetzung und Rechtsprechung zu finden.

5.1 Relevante internationale Dokumente und Konferenzen

5.1.1 UNGASS 2011 – Declaration

Schwerpunkt des United Nations General Assembly High Level Meeting on HIV/Aids im Juni 2011¹³ war der Rückblick auf die drei Jahrzehnte währende Herausforderung durch die weltweite Pandemie sowie ein Ausblick auf künftige Aktivitäten, um der weiteren Verbreitung des Virus Einhalt zu gebieten. Zum Abschluss der dreitägigen Konferenz wurde eine Deklaration beschlossen, die für die nächsten fünf Jahre

¹³ eigentlich die Nachfolgekonzferenz zur UN General Assembly Special Session on HIV/Aids 2001, somit kurz UNGASS 2011 genannt

wegweisend im Umgang mit der Krankheit für alle Mitgliedstaaten sein soll. Inhaltlich steht sie unter dem Leitmotiv, die Anstrengungen zur Beendigung von HIV und Aids noch weiter zu verstärken, dazu wird vor allem auf bessere Kooperation und klare Prioritätensetzung aller relevanten Stakeholder gesetzt. Es werden die Wichtigkeit der Prävention und die dazu nötigen unterschiedlichen Zugänge betont sowie abermals bestärkt, dass der niederschwellige und diskriminierungsfreie Zugang der Betroffenen zu Behandlung und medizinischer Versorgung nötig ist, um auch jene Krankheiten kurieren zu können, die durch Aids ausgelöst werden. Es wird in einem eigenen Kapitel der Deklaration die Notwendigkeit eines menschenrechtlich fundierten Ansatzes betont, um Stigmatisierung und Diskriminierung von Menschen, die mit HIV leben, überwinden zu können und im Lichte der internationalen Finanzkrise wird appelliert, dass es weiterhin ausreichend Mittel für die Bekämpfung von HIV geben muss. Darüber hinaus wird betont, dass die Stärkung des gesamten Gesundheitssystems Hand in Hand mit der medizinisch adäquaten Behandlung von Menschen, die mit HIV leben, gehen sowie weiterhin in die Forschung investiert werden muss. Zur Steigerung des Erfolgs im Umgang mit der Pandemie wird auf verstärkte Kooperation und auf Monitoring gesetzt und schließlich will man den Umgang mit HIV durch bessere Koordinierung und regelmäßige Berichterstattung optimieren (vgl. UN General Assembly, 2011).

Im Abschnitt mit dem Titel “Advancing human rights to reduce stigma, discrimination and violence related to HIV” (ebenda, S. 13) unter Punkt 78 der Deklaration, die auch mit der Zustimmung Österreichs angenommen wurde, gibt es ein Bekenntnis, Gesetze und Politik in diesem Zusammenhang auf ihre effektive Wirksamkeit hin zu überprüfen,

78. Commit to review, as appropriate, laws and policies that adversely affect the successful, effective and equitable delivery of HIV prevention, treatment, care and support programmes to people living with and affected by HIV, and consider their review in accordance with relevant national review frameworks and time frames;

um dann zwei Punkte weiter noch einmal viel klarer den Kontext zur Garantie der Menschenrechte zum Ausdruck zu bringen:

80. Commit to national HIV and AIDS strategies that promote and protect human rights, including programmes aimed at eliminating stigma and discrimination against people living with and affected by HIV, including their families, including through sensitizing the police and judges, training health-care workers in non-discrimination, confidentiality and informed consent, supporting national human rights learning campaigns, legal literacy and legal services, as well as monitoring the impact of the legal environment on HIV prevention, treatment, care and support;

Nicht nur die Global Commission on HIV and the Law bezieht sich auf die Deklaration der UNGASS 2011, sie ist auch Auftrag an die Mitgliedstaaten der VN, ihre Gesetze, Politikansätze und Programme dahingehend zu überprüfen, ob diese ein stabiles menschenrechtliches Fundament haben und gegebenenfalls einer Revision zu unterziehen. Wie bei vielen anderen Dokumenten auch, ist die Nichteinhaltung aber an keinerlei Konsequenzen seitens der VN geknüpft.

5.1.2 The Global Commission on HIV and the Law

In ihrem Bericht bezieht sich, wie bereits erwähnt, die Global Commission on HIV and the Law an mehreren Stellen auf die UNGASS 2011 Declaration, so beispielsweise gleich in der Einleitung (Global Commission on HIV and the Law, 2012, S. 7):

In June 2011, 192 countries committed to reviewing legislation and creating enabling legal and social environments that support effective and efficient HIV responses. The Commission's recommendations offer guidance to governments and international bodies in shaping laws and legal practices that are science based, pragmatic, humane and just.

Wenn auch für die Global Commission klar ist, dass es nicht Gesetze alleine sind, die über den weiteren globalen Verlauf der Epidemie entscheiden werden, misst sie ihnen doch eine gewaltige Rolle zu (vgl. ebenda, S. 11) und spricht ein ganzes Bündel von Vorteilen an, die eine gute Gesetzgebung mit sich bringt (ebenda):

Good laws, fully resourced and rigorously enforced, can widen access to prevention and health care services, improve the quality of treatment, enhance social support for people affected by the epidemic, protect human rights that are vital to survival and save the public money.

An selber Stelle bildet der Bericht eine Graphik des Results for Development Instituts¹⁴ über die Rolle, die eine verantwortungsvolle Gesetzgebung spielen kann, ab. Die rote Linie bezeichnet den zeitlichen Verlauf der Anzahl der Menschen, die

¹⁴ R4D ist eine in Washington angesiedelte Non-Profit-Organisation, die laut Eigenbeschreibung vor allem mit Instrumenten von Ausbildung, Gesundheit, Regierungsführung und Marktdynamiken neue Ideen entwickeln und implementieren möchte, die es Menschen in Entwicklungsländern ermöglichen, ihr volles Potential zu entwickeln. Siehe <http://www.resultsfordevelopment.org/>

sich bis zum Jahr 2030 neu mit HIV infizieren werden, wenn das gegenwärtige politische Umfeld unverändert bleibt. Die blaue Line hingegen zeigt die quantitative Entwicklung der Neuinfektionen bei einer verbesserten politischen und gesetzlichen Grundlage. Diese Abbildung zeigt eindrucksvoll, dass im Jahr 2030 eine Verringerung der Neuausbreitung von HIV um etwa eine Million Menschen erreicht werden kann, wenn es zu einer nachhaltigen strukturellen Änderung von Gesetzen und darauf fußenden Politiken und Programmen kommt. Dies hat nicht nur massiv positive Konsequenzen für einzelne – dann nicht von HIV betroffene – Menschen, sondern auch mindernde Effekte auf die volkswirtschaftlichen Kosten für Behandlung und Pflege, was auch bedeutet, dass die weniger Menschen, die dann mit HIV leben, mit einer dichteren und besseren medizinischen Versorgung rechnen können. Gleichzeitig kann eine solche qualitativ bessere Gesetzgebung positive Effekte auf das Eliminieren von Vorurteilen und Diskriminierung haben, so dass die betroffenen Menschen nicht nur besser leben können, indem ihnen alle ihre Menschenrechte eingeräumt werden, sondern auch, dass sie nicht fürchten müssen, kriminalisiert zu werden, wenn sie soziale Unterstützung oder medizinische Hilfe in Anspruch nehmen.

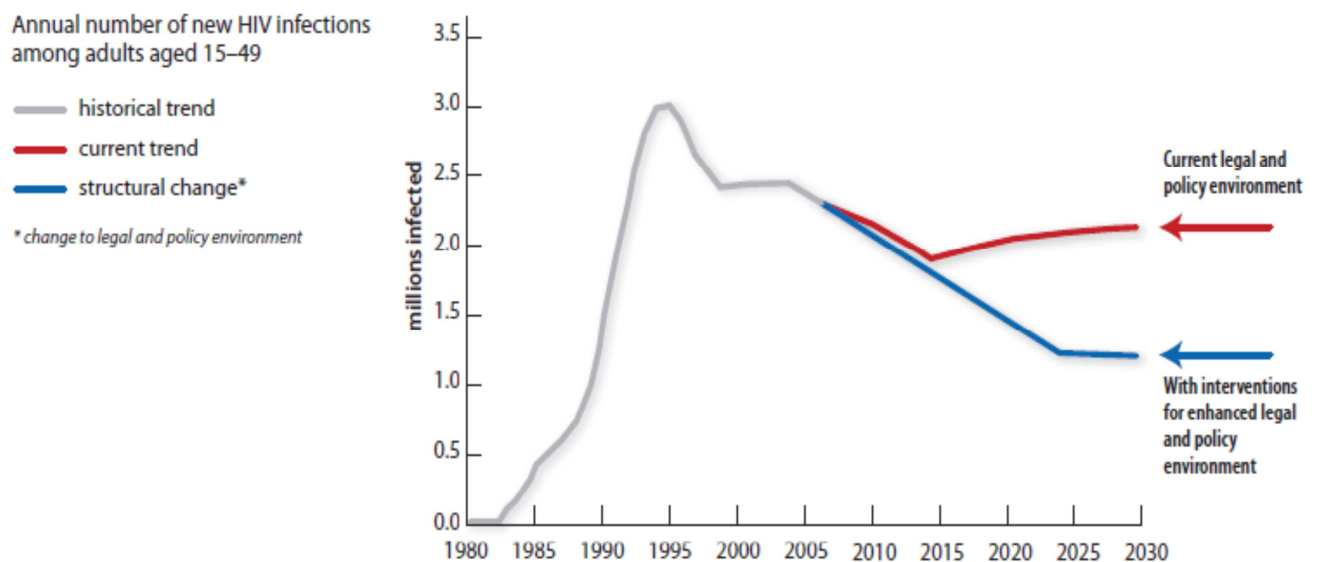


Abbildung 3: Einfluss der Gesetzgebung auf die Entwicklung der HIV Pandemie

Quelle: Results for Development Institute, Costs and Choices: Financing the Long-Term Fight Against Aids, An aids2031 Project, 2010

Die Rolle von Gesetzen ist für viele Menschen schwer greifbar, die Zusammenhänge zwischen abstrakten Normen und realem Leben – vor allem für Menschen, die mit HIV leben – oft sehr komplex und gleichzeitig extrem bestimmend. Der Bericht der Global Commission bemerkt dazu (ebenda, S. 12):

For people living with HIV, for their families and communities, for key populations and those vulnerable to HIV, the law is neither abstract nor distant. It is police harassment or clean needles, prison cells or self-help groups—the law is the torturer’s fist or the healer’s hand.

Der Anspruch an die Gesetzgebung sollte zweifellos der einer heilenden Hand sein, in diesem Sinne ist auch in Österreich noch einiges in diversen Normen zu verändern.

5.1.3 High Level Policy Consultation

Im Februar 2012 fand in Oslo eine von UNAIDS und der norwegischen Regierung ausgerichtete High Level Policy Consultation speziell zur Frage der Entkriminalisierung von Ansteckung, Exposition und Nicht-Offenlegung des HIV-Status statt, zu der ich eingeladen war, eine Session zur Frage zu moderieren, was gerade in welchen Ländern an politischer Diskussion über die Änderung von Gesetzen in diesem Bereich läuft. Abgesehen von der UNGASS 2011 Declaration war es auch eine UN Human Rights Council Resolution aus der 16. Session im Jahr 2011 mit dem Titel „The protection of human rights in the context of HIV and AIDS“, auf der diese Veranstaltung aufbaute und das Ziel verfolgte, konkrete Ansätze für eine menschenrechtsbasierte Aids-relevante Gesetzgebung zu finden (UN Human Rights Council, 2011, S. 6):

20. Urges all States to consider taking steps towards the elimination of criminal and other laws that are counterproductive to HIV prevention, treatment, care and support efforts, including laws directly mandating disclosure of HIV status or that violate the human rights of people living with HIV and members of key populations, and also urges States to consider the enactment of laws protecting these persons from discrimination, abuse and violence in HIV prevention, treatment, care and support efforts;

Speziell dieser zitierte Absatz lag dem konkreten Auftrag der Tagung zugrunde, nämlich einen fachlichen Austausch zwischen MedizinerInnen, PolitikerInnen, VertreterInnen von NGOs, JuristInnen sowie RepräsentantInnen von Polizei, Justiz und VN Organisationen herbeizuführen mit dem Ziel, Leitlinien für eine profunde und Menschenrechte achtende Gesetzgebung im Bereich von HIV zu erarbeiten.

Im Zuge der Tagung fand eine eingehende Befassung mit der Frage statt, welche Rolle Gesetze beim Schutz vor Stigmatisierung, Diskriminierung und Gewalt spielen können. Wir diskutierten Wege, wie es realistisch umsetzbar ist, dass das Wissen, das heute über HIV und Aids vorhanden ist, in Gesetzgebung und Rechtsprechung einfließen kann, wie verpflichtende HIV Tests der Vergangenheit angehören können und mit welchen Argumenten das erzwungene Offenlegen des HIV Status zu verhindern ist. Einen zentralen Stellenwert nahm die Frage ein, wie Bewusstsein dafür zu schaffen ist, dass es für sexuelle Gesundheit sowohl eine individuelle, eine partnerschaftliche aber auch eine kollektive Verantwortung gibt. Wir diskutierten über die Notwendigkeit der Sensibilisierung vor allem der Strafvollzugsbehörden, Gesetze so anzuwenden, dass sie nicht diskriminierend sondern angemessen wirken. Außerdem erörterten wir, wie es gelingen kann, jenen Menschen, die mit HIV leben und von der Gesetzgebung betroffen sind, einerseits ein fass- und brauchbares Wissen über die legislativen Grundlagen zukommen lassen und ihnen andererseits dort wo nötig juristische Unterstützung geben zu können. Die Grundlage all unserer Diskussion bildete die Überzeugung, dass Gesetze ein wichtiger Faktor für die Prävention von neuen Infektionen und für den barrierefreien Zugang zu moderner Behandlung sind, wenn sie wissenschaftsbasiert sind sowie nicht gängige Vorurteile und Irrtümer bedienen.

Bei den TeilnehmerInnen der Konsultation herrschte Einigkeit darüber, dass Strafgesetze – seien es spezielle zum Themenbereich Aids oder die generellen – nur sehr spärlich und behutsam sowie nur dort angewendet werden sollen, wo es wirklich um eine nachweislich absichtliche Ansteckung geht und dies auch schlüssig nachgewiesen werden kann. Bei der Anwendung von Strafgesetzen in Zusammenhang mit HIV muss – was vor allem für das Strafausmaß relevant ist – in Betracht gezogen werden, dass eine HIV-Infektion heute nicht mehr ein Todesurteil, sondern bei moderner medizinischer Behandlung eine chronische Krankheit ist. Zwar gibt es Nebenwirkungen aufgrund der Medikation, aber es ist durchaus möglich, ein langes und produktives Leben zu führen.

Bei der Rechtsprechung in Zusammenhang mit realer oder abstrakter Gefährdung muss es einerseits eine realistische Einschätzung der Gefährdung durch unterschiedliche Tätigkeiten unter divergierenden Umständen geben, andererseits muss die Einhaltung von safer sex Regeln oder die Anwendung von antiretroviraler

Therapie, die eine entscheidende Senkung der Viruslast bewirkt so dass es kaum noch eine Übertragungsgefahr gibt, bei richterlichen Entscheidungen berücksichtigt werden. Das Beherzigen der Appelle und die Bemühungen der Gesundheitspolitik dürfen nicht in Widerspruch zu richterlichen Urteilen stehen. Als besonders wichtig wurde auch eine Angemessenheit zwischen Gefahr und Risiko auf der einen Seite und dem Strafausmaß andererseits angesehen.

Wie sich daraus ersehen lässt, standen bei der Konsultation in Oslo Strafgesetze im Mittelpunkt, wobei nach der dort vorherrschenden Einschätzung vor allem solche Gesetze überschießend und Menschenrechte missachtend sind, die speziell zur Bestrafung der Übertragung von HIV geschrieben wurden, was etwa in Österreich nicht der Fall ist. Doch können auch allgemeine Strafgesetze dazu angetan sein, Menschen, die mit HIV leben, zu diskriminieren oder das freiwillige Testen als nicht ratsam erscheinen zu lassen, was offensichtlich kontraproduktiv im Umgang mit HIV ist.

5.2 Relevante österreichische Normen

Der Bericht der Global Commission on HIV and the Law ist in einer übersichtlichen Art gegliedert, die alle relevanten Bereiche umfasst, wo Menschenrechte auf gesetzlicher oder anderer normativer Ebene beachtet bzw. verletzt werden können. An diese Struktur möchte ich mich beim Untersuchen einiger relevanter österreichischen Normen halten und auch die englischen Titel beibehalten mit der einzigen Ausnahme, dass ich im Kapitel über die Key Populations, also die besonders gefährdeten Personen, nur eine einzige Gruppe näher betrachten möchte, nämlich inhaftierte Menschen. Die Global Commission spannt den Bogen zu Recht wesentlich weiter und wirft abgesehen von Häftlingen noch ein besonderes Schlaglicht auf Menschen, die Drogen konsumieren, SexarbeiterInnen, homosexuelle Männer, Transgenderpersonen und MigrantInnen. Zu all jenen Gruppen würde es auch für Österreich einiges zu schreiben geben, allerdings würde es den Umfang dieser Arbeit weit sprengen.

5.2.1 Against Discrimination

In diesem Abschnitt des Berichts der Global Commission on HIV and the Law stellen die AutorInnen die Vision „Health and Dignity Through Law“ als Ziel ihrer Betrachtungen und betonen die besondere Relevanz von Gleichheit und Nichtdiskriminierung als Grundlage für alle anderen Menschenrechte (vgl. Global Commission on HIV and the Law, 2012, S. 15). Für mich am ersten Blick überraschend war die Abbildung einer Weltkarte (ebenda, S. 16), auf der zur Frage, ob es Gesetze gibt, die von HIV-spezifischer Diskriminierung schützen, alle Länder der Erde in drei Kategorien eingeteilt sind: 123 Länder mit dementsprechenden Gesetzen oder Vorschriften, 45 ohne und 41, wo der Status nicht bekannt ist. Österreich gehört zu letzterer, und bei näherer Betrachtung ist es in der Tat nicht völlig klar, wie weit die Diskriminierung von Menschen, die mit HIV leben, in Österreich rechtlich verboten ist, beziehungsweise wie weit Betroffene von ihrem gesetzlich verbrieften Recht der Nichtdiskriminierung Gebrauch machen können.

Allen rechtlichen Bestimmungen voran soll der Artikel 7 des Bundesverfassungsgesetzes vor Diskriminierung schützen. Die Feststellung „Alle Staatsbürger sind vor dem Gesetz gleich“ (und sinngemäß auch im Artikel 2 des Staatsgrundgesetzes sowie in Artikel 14 der EMRK, die in Österreich im Verfassungsrang umgesetzt ist, so verankert) sichert zumindest allen InhaberInnen einer österreichischen Staatsbürgerschaft den Schutz vor Diskriminierung zu. Es kann also davon ausgegangen werden, dass sich Menschen, die aufgrund der Tatsache, dass sie mit HIV leben, durch staatliche Stellen aufgrund ihrer Infektion ungleich wie andere behandelt werden, erfolgreich vor Gericht auf den Schutz der Bundesverfassung bzw. des StGG und der EMRK berufen können.

Walter Berka führt dazu aus, dass der Gleichheitsgrundsatz verschiedene Bedeutungsschichten umfasst, was ein Verbot von Privilegierung, Diskriminierung und Differenzierung sowie ein Sachlichkeitsgebot einschließt (vgl. Berka, 1999, S. 503ff). Zum Diskriminierungsverbot bemerkt er in diesem Zusammenhang (ebenda, S. 503f):

Obwohl Art 7 B-VG ausdrücklich nur bestimmten Vorrechten eine Absage erteilt, gilt Gleiches auch für Benachteiligungen. Auch Diskriminierungen aus den angeführten Motiven oder aus anderen unsachlichen Gründen sind verfassungsrechtlich unzulässig, [...]

Daraus kann geschlossen werden, dass eine HIV-Infektion einen unsachlichen Grund für eine Ungleichbehandlung im Sinne des Artikels 7 darstellt und eine Diskriminierung aufgrund einer solchen Erkrankung rechtswidrig ist, auch wenn sie nicht explizit im B-VG genannt ist. Ebenso verhält es sich, was das Differenzierungsverbot betrifft (ebenda, S. 504):

Die verpönten Differenzierungsmerkmale des Art 7 B-VG (Geburt, Geschlecht, Stand, Klasse, Bekenntnis) sind Beispiele für menschliche Merkmale, die im Licht der Geschichte betrachtet keine zureichenden Gründe darstellen um einen Menschen zu bevorzugen oder zu benachteiligen. Als solche sind diese verpönten Differenzierungsmerkmale freilich nur exemplarisch zu verstehen, so dass der Gleichheitsgrundsatz auch alle anderen Unterscheidungen verbietet, denen die sachliche Rechtfertigung fehlt [...].

Eine Ungleichbehandlung von Menschen, die mit HIV leben, ist also ebenfalls ein verpöntes Differenzierungsmerkmal und darf nicht dazu führen, dass Betroffene benachteiligt oder bevorzugt werden, es sei denn, dies wäre sachlich gerechtfertigt. Auch wenn keine Urteile gefunden werden konnten, wo aufgrund des Art 7 B-VG in Zusammenhang mit HIV oder Aids eine unerlaubte Diskriminierung vor Gericht festgestellt werden konnte, so ist es zumindest denkbar, dass sich aus diesem Grund Diskriminierte vor Gericht auf den Gleichheitsgrundsatz im Bundesverfassungsgesetz berufen können.

Die Frage von Antidiskriminierung ist in Österreich darüber hinaus im Bundes-Gleichbehandlungsgesetz geregelt, wobei im I. und II. Teil im Bereich Arbeitswelt einerseits das Geschlecht, andererseits ethnische Zugehörigkeit, Religion, sexuelle Orientierung, Alter und Weltanschauung die geschützten Rechtsgüter sind. Der III. Teil definiert den Schutz in sonstigen Bereichen, also Rechtsverhältnissen, Leistungen, Versorgung mit und Zugang zu Gütern und Dienstleistungen und anderem, allerdings nur für die geschützten Rechtsgüter Geschlecht und ethnische Zugehörigkeit. Der IV. Teil regelt in Hinblick auf alle bisher genannten geschützten Rechtsgüter das Verbot der Diskriminierung bei der Arbeit in der Land- und Forstwirtschaft. Da Menschen, die mit HIV leben, in keine dieser Schutzkategorien fallen, sofern sie nicht auch noch einer der anderen genannten Gruppen angehören und sie aufgrund dieser additiven Zugehörigkeit benachteiligt werden, kann das

Gleichbehandlungsgesetz nicht zu ihrem Schutz vor Diskriminierung herangezogen werden.

Fünf der sechs in den EU-Richtlinien erwähnten geschützten Rechtsgüter werden in Österreich wie oben beschrieben im Gleichbehandlungsgesetz umgesetzt; eines, nämlich die Behinderung, im Bundes-Behindertengleichstellungsgesetz und anderen spezifischen Normen, in denen die Situation von Menschen mit speziellen Bedürfnissen im Mittelpunkt steht. Das Bundes-Behindertengleichstellungsgesetz definiert Behinderung in einer Art, unter der auch chronische Krankheiten verstanden werden können, allerdings scheint diese Definition auf den ersten Blick nicht auf symptomlose HIV Infektionen zuzutreffen, bei denen es nicht zwingend zu äußerlich sichtbaren Funktionsbeeinträchtigungen kommen muss:

§ 3. Behinderung im Sinne dieses Bundesgesetzes ist die Auswirkung einer nicht nur vorübergehenden körperlichen, geistigen oder psychischen Funktionsbeeinträchtigung oder Beeinträchtigung der Sinnesfunktionen, die geeignet ist, die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu erschweren. Als nicht nur vorübergehend gilt ein Zeitraum von mehr als voraussichtlich sechs Monaten.

In den erläuternden Bemerkungen zum Bundes-Behindertengleichstellungsgesetz wird jedoch festgehalten, dass Menschen, die mit HIV leben (und damit in der Funktion ihres Immunsystems zweifellos bereits durch das Vorhandensein des Virus, den sie durch Dauermedikation in Schach halten müssen, beeinträchtigt sind), ohne dass es zu Symptomen von Aids kommt, vom Gesetz erfasst sind:

Maßgeblich für das Vorliegen einer Behinderung ist nicht deren Grad, sondern nur der Umstand, dass sich daran eine Diskriminierung knüpfen kann. So wäre beispielsweise im Falle einer Ungleichbehandlung auf Grund einer diagnostizierten, aber noch nicht virulenten Multiplen Sklerose oder einer Diagnose HIV positiv ohne Merkmale von AIDS jedenfalls von einer Behinderung im Sinne dieses Gesetzes auszugehen.

Behindertenanwalt Erwin Buchinger kann aus seiner Praxis berichten, dass Menschen, die mit HIV leben, sich ausgesprochen selten an die Behindertenanwaltschaft wenden. Die einzigen Fälle sind solche, wo private Versicherungen Menschen, die mit HIV leben aber deren Viruslast unter der Nachweisschwelle liegt, eine Zusatzversicherung nicht unter den gleichen Bedingungen anbieten wollte, wie gesunden Menschen. In allen solchen Fällen einer Diskriminierung von Menschen mit Behinderungen beim Abschluss von privaten Versicherungen ist es jedoch im Rahmen einer Schlichtung oder bereits im Vorfeld zu einer Lösung gekommen. Allerdings zeigt sich aus diesem Umstand, dass sich

Menschen, die mit HIV leben, nicht von vorne herein als Behinderte sehen und so der Weg zur Behindertenanwaltschaft für sie kein klar auf der Hand liegender ist.

Streng genommen gibt es also in Österreich Gesetze, die Menschen, die mit HIV leben, vor Diskriminierung schützen und daher ist die Einordnung Österreichs im Bericht der Global Commission on HIV and the Law als ein Land, wo der rechtliche Status unklar ist, nicht richtig. Da das Behindertengleichstellungsgesetz ebenso wie das Bundesverfassungsgesetz aber in der Realität so gut wie nie von den Betroffenen als Rechtsgrundlage für ihren Diskriminierungsschutz – mit Ausnahme der Fälle bei den Privatversicherungen – herangezogen werden, kann behauptet werden, dass der rechtliche Schutz ein sehr schwacher, weil kaum angewandter ist. Offensichtlich sehr häufige Fälle von Diskriminierung, wie sie später noch genauer geschildert werden, wo Menschen, die mit HIV leben, Termine bei Fachärzten oder die bedingungslose Aufnahme von Kindern in Kindergärten oder Schulen erschwert wird, sind nach dem Wissen der MitarbeiterInnen noch nie an die Behindertenanwaltschaft herangetragen worden. Dies lässt die Folgerung zu, dass der reale Diskriminierungsschutz für Menschen, die in Österreich mit HIV leben, verbessert werden muss.

Es kann – auf einschlägigen Normen fußend – vorkommen, dass aufgrund einer von Aids ausgelösten anderen Krankheit eine teilweise Arbeitsunfähigkeit nach dem Behinderteneinstellungsgesetz festgestellt wird. Für Menschen, die mit HIV leben, kann ein Amtsarzt oder eine Amtsärztin eine 30 – 50 prozentige Behinderung konstatieren, wenn Aids ausgebrochen ist im Ausmaß von 50 – 80 Prozent. Aids wird auch als eine Krankheit anerkannt, bei der es – so wie bei Diabetes, Tuberkulose und Zöliakie – die Möglichkeit für das Beantragen von Freibeträgen für die Krankendiätverpflegung im Ausmaß von 70,-- Euro monatlich gibt. Aufgrund dessen, dass Menschen, die an Aids erkrankt sind, an einer „anzeigepflichtigen, übertragbaren Krankheiten“ leiden, sind sie ohne Antrag von den Rezeptgebühren befreit.

Trotz dieser Regelungen und der Klarstellung in den erläuternden Bemerkungen zum Bundes-Behindertengleichstellungsgesetz kann nicht davon ausgegangen werden, dass Menschen, die mit HIV leben, wirksam vor Diskriminierung geschützt sind. Das Bundes-Behindertengleichstellungsgesetz wendet zudem eine Definition von

Behinderung an, die am traditionellen Behindertenbegriff orientiert ist („Funktionsbeeinträchtigung“) und nicht an dem der aktuellen VN-Konvention über die Rechte behinderter Menschen (Convention on the Rights of Persons with Disabilities (CRPD) vom 13.12.2006, in Kraft getreten am 3.5.2008), der Diskriminierung aufgrund von Behinderung an der sehr breit verstandenen Beeinträchtigung der Menschenrechte und Grundfreiheiten fest macht. So definiert die Konvention im Artikel 2 (VN Generalversammlung, 2006, S. 3) diese Diskriminierung wie folgt:

"Discrimination on the basis of disability" means any distinction, exclusion or restriction on the basis of disability which has the purpose or effect of impairing or nullifying the recognition, enjoyment or exercise, on an equal basis with others, of all human rights and fundamental freedoms in the political, economic, social, cultural, civil or any other field. It includes all forms of discrimination, including denial of reasonable accommodation;

Auch wenn es Vorteile für die Betroffenen bringen könnte, als Behinderte eingestuft zu werden, wollen die meisten Menschen, die in Österreich mit HIV leben, nicht als solche gelten, weil sie sich dadurch psychologisch in ihrem Anspruch, ein selbstbestimmtes und eigenständiges Leben führen zu wollen, im wahrsten Sinne des Wortes behindert fühlen würden. Sie leiden ja nicht unbedingt an einer äußerlich sichtbaren bzw. an einer im täglichen sozialen Leben merkbaren Funktions-, aber oft an einer chronischen Gesundheitsbeeinträchtigung, die – vor allem aufgrund von gesellschaftlicher Diskriminierung – ihre gleichberechtigte Teilhabe am sozialen Leben einschränkt.

Viele Menschen, die mit HIV leben, fürchten wohl auch deshalb, sich auf das Bundes-Behindertengleichstellungsgesetz zu berufen um Schutz vor Diskriminierung zu erwirken, weil sie annehmen, dass damit ein Offenlegen der Krankheit einhergeht. Vor diesem „Outing“ schrecken viele Menschen zurück, weil sie mit Stigmatisierung oder weiterer Diskriminierung rechnen. Dieses – zumindest den betreffenden Behörden gegenüber – Öffentlichmachen des Lebens mit HIV wäre aber auch dann nötig, wenn etwa Krankheit ein geschütztes Rechtsgut wäre, wegen dem Diskriminierung verboten sein könnte. Sich auf Diskriminierungsschutz berufen zu können, setzt wohl immer das Offenlegen des Diskriminierungsgrundes voraus.

Was in jedem Fall nötig wäre ist eine bessere Information für Menschen, die mit HIV leben, über die Möglichkeiten, die einschlägige Gesetze für Behinderte für sie

persönlich bieten würden. So könnten sie besser selbst entscheiden, ob es für sie eine Option ist, als (teilweise) behindert gelten zu wollen und könnten besser abschätzen, welche andere sowohl positive wie auch negative Konsequenzen ein solcher Schutz für sie mit sich bringen würde.

In anderen Ländern ist es durchaus so, dass im Zusammenhang mit Antidiskriminierung Menschen, die mit HIV leben, als Menschen mit Behinderungen eingestuft werden, so fallen sie etwa in den USA unter den „Americans with Disabilities Act“ (vgl. Global Commission on HIV and the Law, 2012, S. 17). Auch in Deutschland werden eine symptomlose HIV-Infektion mit 10% und eine mit klinischer Symptomatik mit 30 bis 100 Prozent (beim Aids-Vollbild) Beeinträchtigung der Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft bewertet, wie aus der Tabelle über diverse Behinderungen und ihre Umlegung in „Grad der Schädigungsfolgen“ hervor geht (vgl. Bundesministerium für Gesundheit, 2008, S. 80f).

Eine für Österreich rechtlich wohl gangbare Lösung wäre, nicht eine HIV-spezifische Antidiskriminierung zu konstruieren, sondern allgemein in das Gleichbehandlungsgesetz zusätzlich das geschützte Rechtsgut Krankheit sowohl für das Gebiet Arbeit als auch im sonstigen Bereich aufzunehmen. Dies würde ebenfalls vielen anderen Menschen zugutekommen und sie vor Diskriminierung schützen, auch wenn sie an nicht-chronischen Krankheiten leiden, die weniger als ein halbes Jahr dauern.

Österreich hat bei den letzten Anpassungen des Gleichbehandlungsgesetzes die Richtlinien der EU bezüglich Antidiskriminierung auf einem Mindestmaß umgesetzt. Es ist zwar richtig, dass die EU-Richtlinien ebenfalls keinen Diskriminierungsschutz für kranke Menschen vorsehen, aber niemand hindert den Gesetzgeber daran, darüber hinausgehende Regelungen zu beschließen, da EU-Richtlinien ja ausdrücklich nur Mindeststandards festlegen. Auch in anderen Mitgliedstaaten der EU ist man in der Frage der zu schützenden Rechtsgüter über die Mindeststandards der EU hinausgegangen und hat beispielsweise auch soziale Herkunft, Bildungsstatus, Schwangerschaft und vieles mehr in nationalen Gesetzen ausgewiesen.

Eine zusätzliche Aufnahme von Krankheit als geschütztes Rechtsgut im Bundes-Gleichbehandlungsgesetz hätte wohl viele arbeitsrechtliche Konsequenzen und würde von der Interessensvertretung der Arbeitgeber nicht mit offenen Armen begrüßt werden. Trotzdem scheint der Beginn einer Diskussion darüber wichtig und notwendig, wäre es doch eine legislatisch relativ einfache Möglichkeit, die Benachteiligung von Kranken generell und von Menschen, die mit HIV leben, im Speziellen maßgeblich zu reduzieren. Damit käme über dreißig Jahre nach der Beschreibung von Aids die österreichische Gesetzgebung auch dem international aufgestellten Anspruch nach, der Krankheit mit der Erfüllung von Rechten zu begegnen und so einen effektiven und zeitgemäßen Beitrag zu leisten, die Infektionsgefahr zu verringern (Crewe, 2009, S. 278f):

Although early responses to HIV and AIDS were based on discrimination and the application of standard public health measures such as isolation, mandatory testing, and quarantine, as the epidemic unfolded it became clear that the most effective way to address the issue was through a protection of rights rather than allowing for any restriction of freedom and movements, and from this developed the very strong movement that linked HIV and AIDS to human rights and the attainments and protection of such rights. HIV is no respecter of gender, nationality, sexual orientation, occupation, skin colour or age. [...] Rather HIV is about the risks that each of us takes and our personal ability to make choices about those risks— and some of us have far more choice than others. But it was with regard to risk and choice that many of punitive decisions about HIV and AIDS were taken.

Eine solche zusätzliche die Krankheit als Rechtsgut anerkennende Regelung im Gleichbehandlungsgesetz würde zum Beispiel Menschen, die mit HIV leben, helfen, bei FachärztInnen einen Behandlungstermin zu bekommen. Sowohl Wiltrut Stefanek, die Vorsitzende der österreichischen Selbsthilfegruppe PulsHIV, wie Brigitte Anderl von der Sozialarbeit der Aidshilfe Wien, als auch ehrenamtlich im Bereich HIV tätige Personen wie Maria Jonas berichten immer wieder von dem Problem, dass ÄrztInnen mit dem Argument, die Behandlung eines Patienten oder einer Patientin mit HIV würde die anderen PatientInnen zu großer Gefahr aussetzen, einen Termin ablehnen oder die Termine so legen, dass mit großem zeitlichen Abstand Menschen, die mit HIV leben, erst am späten Abend in die Praxis kommen dürfen, weil ja danach „die gesamten Räumlichkeiten desinfiziert werden müssen“. Das ist nicht nur medizinischer Unsinn, sondern gibt den abgewiesenen oder zu später Stunde empfangenen PatientInnen, die mit HIV leben, das Gefühl, die „neuen Aussätzigen“ zu sein.

Wiltrut Stefanek stellt aus der Erfahrung ihrer ehrenamtlichen Arbeit mit Menschen, die mit HIV leben, das Problem der medizinischen Versorgung bzw. den Umgang mit den betroffenen Menschen in medizinischen Einrichtungen an erste Stelle:

„Diskriminierung findet nach wie vor im medizinischen Bereich statt. (Fach)Ärzte lehnen die Behandlung von Menschen mit HIV einfach ab. Ein Notfallzahnarzt hat an einem Wochenende einen Bekannten von mir, nachdem er gesagt hat, dass er HIV-positiv ist, mit der Begründung abgelehnt, dass die Schmerzen nicht so extrem sein können und er ruhig warten kann bis seine ZahnärztIn wieder Ordination hat.

Vor kurzen wurde in einem Wiener Spital ein HIV-positiver Patient für den Transport auf die SÜD 4 fertig gemacht. Als der Krankentransport kam schrie eine Schwester über den Stationsgang, dass die Sanitäter sich Handschuhe anziehen sollen, da der Patient HIV-positiv ist.“

Eine Konsequenz die Menschen, die mit HIV leben, aufgrund dieses Problems oft ziehen ist es, nichts von ihrem HIV-Status bei der Anmeldung beim Arzt oder der Ärztin zu erwähnen. Gerade im ärztlichen Bereich, wo die Wechselwirkung von mehreren Medikamenten von großer Bedeutung für Entscheidungen über die Verschreibung anderer Arzneimittel sein kann, ist das Verschweigen des HIV-Status aus medizinischer Sicht kontraproduktiv. Spätestens dann, wenn es um die Frage der Einnahme von anderen Medikamenten geht, ist ohnehin alles klar und es kam schon vor, dass nach Bekanntwerden ihres positiven HIV Status PatientInnen keinen zweiten Termin bekommen haben. So paradox es klingen mag, aber die Aufnahme von „Krankheit“ als geschütztes Rechtsgut im III. Teil des Gleichbehandlungsgesetzes würde vielen Menschen, die mit HIV leben, in Österreich die Zugänglichkeit zum Gesundheitssystem vereinfachen, was den Bereich der niedergelassenen ÄrztInnen betrifft.

Ein weiteres Argument für einen Diskriminierungsschutz, der über die Behinderung hinausgeht und auch die Krankheit als geschütztes Rechtsgut im

Gleichbehandlungsgesetz umfasst, kann in der Vorabentscheidung des EuGH vom 11. Juli 2006 in Sachen Sonia Chacón Navas gegen Eurest Colectividades SA gefunden werden. Darin befindet der EuGH über die Auslegung der Richtlinie 2000/78/EG – Gleichbehandlung in Beschäftigung und Beruf – in Bezug auf die Diskriminierung wegen einer Behinderung und, hilfsweise, ein etwaiges Verbot der

Diskriminierung wegen Krankheit, sowie wegen Entlassung während einer krankheitsbedingten Arbeitsunterbrechung. Dabei spricht er sich in zwei aufeinanderfolgenden Punkten für die klare Unterscheidung zwischen Behinderung und Krankheit als Schutz vor Diskriminierung aus (Gerichtshof der Europäischen Gemeinschaften, 2006):

43 Die Richtlinie 2000/78 soll Diskriminierungen bestimmter Art in Beschäftigung und Beruf bekämpfen. In diesem Zusammenhang ist der Begriff „Behinderung“ so zu verstehen, dass er eine Einschränkung erfasst, die insbesondere auf physische, geistige oder psychische Beeinträchtigungen zurückzuführen ist und die ein Hindernis für die Teilhabe des Betroffenen am Berufsleben bildet.

44 Mit der Verwendung des Begriffes „Behinderung“ in Artikel 1 dieser Richtlinie hat der Gesetzgeber jedoch bewusst ein Wort gewählt, das sich von dem der „Krankheit“ unterscheidet. Daher lassen sich die beiden Begriffe nicht schlicht und einfach einander gleichsetzen.

Dies lässt schließen, dass nach Auslegung der betreffenden EU Richtlinie aufgrund einer Erkrankung noch lange kein Diskriminierungsschutz besteht, der einem aufgrund von Behinderung gleichwertig ist und somit in Hinblick auf den Schutz von Menschen, die mit HIV leben, legislativer Handlungsbedarf besteht. Gleichzeitig spricht der EuGH in Punkt 43 von einer „Einschränkung“ sowie von einem „Hindernis“ und nicht von einer „Funktionsbeeinträchtigung“, welche wesentlich breiter gefasste Begriffe sind, als jener, der im österreichischen Bundes-Behindertengleichstellungsgesetz verwendet wird. Das könnte so interpretiert werden, dass mit der Verwendung der Worte „Einschränkung“ und „Hindernis“ auch soziale Diskriminierung aufgrund von HIV umfasst ist und somit ein Diskriminierungsschutz auch für diesen Fall gegeben sein könnte. Dem entsprechen die erläuternden Bemerkungen zum Bundes-Behindertengleichstellungsgesetz.

Ebenso wie auf Bundesebene könnten die Bundesländer in ihren Landes-Gleichbehandlungsgesetzen Krankheit als geschütztes Rechtsgut aufnehmen. Das wäre nicht nur für DienstnehmerInnen der Länder und Gemeinden, die mit HIV leben, von großem Interesse, sondern würde auch noch andere Bereiche in der Kompetenz der Länder berühren, wie etwa Kindergärten, Pflichtschulen und Einrichtungen für SeniorInnen. Es existieren Beschwerden darüber, dass Kinder, die selbst mit HIV leben oder aus Familien kommen, wo eines der Familienmitglieder HIV positiv ist, ungern in Kindergärten, Schulen oder Horte aufgenommen werden, weil argumentiert wird, sie stellten eine zu große Gefahr für die anderen Kinder dar. In anderen Fällen

wurden die Eltern dazu gedrängt, ihre Kinder regelmäßig einem HIV Test zu unterziehen. Dazu berichtet Wiltrut Stefanek: „Kinderärzte in den Bundesländern verordnen Kindern, deren Eltern HIV-positiv sind, in regelmäßigen Abständen einen HIV-Test mit der Begründung, man lebe ja in einem Haushalt und da könne viel passieren!“

Ein großes Problem stellt sich für ältere Menschen, die mit HIV leben, wenn sie in eine SeniorInneneinrichtung übersiedeln wollen. Auch hierzu gibt es in der Selbsthilfegruppe PulsHIV Erfahrungen und Wiltrut Stefanek erläutert: „Es ist nach wie vor schwer, einen Pflegeplatz bzw. einen Platz im betreuten Wohnen für Menschen mit HIV zu finden. Für uns stellt sich auch die Frage wie die Pensionistenheime damit umgehen, wenn Menschen mit HIV bei Ihnen einziehen. Einmal bekam ich diesbezüglich die Auskunft, dass solche Menschen besser auf den HIV-Stationen aufgenommen werden sollten, denn diese Menschen haben ja besondere Bedürfnisse, die ein Altersheim eher nicht abdecken kann. Für mich stellt sich die Frage, welche besonderen Bedürfnisse haben wir gegenüber anderen älteren Menschen?“

Die moderne Wissenschaft macht deutlich, dass die Übertragung des HI-Virus im Kindergarten oder im PensionistInnenwohnhaus mehr als unwahrscheinlich ist und selbst wenn es zu einer Situation kommen sollte, wo eine Infizierung theoretisch möglich wäre, es Medikamente gibt, die – wenn sie binnen 72 Stunden genommen werden – eine Infektion unterbinden¹⁵. Aber trotzdem hält sich hartnäckig das vermeintliche Wissen der späten 1980er und 90er Jahre, dass jede Berührung mit Körperflüssigkeiten eines Menschen, der mit HIV lebt, quasi zum sicheren Tod führt. Aufklärungsarbeit und das Formulieren von Gesetzen und Vorschriften auf einer wissenschaftlich begründeten Basis sind auf Bundes- wie auf Landesebene nötig. Die Länder hätten die Möglichkeit, ohne einer Vorgabe von Bundesebene ihre Gleichbehandlungsgesetze um das geschützte Rechtsgut Krankheit zu ergänzen und so einen Schritt voran zu gehen.

Nicht nur auf Ebene von Bundes- und Landesgesetzen, auch bei Richtlinien und Verordnungen ist es möglich, Normen auf Diskriminierung von Menschen, die mit HIV leben, hin zu überprüfen und sie gegebenenfalls zu verändern. So begann im

¹⁵ Die so genannte PEP: Postexpositionelle Prophylaxe

Vorfeld der internationalen Aidskonferenz 2010 in Wien eine Debatte über die Frage, ob denn die Beförderungsbedingungen der Wiener Linien nicht Menschen, die mit HIV leben, von der Benutzung der öffentlichen Verkehrsmittel in Wien ausschließen würden. Bei genauerer Betrachtung der Beförderungsbedingungen ist dies (und war auch damals) nicht der Fall (VOR, 2012, S. 4):

D. Ausschluss von der Benützung der Anlagen oder Fahrzeuge

1. Von der Benützung sind insbesondere ausgeschlossen:

[...]

d) Personen, die an einer Krankheit leiden, durch die sie gemäß bundesrechtlichen Bestimmungen von der Beförderung ausgeschlossen sind,

Die hier angesprochenen bundesrechtlichen Bestimmungen finden sich einerseits im Epidemiegesetz im §26 (1), welches aus dem Jahr 1950 stammt. Seit der wissenschaftlichen Beschreibung von HIV ist das Gesetz sechsmal novelliert worden, und es ist nach wie vor weder auf HIV noch auf Aids anwendbar sondern hat Krankheiten wie z.B. Cholera, Gelbfieber, virusbedingtem hämorrhagischem Fieber, infektiöser Hepatitis, Hundebandwurm und Fuchsbandwurm, Infektionen mit dem Influenzavirus A/H5N1 oder einem anderen Vogelgrippevirus, Kinderlähmung, bakterielle und virale Lebensmittelvergiftungen, Lepra, Leptospiren-Erkrankungen, Masern, Milzbrand, Psittakose, Paratyphus, Pest, Pocken, Rotz, übertragbare Ruhr, SARS, Typhus und andere im Blick:

Vorschriften in Bezug auf Verkehrsanstalten im Inlande.

§ 26. (1) Für den Betrieb öffentlicher Verkehrsanstalten (Eisenbahnen, Binnenschiffahrtsunternehmen, Flöße usw.) und für den Verkehr auf denselben wird durch Verordnung bestimmt, in welcher Weise und durch welche Organe die in diesem Gesetze bezeichneten Vorkehrungen zur Verhütung und Bekämpfung anzeigepflichtiger Krankheiten in Anwendung zu bringen sind.

Zum anderen gibt es aufgrund dieser Bestimmung wie angesprochen die „Verordnung des Bundesministeriums für soziale Verwaltung vom 26. Juni 1957 über die Beförderung von Personen, die mit übertragbaren Krankheiten behaftet oder solcher Krankheiten verdächtig sind. StF: BGBl. Nr. 199/1957“. Für Straßenbahnen im Ortslinienverkehr (und sinngemäß für alle anderen Verkehrsmittel) gilt der §10, welcher besagt, dass Personen, die an Cholera, Pest und Pocken erkrankt sind, nicht befördert werden dürfen, für eine Reihe von anderen ansteckenden Krankheiten ist

dies nur möglich, wenn der Amtsarzt es erlaubt und die betreffende Person in einem eigenen Abteil transportiert werden kann. HIV und Aids werden auch in dieser Verordnung nicht angesprochen, womit es keinen Ausschließungsgrund für die Beförderung von Personen, die mit HIV leben, durch die Wiener Linien gibt oder je gegeben hat.

Eine Diskussion entspann sich zum gleichen Anlass auch um die Wiener Badeordnung für Schwimmbäder der Stadt Wien. Hier lässt sich eine Musterbadeordnung der Wirtschaftskammer Österreichs finden, die in ihrem Text vorschlägt:

2.5. Hygienebestimmungen

[...]

(3) Die Badeanlage darf nicht mit ansteckenden Krankheiten besucht werden.

In diese Formulierung könnte interpretiert werden, dass Menschen, die mit HIV leben, von der Benutzung öffentlicher Bäder ausgeschlossen sind. Zumindest die Stadt Wien hat diesen Passus so nicht in ihre Badeordnung übernommen. In der Badeordnung für die städtischen Hallenbäder besagt der Punkt 2) der allgemeinen Bestimmungen:

2) [...] Die MA 44 - Bäder behält sich vor, Personen, deren Zulassung zum Badebesuch bedenklich erscheint, den Zutritt zu verwehren.

Da wohl kaum ein Badegast, der mit HIV lebt, dem Anschein nach aufgrund seiner Erkrankung für den Badebesuch ungeeignet erscheinen wird, hat diese Regelung real keinen Ausschluss vom Benutzen der Wiener Bäder zur Folge. Die Badeordnungen der Wiener Familien- und Freibäder haben gleichlautende Regelungen. Aufgrund der Zuständigkeit der einzelnen Betreiber von Badeanstalten ist eine flächendeckende Untersuchung anderer in Österreich geltender Badeordnungen nicht möglich.

Auch das Bäderhygienegesetz, das den Schutz der Gesundheit der BesucherInnen von Bädern, Dampfbädern, Saunen etc. dutzendfach anspricht und auf dessen §13 Abs. 2 die verpflichtende Verlautbarung einer Badeordnung zurückzuführen ist, kennt in seinem gesamten Text keine Bezugnahme auf HIV oder eine entsprechende Formulierung, ebenso verhält es sich mit der Bäderhygieneverordnung. Dies ist

jedenfalls ein guter Grund, mit der Wirtschaftskammer in Diskussion zu treten und die Formulierung ihrer Muster-Badeordnung zu hinterfragen. Da anzunehmen ist, dass eine Reihe von BetreiberInnen von Badeanstalten diese sinngemäß übernehmen, kann es so zu einer weder legistisch noch medizinisch gerechtfertigten Diskriminierung von Menschen kommen, die mit HIV leben.

Diskriminierung von Menschen, die mit HIV leben, findet auch im Bereich der Arbeitswelt statt. Hier sind es in den meisten Fällen keine Gesetze oder andere Normen, die ungleich behandeln oder den Zugang zu bestimmten Berufen untersagen würden. Viel öfter sind es fehlende Information oder falsche Vorstellungen von den Auswirkungen der Krankheit etwa bei Beschäftigten des Arbeitsmarktservices die dazu führen, dass Menschen, die mit HIV leben und das beim AMS bekannt geben, erst gar nicht auf freie Arbeitsplätze vermittelt werden.

Auch die Wirtschaftskammer Wien trägt in der Information ihrer Mitglieder über den Umgang mit MitarbeiterInnen, die mit HIV leben, nicht zu einem diskriminierungsfreien Umgang bei. Trotz Protesten ist auf der Homepage der WKÖ Wien nach wie vor eine Seite über Internetsuchmaschinen zu finden¹⁶, auf der etwa zum Bereich Einstellung von MitarbeiterInnen Angaben gemacht werden, die keinerlei gesetzliche Grundlage haben und die vom Wissensstand her auf jenem des letzten Jahrhunderts beruhen (WKÖ, 2011):

Beginn des Arbeitsverhältnisses

Der Stellenbewerber darf nur dann nach AIDS oder einer HIV-Infektion befragt werden, wenn ein Arbeitsplatz zu vergeben ist, bei dem ein Austausch von Körperflüssigkeiten zwischen den Menschen möglich ist. Ausschlaggebend ist dabei ein deutlich erhöhtes Risiko des Auftretens von blutenden Wunden bei unmittelbarer Gegenwart von Kunden oder anderen Arbeitnehmern. Beispiele dafür sind etwa

- *Heilberufe (Ärzte und Pflegepersonal),*
- *Hersteller oder Zubereiter von Lebensmitteln,*
- *Friseure, Optiker sowie*
- *Manikür- und Pedikürtätigkeiten.*

¹⁶ Über das Portal der WKÖ gelangt man mittlerweile nicht mehr auf diese Seite, aber es reicht die Eingabe von den Suchbegriffen „WKÖ“ und „Aids“, um auf die immer noch existierende Seite der WKÖ zu gelangen.

Vorsicht!

Das Geheimhaltungsinteresse des Arbeitnehmers und das Übertragungsrisiko von HIV bzw. AIDS bei der geplanten Tätigkeit sind im Rahmen einer Interessenabwägung zu berücksichtigen.

Die Aidshilfe Salzburg kritisiert, dass sich die WKÖ mit diesen Aussagen auf ein Gutachten aus dem Jahr 1987 stützt (vgl. ORF, 2011). Aus Sicht der Arbeiterkammer ist es ausschließlich dann zulässig, dass JobbewerberInnen nach einer HIV-Infizierung gefragt werden dürfen, wenn für den infragekommenden Arbeitsplatz bestimmte gesundheitliche Voraussetzungen gefordert sind oder wenn eine Gefahr für Leben und Gesundheit von ArbeitskollegInnen oder KundInnen besteht (vgl. Chlestil, Bei, Debrito, & Wonka, 2012, S. 6). Die Arbeiterkammer führt als Beispiel für solche Tätigkeiten PilotInnen, Berufe mit Reisetätigkeit und solche in der Chirurgie an. Falls BewerberInnen beim Einstellungsgespräch zu ihrem HIV Status gefragt werden, ohne dass solche Zusammenhänge vorliegen, dürfen sie ohne mit Konsequenzen rechnen zu müssen, die Unwahrheit sagen. Wenn eine Erkrankung an Aids vorliegt, so ist die Einschätzung ausschlaggebend, ob es möglich ist, die aufgetragene Arbeit voll erbringen zu können (vgl. ebendort). Im Falle einer Infektion mit HIV oder der Erkrankung an Aids während eines aufrechten Dienstverhältnisses sind nach Meinung der Arbeiterkammer die gleichen Kriterien anzulegen, wie bei der Einstellung (vgl. ebendort S. 6f).

Bei kaum einer Frage sind die Auskünfte so widersprüchlich und uneinheitlich wie bei dem Problem, wie Menschen, die mit HIV leben, mit dieser Tatsache gegenüber ihren ArbeitgeberInnen umgehen sollen. Wiltrut Stefanek meint dazu: „HIV in der Arbeitswelt ist kein offizielles Thema. Es gibt leider keine offiziellen Zahlen wie viele Menschen mit HIV in Österreich berufstätig sind. Das Papier von der WKO hat die Community eher verunsichert. Da es keine wirklichen Leitlinien zu HIV und Arbeit gibt, bekommst Du auch nirgends wirklich eine konkrete und brauchbare Antwort.“

In der Frage, welche Berufe für Menschen, die mit HIV leben, nicht zugänglich sein sollten, ist eine einheitliche und verbindliche Lösung von Nöten, da die Auskünfte hierzu divergierend und für die Betroffenen verwirrend sind. Eine sozialpartnerschaftliche Einigung über eine Liste an möglichen problematischen Berufen, die auf wissenschaftlichen Erkenntnissen beruht (und damit wohl sehr, sehr kurz ausfallen würde), wäre wünschenswert.

Was die Einschränkung für PilotInnen, die mit HIV leben, betrifft, findet sich nach Auskunft von Thomas Kacsich von der Obersten Zivilluftfahrtbehörde im Bundesministerium für Verkehr, Innovation und Technologie, eine diesbezügliche Regelung in der Anlage 2 zur Zivilluftfahrt-Personalverordnung aus dem Jahr 2006. Generell dürfen PilotInnen keine gesundheitlichen Beeinträchtigungen aufweisen, welche die sichere Ausübung der mit der geltenden Lizenz verbundenen Rechte beeinträchtigen können. Es besteht eine Spezialbestimmung zu HIV und Aids, die sich in der Anlage 2 zur ZLPV 2006 (Zivilluftfahrt-Personalverordnung) findet, wo es im Anhang 7 heißt:

Geschlechtskrankheiten und andere Infektionen

(siehe JAR-FCL 3.190 und 3.310)

1. Ein positiver HIV- Test macht untauglich

2. Die zuständige Behörde kann einen Bewerber nach einem positiven HIV-Test nur anlässlich einer Verlängerung oder Erneuerung des Tauglichkeitszeugnisses mit der Einschränkung OML oder OSL als tauglich beurteilen, wenn regelmäßige Kontrolluntersuchungen durchgeführt werden. Das Auftreten von AIDS oder mit AIDS verbundenen Symptomen macht untauglich.

[...]

Ein positiver HIV- Test macht also grundsätzlich untauglich, jedoch kann die zuständige Behörde einen Bewerber oder eine Bewerberin nach einem positiven HIV-Test anlässlich einer Verlängerung oder Erneuerung des Tauglichkeitszeugnisses unter bestimmten Voraussetzungen und Einschränkungen als tauglich beurteilen. Eine erstmalige Ausstellung eines Tauglichkeitszeugnisses ist bei HIV nicht möglich. Das Auftreten von Aids oder mit Aids verbundenen Symptomen macht jedenfalls untauglich.

Ab 8.4.2013 ändert sich die Rechtslage, weil ab diesem Zeitpunkt die EU-VO 1178/2011 anzuwenden ist. Gemäß der Verordnung (MED.B.040 b) können PilotInnen mit positivem HIV-Befund vorbehaltlich einer positiven flugmedizinischen Beurteilung als tauglich eingestuft werden. Bei BewerberInnen um ein Tauglichkeitszeugnis der Klasse 1 (also BerufspilotInnen) ist die Entscheidung von der Behörde zu treffen (statt vom Fliegerarzt oder der Fliegerärztin). Die EU-Regelung ist grundsätzlich eine weniger strenge und vor allem flexibler. Allerdings gelten dazu gemäß den von der European Aviation Safety Agency erlassenen

"Acceptable Means of Compliance" bestimmte Einschränkungen (EASA, 2011, S. 21):

(1) HIV positivity is disqualifying. A fit assessment with a multi-pilot limitation may be considered for individuals with stable, non-progressive disease. Frequent review is required.

(2) The occurrence of AIDS or AIDS-related complex is disqualifying.

Eine gewisse Erleichterung im Vergleich zur jetzigen Rechtslage besteht also darin, dass ab 8.4.2013 auch eine erstmalige Ausstellung eines Tauglichkeitszeugnisses bei HIV möglich sein wird. Die Ausstellung eines Tauglichkeitszeugnisses ist unter den genannten Bedingungen möglich, bei Berufspiloten muss die Behörde die Beurteilung vornehmen (bisher: bei allen Piloten). Multi-Pilot heißt, dass ein weiterer Pilot an Bord sein muss, was bei Berufspiloten die Regel ist.

Gesetzlich gibt es in Österreich nur für einen einzigen Beruf ein absolutes Ausübungsverbot, dies ist die Prostitution, was im Aidsgesetz geregelt ist:

§ 4. (1) Personen, bei denen eine Infektion mit einem HIV nachgewiesen wurde oder das Ergebnis einer Untersuchung gemäß Abs. 2 nicht eindeutig negativ ist, ist es verboten, gewerbsmäßig sexuelle Handlungen am eigenen Körper zu dulden oder solche Handlungen an anderen vorzunehmen.

Aufgrund des Fortschritts der medizinischen Behandlung, die zu einer Viruslast unter der Nachweisgrenze führen kann und somit eine Übertragung des Virus nicht möglich macht, wäre es angebracht, hier eine vorsichtige Diskussion über die Aufrechterhaltung dieses Berufsverbotes zu beginnen. Wenn die safer sex Regeln eingehalten werden oder wenn es zur Ejakulation in den Mund einer Person kommt, die mit HIV lebt, besteht keinerlei Gefahr der Übertragung. Wie alle Bereiche, die mit Sexualität zusammen hängen, ist diese Diskussion eine sehr tabuisierte und eine nicht leicht öffentlich zu führende. Trotzdem gibt es keinerlei Gründe, im Bereich der Prostitution andere wissenschaftliche und menschenrechtliche Maßstäbe anzulegen, wie an jede andere Gesetzgebung und Rechtsprechung. Dazu bemerkt Eva van Rahden, Leiterin von „SOPHIE-BildungsRaum für Prostituierte“, einer Einrichtung der Wiener Volkshilfe: „Bei unserer Zielgruppe besteht das Problem, dass HIV positiv getestete Frauen und Männer ein Berufsverbot haben. Dies entspricht nach unserer Auffassung nicht mehr dem neuesten Stand der Wissenschaft, da bei Behandlung nicht mehr in jedem Fall von einer Übertragung ausgegangen werden kann.“

Auch in Themenfeldern weit abseits der Prostitution ist es zugegeben schwierig zu meistern, die Diskrepanz zwischen den Auswirkungen der medizinischen Wissenschaft einerseits, Aids zu einer behandelbaren Krankheit gemacht zu haben, die bei guter Medikation nicht mehr ansteckend ist, und den Appellen der Gesundheitspolitik andererseits, bei sexuellen Kontakten vorsichtig zu sein und Kondome zum Schutz gegen die Ansteckung mit HIV zu verwenden, zu überwinden. Zu groß erscheint die Gefahr, dass die Risiken vor HIV dann auf die leichte Schulter genommen werden und dabei ignoriert wird, dass ein lebenslanges Angewiesensein auf Medikamente kein erstrebenswertes Schicksal ist.

5.2.2 Punishing Vulnerability

In diesem Kapitel ihres Berichts beschäftigt sich die Global Commission on HIV and the Law mit der Kriminalisierung der nicht-absichtlichen Übertragung, der potentiellen Exposition sowie der Nichtoffenlegung einer HIV Infektion (vgl. Global Commission on HIV and the Law, 2012, S. 20). Viele Strafgesetze stellen auch das nicht absichtliche Übertragen des Virus unter Strafe, was in den meisten Fällen durch Sexualkontakte geschieht. Mary Crewe kritisiert die Verwendung des Strafrechts und damit einhergehend die Kriminalisierung der Erkrankung als wesentlichen Faktor, der erkämpfte Rechte für betroffene Menschen untergräbt (Crewe, 2009, S. 280f):

While this remains fundamental to HIV and AIDS work, it is also the case that, deep within the epidemic, HIV and AIDS hold the possibility for expanded control and legislation to try to limit or prevent transmission. So while the human rights approach is acknowledged, there are also worrying signs that some governments are increasingly trying to use the law to criminalize infections, to enforce mandatory testing and disclosure, and to set back many of the human rights gains that have been made over the past two decades. And they are doing this precisely to try and buttress the status quo against the social challenges and political action that addressing rights at all levels would entail.

NGOs haben versucht, all jene Fälle zusammenzutragen, wo jemand vor diesem Hintergrund verurteilt worden ist und sie kommen auf ungefähr 750 Verurteilungen weltweit. Dabei hat Österreich einen für seine geografische Kleinheit beträchtlichen Anteil. Edwin J. Bernard, Schriftsteller, Menschenrechtsaktivist und Konsulent mit dem Schwerpunkt HIV-bezogene Gesetzgebung, zeigte bei der High Level Consultation in Oslo dazu folgende Folie, für die er sich was die österreichischen Zahlen betrifft, auf die Erhebungen von Hubert Hinterhofer und Helmut Graupner stützt, und somit ausschließlich Verurteilungen nach den §§ 178 und 179 des StGB in diesem Diagramm berücksichtigt (Bernard, 2012, S. 4):

Estimated known total convictions and convictions per 1000 PLHIV

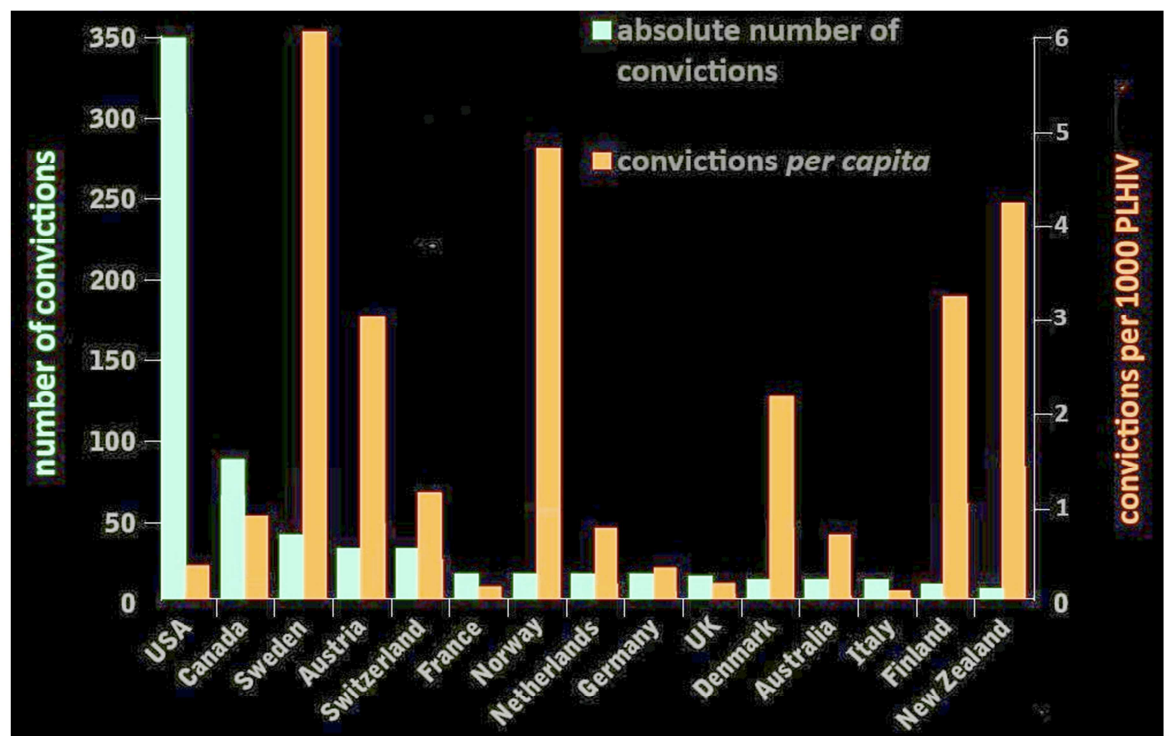


Abbildung 4: Strafrechtliche Verurteilungen im internationalen Vergleich

Quelle: Edwin J. Bernard, Overview of the criminalization of HIV non-disclosure, exposure and transmission: background and scope.

Danach ist Österreich zum Zeitpunkt der Erstellung des Diagramms mit etwa 40 Fällen weltweit an fünfter Stelle, was Verurteilungen pro 1000 Personen, die mit HIV leben, betrifft. Österreich hat kein spezielles Gesetz, das die (potentielle) Übertragung von HIV strafbar macht, sondern wendet das generelle Strafgesetz an – offensichtlich sehr exzessiv. Der Gesetzestext bringt mit sich, dass Menschen, die mit HIV leben, oft psychologisch für sich das Gefühl haben, dass sie besser dran sind, wenn sie nichts von ihrer Infektion wissen, weil sie dadurch Nachteile zu befürchten hätten. Dieser Eindruck ist richtig: Wenn sie ihren positiven HIV-Status kennen, könnten sie nämlich der vorsätzlichen und nicht nur der fahrlässigen

Körperverletzung bezichtigt werden, was einen großen Unterschied beim Strafraumen macht. Als eine Konsequenz daraus lassen sie sich lieber gleich gar nicht testen, bekommen daher keine adäquate medizinische Behandlung und sind so weiter – und erst recht – in der Lage, HIV zu übertragen, was mit einer richtig angewandten Medikation nicht der Fall wäre. Die Kriminalisierung schafft also einen Nährboden für die weitere Ausbreitung von HIV.

In der Arbeitsunterlage zur High Level Consultation in Oslo fasst UNAIDS die strafrechtliche Situation für Menschen, die mit HIV leben, für Österreich wie folgt zusammen (Bernard & Bennett-Carlson, 2012, S. 12)¹⁷:

Austria

38. Austria makes it a crime to intentionally or negligently “commit an act likely to cause the danger of spreading an infectious disease”. [...] Disclosure of HIVpositive status prior to sex is not a defence, and transmission does not have to occur. [...] Although there have been prosecutions of people with HIV for oral sex and sex with condoms [...], the Ministry of Justice issued a clarifying statement, prior to the Vienna International AIDS Conference in 2010, saying that these acts were no longer criminal offences. It also provided the opinion that, where a person with HIV has an undetectable viral load due to effective antiretroviral therapy, unprotected sex is not a criminal offence; but it went on to say that this opinion was not binding on the courts.

In Österreich sind betreffend der Übertragung bzw. Nichtoffenlegung einer HIV Infektion zwei Bereiche des Strafgesetzbuchs relevant: Die Gefährdung der Volksgesundheit (§§ 178 und 179 StGB), sowie die Körperverletzungsdelikte. Letztere fasst Helmut Graupner, Rechtsanwalt in Wien und Co-Präsident der Österreichischen Gesellschaft für Sexualforschung (ÖGS), der viele Fälle von Angeklagten, die mit HIV leben, vor Gericht vertritt, in einer Präsentation vor der Eidgenössischen Kommission für Aids-Fragen im November 2009 in Solothurn zur österreichischen Rechtslage, wie folgt zusammen (Graupner, HIV & Strafrecht - Die Rechtslage in Österreich, 2009):

Körperverletzungsdelikte:

- *Vorsätzliche Körperverletzung (§§ 83ff StGB), Mord (§ 75 StGB)*
 - o *Zwar: Strafbarkeit des Versuchs auch ohne Ansteckung*

¹⁷ unter Bezugnahme auf die Antwort einer von mir in Frühjahr 2010 eingebrachten parlamentarischen Anfrage zu diesem Themenkomplex (Bandion-Ortner, 2000)

- o *Jedoch: Hiv-Positiver muss die Ansteckung nicht nur ernstlich für möglich gehalten sondern sich auch damit abgefunden haben (§ 5 Abs. 1 StGB)*
- *Fahrlässige Körperverletzung (§ 88 StGB)*
 - o *Nachweis der Ansteckung erforderlich*
- *Fahrlässige Tötung (§§ 80f StGB)*
 - o *Zumeist verjährt bevor der Tod eintritt (Verjährungsfrist: max. 7 ½ Jahre)*

Problematik der Einwilligung (in die Verletzung/Ansteckung) (§ 90 StGB): in Rechtsprechung und Lehre ungeklärt

Eine Körperverletzung kann laut meiner Nachfrage bei Helmut Graupner also vorsätzlich oder fahrlässig begangen werden. Für den Vorsatz genügt dabei ein bedingter Vorsatz (§ 5 Abs. 1 StGB), also dass der Täter eine Übertragung für ernstlich möglich hält (Wissenskomponente) und sich mit einer solchen abfindet (Willenskomponente). Fehlt eine der Komponenten, liegt Fahrlässigkeit vor. Die Haltung „Es könnte schon sein, dass ich den anderen anstecke und wenn, ist es mir auch egal“ würde bereits einen bedingten Vorsatz darstellen. Absichtlichkeit (§ 5 Abs. 3 StGB) oder Wissentlichkeit (§ 5 Abs. 2 StGB) sind für Körperverletzungsdelikte nicht erforderlich.

Weiter führt Helmut Graupner aus, dass nicht mehr vorsätzlich und nicht einmal mehr bedingt die Haltung „Es könnte gut sein, dass ich ihn anstecke, aber es wird schon nicht passieren“ zu kategorisieren ist, oder auch „Es ist nicht wahrscheinlich, dass ich ihn anstecke, aber wenn, ist es auch egal.“ In diesen Fällen liegt Fahrlässigkeit vor, die ebenfalls strafbar ist. In seiner Tätigkeit als Anwalt macht Helmut Graupner die Erfahrung, dass diese diffizilen Abstufungen in der Praxis vor Gericht kaum Relevanz haben und der Vorsatz meist einfach unterstellt wird.

Die Delikte, die in Österreich am häufigsten als Grundlage für eine Anzeige gegen Menschen, die mit HIV leben, hergenommen werden sind jene betreffend Gefährdung der Volksgesundheit. Sie fußen auf zwei Paragraphen des Strafgesetzbuches, die aus einer Zeit kommen, als HIV noch unbekannt war und wo es zum Zeitpunkt des Entstehens des Gesetzes 1975 vor allem um das Abwenden der prinzipiellen und abstrakten Gefahr der Übertragung von Krankheiten ging,

gegen die kein Schutz möglich war, wie etwa ansteckende Gelbsucht, Tuberkulose und Keuchhusten:

Vorsätzliche Gefährdung von Menschen durch übertragbare Krankheiten

§ 178. Wer eine Handlung begeht, die geeignet ist, die Gefahr der Verbreitung einer übertragbaren Krankheit unter Menschen herbeizuführen, ist mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder mit Geldstrafe bis zu 360 Tagessätzen zu bestrafen, wenn die Krankheit ihrer Art nach zu den wenn auch nur beschränkt anzeige- oder meldepflichtigen Krankheiten gehört.

Fahrlässige Gefährdung von Menschen durch übertragbare Krankheiten

§ 179. Wer die im § 178 mit Strafe bedrohte Handlung fahrlässig begeht, ist mit Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder mit Geldstrafe bis zu 360 Tagessätzen zu bestrafen.

Das geschützte Rechtsgut ist im Falle dieser beiden Bestimmungen also die Volksgesundheit (vgl. Graupner, 2009), von der übertragbare Krankheiten abzuhalten sind, weshalb die Einwilligung der HIV-negativen PartnerIn zum ungeschützten Verkehr an der Strafbarkeit nichts ändert. Geschützt wird durch die §§ 178f nicht die PartnerIn in ihrer individuellen Gesundheit, sondern die gesamte Gesellschaft vor der Weiterverbreitung einer Krankheit. Bei Betrachtung der HIV-bezogenen Verurteilungen aufgrund der §§ 178f fällt auf, dass es bisher nur Menschen waren, die mit HIV leben, die angeklagt wurden (Hinterhofer, 2002, S. 2ff):

Die Brisanz des Themas vor allem für HIV-Infizierte ist auch an den Verurteilungszahlen ersichtlich. Diese belegen nämlich, dass die §§ 178 und 179 nicht bloß der reinen „Lehrbuchkriminalität“ zuzuordnen sind. So gab es laut Strafregistrauskunft von 1990 bis Ende 2001 immerhin 36 Verurteilungen nach § 178, 7 wegen §§ 15, 178 und 6 wegen § 179. Insgesamt erfolgten also in den letzten 11 Jahren 49 Verurteilungen wegen einer vorsätzlichen bzw fahrlässigen Gefährdung von Menschen durch übertragbare Krankheiten, das sind im Schnitt pro Jahr ca 5.

Wenn es um den Schutz der Volksgesundheit geht, so gefährden aber beide PartnerInnen diese und man könnte ja davon ausgehen, dass die Pflicht zum Schutz vor der Weiterverbreitung bei beiden SexualpartnerInnen liegt, unabhängig davon, ob mit oder ohne HIV lebend. Hubert Hinterhofer führt in seinem Rechtsgutachten für die österreichischen Aidshilfen zu dieser Frage aus, dass sich eine nicht-infizierte Person deshalb nicht strafbar macht, weil von ihr die Gefahr der Verbreitung des Virus nicht ausgeht, sie ist nur als Tatobjekt zu betrachten (vgl. ebenda, S. 28). Helmut Graupner hält dem entgegen, dass ohne die Mitwirkung der nicht-infizierten PartnerIn jedoch (von Fällen erzwungener Sexualhandlungen abgesehen) eine Gefahr der Weiterverbreitung des Virus nicht entstehen kann. Werden von den PartnerInnen, die

Gesetzgebung, Normen und Rechtsprechung

gemeinschaftlich die öffentliche Gesundheit gefährden, regelmäßig nur diejenigen verfolgt, die mit HIV leben, so stellt das eine schwere Diskriminierung dar.

Für Menschen, die mit HIV leben, werden diese beiden Paragraphen jedenfalls relativ häufig angewendet, bis zum Jahr 2001 etwa fünfmal pro Jahr (vgl. Hinterhofer, 2002, S. 2), öfter zwischen 2001 und 2005 (siehe Abbildung 5), danach im Schnitt knapp unter fünfmal pro Jahr (vgl. Bandion-Ortner, 2000). Zu diesen Entscheidungen gibt es für die Jahre 1990 bis 2007 aufgeschlüsselte, danach nur noch generelle Zahlen. Helmut Graupner geht in Auswertung der Verurteilungsstatistik von folgender Anzahl von Verurteilungen aufgrund der §§ 178 und 179 StGB aus (Graupner, HIV & Strafrecht - Die Rechtslage in Österreich, 2009, S. 12):

1990 - 2007 Verurteilungen

§§ 178, 179 StGB

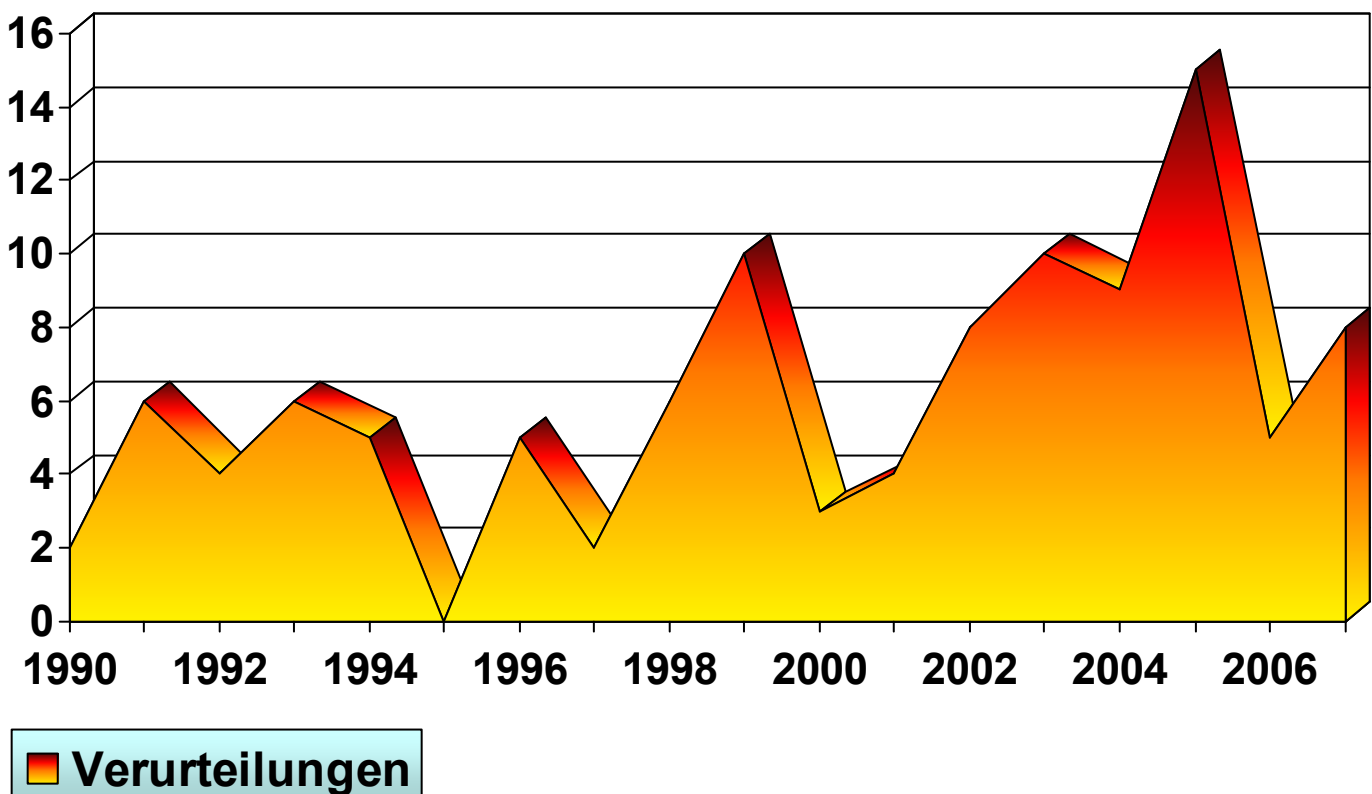


Abbildung 5: Strafrechtliche Verurteilungen in Österreich nach §§ 178 und 179 StGB

Quelle: (Graupner, HIV & Strafrecht - Die Rechtslage in Österreich, 2009, S. 12)

Aus einer parlamentarischen Anfragebeantwortung aus dem Jahr 2010 durch Justizministerin Bandion-Ortner geht hervor, dass zwischen 2005 und 2009 insgesamt 52 Personen wegen § 178 StGB und acht Personen wegen § 179 angeklagt wurden, wovon im gleichen Zeitraum 38 bzw. neun Personen verurteilt wurden (vgl. Bandion-Ortner, 2000, S. 1f). Im Falle des § 178 betrafen 15 der angeklagten Fälle HIV und Aids, im Falle des § 179 drei, die Mehrzahl der Verurteilungen (37 und fünf Fälle) also andere Krankheiten, womit der Anteil der HIV-relevanten Fälle mit durchschnittlich 30% (vgl. ebenda) gegenüber dem Schnitt von 37% zwischen 1990 und 2007 leicht abnahm (Graupner, HIV & Strafrecht - Die Rechtslage in Österreich, 2009, S. 14).

Außerdem beobachtet Helmut Graupner in Auswertung der Verurteilungsstatistik, dass es einen Wandel beim Geschlecht der Angeklagten gibt: waren es früher vor allem Frauen (die oft der Sexarbeit nachgingen), die der Gefährdung der Gesundheit der Bevölkerung bezichtigt wurden, so sind es heute immer mehr (homosexuelle) Männer, die sich deshalb vor den Gerichten wieder finden. Eine Erklärung könnte darin zu finden sein, dass es heute wesentlich weniger stigmatisiert wird, gleichgeschlechtlichen Sex zu haben und sich daher mehr homosexuelle Männer zu einer Anzeige ihrer (zumeist ehemaligen) Sexualpartner entschließen.

Um wegen einer potentiellen Gefährdung der Volksgesundheit angeklagt zu werden, ist eine Übertragung des HI-Virus nicht Voraussetzung. Es gibt sogar Verurteilungen aus den frühen 1990ern, wo auch bei Verwendung eines Kondoms oder aufgrund eines Bisses Frauen, die mit HIV lebten, nach § 178 StGB verurteilt wurden (vgl. Hinterhofer, 2002, S. 2f), obwohl eine Übertragung auch schon damals medizinisch weitgehend ausgeschlossen werden konnte. Ebenso verhält es sich mit einer Verurteilung aufgrund der oralen Befriedigung nicht HIV-Infizierter durch einen Partner, der mit HIV lebt (vgl. ebenda S. 5). Außerdem gibt es zumindest eine Verurteilung, wo der Ehemann über die Erkrankung der Frau unterrichtet war und dennoch auf die Verwendung eines Kondoms verzichtete (vgl. ebenda, S. 3). Da es in dieser Rechtsmaterie nicht um den Schutz seiner individuellen Gesundheit geht, kommt es auf das Einverständnis des Mannes eben nicht an. Angeklagt wurde aber nur die Frau, die mit HIV lebt, und dies erscheint grob unfair.

Das geschützte Rechtsgut der §§ 178f StGB ist nicht die Verhinderung der Ansteckung einer einzelnen Person sondern die „Volksgesundheit“ (vgl. ebenda, S.8), der spezielle Zweck ist die Epidemie-Bekämpfung. Es handelt sich um abstrakte Gefährdungsdelikte, bei denen es gar nicht zu einer tatsächlichen Gefahr kommen muss, „zur Verwirklichung des Tatbestandes genügt vielmehr die typische Eignung eines bestimmten Verhaltens, eine konkrete Gefahr für die gesundheitliche Situation der Gesamtbevölkerung herbeizuführen.“ (ebenda).

UNAIDS, die WHO, die Grundrechteagentur der EU, die TeilnehmerInnen an der High Level Consultation, die Global Commission on HIV and the Law, viele Organisationen von Menschen, die mit HIV leben, sowie zahlreiche Menschenrechts-NGOs gehen davon aus, dass zum Schutz der Volksgesundheit das Strafgesetzbuch nicht das am besten geeignete Mittel ist. HIV-Epidemien werden vor allem aufgrund zahlreicher nicht diagnostizierter HIV-Infektionen angefacht, wenn Menschen weder eine moderne medizinische Behandlung bekommen können, die ihre Viruslast auf eine Höhe senkt, bei der keine Ansteckungen mehr möglich sind, noch aufgrund ihrer Unwissenheit in der Lage sind, für sich und ihre PartnerInnen die geeigneten Vorsichtsmaßnahmen treffen zu können. Auch dann, wenn es strafrechtlich naheliegend scheint, Probleme bekommen zu können, wenn jemand, der mit HIV lebt, seinen Status öffentlich macht, schafft das kein rechtliches und soziales Umfeld, in dem mit einer Infektion offen und ehrlich umgegangen werden wird, was ebenfalls zur Eindämmung der Epidemie hinderlich ist. Dazu führt Mary Crewe aus (Crewe, 2009, S. 282):

Should we, the question seemed to be, focus on the lives saved by traditional public health interventions albeit if these violate rights or focus on the rights that have been violated? Tactics adopted 150 years ago with cholera, leprosy and tuberculosis created a template for the responses to AIDS. Old mentalities and old ways of doing things remained remarkably consistent. Decisions about how to treat AIDS, and the subsequent violations of rights and dignity, were taken in accord with a deep public health ideology set in place during the last century and health is the last site where many people doubtful of the value of and skeptical of the need for human rights reside.

Diese Frage ist meiner Meinung nach leicht zu beantworten, denn der Schutz der Gesundheit und der Menschenrechte müssen sich nicht ausschließen, wie viele Beispiele weltweit zeigen. Der erfolgversprechendere Ansatz zum Schutz der Bevölkerung vor übertragbaren Krankheiten wie HIV ist es zweifellos, die Möglichkeiten der freiwilligen Früherkennung besser auszubauen, eventuell

bestehende Barrieren zum Gesundheitssystem zu eliminieren und jenen, die mit HIV leben, eine moderne medizinische Behandlung zu garantieren. Außerdem ist weiterhin daran zu arbeiten, dass besonders jene Menschen alle ihre Menschenrechte konsumieren können und dass Stigmatisierung und Diskriminierung Betroffener der Vergangenheit angehören. Besonders deutlich bringt es die Deklaration von Oslo, eine Erklärung der Zivilgesellschaft, deren VertreterInnen sich im Vorfeld der High Level Consultation getroffen haben um diese zu verfassen, über die Kriminalisierung von HIV auf den Punkt (Internationale Zivilgesellschaft, 2012, S. 2):

8. Strafgesetze ändern kein Verhalten, das tief in komplexen sozialen Gegebenheiten verwurzelt ist, besonders kein Verhalten, das auf sexuellem Verlangen basiert und durch HIV-bezogenes Stigma beeinflusst wird. [...] Solches Verhalten ist veränderbar durch Beratungs- und Unterstützungsangebote für Menschen mit HIV, die auf Gesunderhaltung, ein Leben in Würde und Empowerment zielen. [...]

Helmut Graupners Meinung nach hätte die Abschaffung (oder die Ausschaltung z.B. dadurch, dass laut Aidsgesetz Aids keine meldepflichtige Krankheit mehr sein müsste) der §§ 178 und 179 den Vorteil, dass einerseits die Strafbarkeit nicht mehr so extrem vorverlagert wäre (also dass die bloße abstrakte Gefahr der Übertragung und auch noch der Versuch davon strafbar ist) und dass zum Anderen bei Fahrlässigkeit die Strafbarkeit nur bei erfolgter Ansteckung gegeben wäre, bei Vorsatz hingegen nicht.

Den Empfehlungen der Commission on HIV and the Law könnte man seiner Meinung nach am besten so entgegenkommen, dass die §§ 178 und 179 auf absichtliche Ansteckung eingeschränkt und zudem bestimmt werden würde, dass im Bereich der Ansteckung mit Krankheiten die Körperverletzungsdelikte zugunsten dieses Spezialtatbestandes nicht mehr zur Anwendung kommen würden.

In den allermeisten Fällen ist es Geschlechtsverkehr, der als zugrundeliegende „Tat“ in Frage kommt. UNAIDS, die WHO, die Global Commission on HIV and the Law, die Grundrechteagentur sowie viele NGOs, die in diesem Bereich aktiv sind, rufen dazu auf, solche Bestimmungen des Strafgesetzes wirklich nur dann anzuwenden, wenn eine Übertragung des Virus bewusst und in böswilliger Absicht erfolgt ist und dies auch eindeutig nachweisbar ist. Für das österreichische Strafgesetz würde das eine Einschränkung der Strafbarkeit auf Absichtlichkeit (§ 5 Abs. 2. StGB) erfordern.

In diesem Zusammenhang ist auch zu beachten, dass sich Aids mittlerweile von einer tödlichen zu einer chronischen Krankheit gewandelt hat. Allerdings gehen die Meinungen darüber auseinander, ob es eine Krankheit mit schweren Dauerfolgen ist oder nicht, was für die Festsetzung des Strafrahmens von Relevanz ist. Zurzeit gibt es ein Urteil das sich auf ein Gutachten eines Sachverständigen stützt und das Aids als Krankheit mit schweren Dauerfolgen kategorisiert, weil eine lebenslange Therapie nötig ist und die Produkte bei manchen der PatientInnen zum Teil schwere Nebenwirkungen aufweisen. Nach Meinung von Helmut Graupner beruht dieses Gutachten auf einer falschen Expertise des Sachverständigen, da eine symptomlose HIV-Infektion zweifellos nicht mit einem schweren Leber- oder Nierenleiden vergleichbar sei, und dies zu einer falschen Einstufung als schwere Dauerfolge im Sinne des § 85 StGB und damit zu einer gesetzwidrig hohen Bestrafung in gegenständlichem Fall geführt hat.

Die Urteile, die aufgrund des Strafgesetzbuches zustande gekommen sind zeigen deutlich, dass viele keine wissenschaftlichen Erkenntnisse zur Übertragbarkeit des HI-Virus berücksichtigen. Dadurch, dass auch dann gestraft werden kann, wenn es zur Einhaltung der Safer-Sex-Regeln kommt, werden die Bemühungen der Gesundheitspolitik unterlaufen, da es ja vor Gericht egal scheint, ob man sich daran hält oder nicht.

Unter den Safer-Sex-Regeln werden unter anderem das sachgerechte Gebrauchen eines Kondoms oder Femidoms verstanden, weiter das Verwenden von wasserlöslichem Gleitmittel, bei oraler Befriedigung keine Ejakulation eines Mannes, der mit HIV lebt, in den Mund einer HIV-negativen Person, sowie die eingehaltene und durch einen Arzt kontrollierte antiretrovirale Therapie, die dazu führte, dass es seit zumindest sechs Monaten eine Viruslast gibt, die unter der Nachweisgrenze liegt und keine anderen STDs bestehen. Dieser letzte Punkt zur ART wurde ebenfalls durch die schon erwähnte Anfragebeantwortung bestätigt (vgl. Bandion-Ortner, 2000, S. 2).

Laut Helmut Graupner ist in der Judikatur die Straflosigkeit ausschließlich für den penilen Vaginalverkehr mit Kondom, für Zungenküsse und den Oralverkehr einer HIV-positiven Person an einem HIV-negativen Mann festgestellt (vgl. Graupner, 2009, S. 17). Mittlerweile gibt es auch schon diesbezügliche Judikatur im Falle von Sex

zwischen Personen, die mit HIV leben, sowie zur Senkung der Viruslast unter die Nachweisschwelle aufgrund von ART.

Statt also zu versuchen, HIV mit dem Strafgesetz einzudämmen, ist es erfolgversprechender, auf öffentliche Aufklärungs- und Sensibilisierungskampagnen zu setzen, die unterschiedliche Zielgruppen in ihrem jeweiligen Umfeld ansprechen und in einer Sprache verfasst sind, die von diesen verstanden wird. Das Wissen über die Möglichkeiten der Ansteckung und wie man sich davor schützen kann muss zum Allgemeinwissen werden und so präsent sein, dass es stärker wirkt als eventuelle Trends oder vermeintliche Coolness, gerade unter jungen Menschen.

Ebenso wichtig sind die Entstigmatisierung von Menschen, die mit HIV leben, und das Bemühen des Gesundheitssystems speziell um jene Gruppen, die einem besonderen Risiko ausgesetzt sind. Ein einfacher und barrierefreier Zugang zu freiwilligen und anonymen HIV-Tests, zu rascher Information, was bei einer positiven Testung zu tun ist und das greifbare und anwendbare Wissen, wie andere geschützt werden können, sind weitere Schlüssel zum Stoppen der Verbreitung des Virus. Die Unantastbarkeit der Würde und das Verwirklichen der Menschenrechte gerade jener, die mit HIV leben, sind dabei die Grundlage, auf der ein diskriminierungsfreier Umgang in allen Bereichen des täglichen Lebens ermöglicht wird.

Nicht zu vernachlässigen in diesem breiten Spektrum der Handlungsnotwendigkeiten ist die Überprüfung und gegebenenfalls Änderung vorhandener Gesetze. Was die §§ 178 und 179 des Strafgesetzbuchs betrifft, so wurde oben argumentiert, dass es geeignetere Mittel als die Anwendung dieses Gesetzes gibt, um eine HIV-Epidemie zu verhindern. Abgesehen von HIV werden die beiden Paragraphen auch noch gegen die abstrakte Gefährdung der Ausbreitung von Hepatitis C, Tuberkulose und Gonorrhoe angewandt (vgl. Graupner, 2009, S. 13). Über die Sinnhaftigkeit der Reaktion mit dem Strafgesetzbuch auf die mögliche Gefährdung der Volksgesundheit durch diese drei Krankheiten kann hier keine auf spezifische Untersuchungen beruhende Angabe gemacht werden, es liegt aber die Annahme nahe, dass es mehr Erfolg zeitigen würde, ebenso wie bei HIV, Alternativen zum Strafrecht zu suchen und den Schwerpunkt auf Aufklärung, Behandlung und Entstigmatisierung zu legen. In Betracht zu ziehen ist sicherlich die Frage, wie leicht die einzelnen anderen

Krankheiten übertragen werden können und wie es möglich ist, sich dagegen zu schützen.

Eine legislative Möglichkeit, §§ 178 und 179 StGB nicht weiter auf HIV anzuwenden, bestünde in einer Änderung des Aidsgesetzes, wo nun in §§ 2f eine anonymisierte Meldepflicht im Falle von Aids vorgesehen ist. Aufgrund wesentlich besserer statistischer Daten durch die halbjährliche Kohortenstudie, wofür auf freiwilliger Basis die Daten von sieben österreichischen HIV-Behandlungszentren zusammengespielt werden, ist eine anonymisierte Erfassung wie im Aidsgesetz vorgesehen, obsolet, um relevante wissenschaftliche Erkenntnisse zu finden. Durch Entfall der anonymen Meldepflicht würden §§ 178f nicht mehr auf HIV anwendbar sein. Denn dann wäre HIV nicht mehr eine „...Krankheit [, die] ihrer Art nach zu den wenn auch nur beschränkt anzeige- oder meldepflichtigen Krankheiten gehört“, wie im § 178 StGB vorgesehen. Allerdings wären bei Entfall der anonymen Meldung auch andere Konsequenzen, die für die PatientInnen momentan positiv sind, zu bedenken und neu zu regeln, wie etwa die Befreiung von Rezept- und Ambulanzgebühr, die nach geltender Gesetzeslage an die Meldepflicht gekoppelt sind.

Eine andere Möglichkeit, §§ 178f StGB für Menschen, die mit HIV leben, nicht mehr relevant zu machen, ist eine Reduktion in der oben zitierten Wortfolge auf „gesetzlich meldepflichtige Krankheiten“. Damit würden zwar die wenigen Fälle erfasst sein, in denen jemand mit dem Vollbild einer ausgebrochenen Aidskrankheit die öffentliche Gesundheit abstrakt gefährdet, nicht mehr aber wären all jene Menschen erfasst, die mit einer HIV Infektion leben und nicht die für Aids erforderliche Viruslast aufweisen. Mit einer solchen Regelung würde die Befreiung von Rezept- und Ambulanzgebühr aufrecht bleiben.

Helmut Graupner sieht in seinem Vortrag in Solothurn drei Möglichkeiten, wie mit den Problemen, die sich aus der Anwendung der §§ 178 und 179 auf HIV ergeben, umgegangen werden kann (Graupner, 2009, S. 20):

Streichung der §§ 178, 179 StGB

Einschränkung auf konkrete (tatsächliche) Gefährdung

Gesetzliche Klarstellung, dass die Befolgung von gesundheitspolitischen Verhaltensempfehlungen („Safer Sex Regeln“) nicht tatbestandsmässig ist.

Abgesehen von oben beschriebenen notwendigen Änderungen im Strafgesetzbuch gehört zur Aufgabe der Gesetzesbereinigung auch eine Regelung in der Strafprozessordnung, die – im Vorfeld politisch kaum diskutiert – bei der Novelle im Oktober 2011 durch einen Abänderungsantrag in zweiter Lesung zustande kam. In der Diskussion um die Terrorismusbekämpfung ging in der politischen Debatte völlig unter, dass es seit 1.1.2012 erlaubt ist, dass von Menschen, die unter Verdacht stehen, mit einer übertragbaren Krankheit wie HIV zu leben, zwangsweise Blut zur Testung abgenommen werden kann. Dies wird damit begründet, dass PolizistInnen, Gesundheitspersonal, Justizwachebeamte oder andere Berufsgruppen so schnell Sicherheit erlangen könnten ob sie nun auch an HIV erkranken können oder nicht, wenn sie von jemand gebissen, gekratzt, gestochen oder bespuckt werden.

So bestimmt nun der §123 Abs. 4 der StPO über die Zulässigkeit von körperlichen Untersuchungen:

(4) Operative Eingriffe und alle Eingriffe, die eine Gesundheitsschädigung von mehr als dreitägiger Dauer bewirken könnten, sind unzulässig. Andere Eingriffe dürfen vorgenommen werden, wenn die zu untersuchende Person nach vorheriger Aufklärung über die möglichen Folgen ausdrücklich zustimmt. Ohne Einwilligung des Betroffenen darf eine Blutabnahme oder ein vergleichbar geringfügiger Eingriff, bei dem der Eintritt von anderen als bloß unbedeutenden Folgen ausgeschlossen ist, vorgenommen werden, wenn

1. die Person im Verdacht steht,

a) eine Straftat nach § 178 StGB oder

b) eine Straftat gegen Leib und Leben durch Ausübung einer gefährlichen Tätigkeit in alkoholisiertem oder sonst durch ein berauschendes Mittel beeinträchtigtem Zustand begangen zu haben, oder

2. die körperliche Untersuchung des Beschuldigten zur Aufklärung einer mit mehr als fünf Jahren Freiheitsstrafe bedrohten Straftat oder eines Verbrechens nach dem 10. Abschnitt des Strafgesetzbuches erforderlich ist.

Begründet wurde dieser Abänderungsantrag zum Bericht des Justizausschusses 1422 d.B. über die Regierungsvorlage 674 d.B. wie folgt:

Die vorgeschlagene Erweiterung der Fälle einer Blutabnahme bliebe wirkungslos, wenn es der Kriminalpolizei nicht möglich wäre, diese auch unter den Bedingungen des §93 StPO mit verhältnismäßigen Zwangsmitteln (zwangsweise Vorführung zum Amtsarzt) durchzusetzen.

Otto Pendl, Sicherheitssprecher der SPÖ und treibende Kraft hinter dieser Änderung ging in der zweiten Lesung in seiner zu der Novelle des „Terrorismusbekämpfungspakets“ gehaltenen sehr kurzen Rede ausschließlich auf diese neue Möglichkeit der zwangsweisen Testung ein (Parlamentskorrespondenz, 2011, S. 314f):

Ein kleiner aber wichtiger Teil geht bei dieser Debatte sicher unter. Ich möchte mich diesem Teil widmen, nämlich der Strafprozessordnung, vor allem dem § 123. Die Regierungsfractionen haben ja in ihrem Regierungsprogramm aufgenommen, dass man statt dieser oft lange Monate andauernden Unsicherheit unserer Polizistinnen, Polizisten, Justizwachebeamtinnen und –beamten – allen, die in Einsätzen mit infiziertem Blut in Berührung kommen – Untersuchungen durchführt. [...] ich glaube, im Interesse unseres Personals, unserer Kolleginnen und Kollegen, ist das ein wichtiger Schritt in die richtige Richtung.

Diese neue Regelung ist neben juristischem vor allem medizinischer Unsinn: Denn erstens ist hinreichend wissenschaftlich nachgewiesen, dass in Spucke (wie auch Urin, Kot, Schweiß oder Tränenflüssigkeit) eines Menschen, der mit HIV lebt, viel zu wenige Viren sind, als dass eine Ansteckung praktisch erfolgen könnte. Selbst wenn es so wäre, dass der oder die Betroffene eine Injektionsnadel verwendet hätte, um beispielsweise einen Polizisten damit zu stechen, ist aufgrund der Untersuchung des Blutes des oder der Stechenden nicht klar, ob das Blut, das möglicherweise der Spritze angehaftet ist, seines bzw. ihres ist oder nicht und ob dieses mit dem HI-Virus belastet ist oder nicht. Es könnte also Sinn machen, die Spritze zu untersuchen, eine Blutuntersuchung der stechenden Person bringt keinerlei zielführende Erkenntnis.

Darüber hinaus kann eine Infektion des oder der Beißenden bzw. Stechenden möglicherweise noch gar nicht nachweisbar sein. Im Falle einer unwahrscheinlichen aber möglichen Ansteckung eines mit einer Spritze Gestochenen, macht es für den Schutz seiner Gesundheit wesentlich mehr Sinn, wenn innerhalb von 72 Stunden eine Postexpositionsprophylaxe eingenommen wird, ein Präparat, mit dem es zu einer vorbeugenden Behandlung nach dem vermuteten Kontakt mit dem Krankheitserreger kommt. Bei einer zwangsweisen Blutabnahme nach richterlichem Beschluss samt anschließender Einsendung der Blutprobe zwecks Testung braucht es wesentlich länger als 72 Stunden, bis ein Ergebnis vorliegt. Hat der oder die Gestochene die PEP bis dahin noch nicht eingenommen, ist es bei Vorliegen des –

wenn auch positiven – Ergebnisses zu spät, sich noch schützen zu können. Hat er oder sie die PEP bereits eingenommen, braucht man aus medizinischer Sicht das Ergebnis des Tests nicht mehr.

Juristisch ist diese Änderung in der Strafprozessordnung hinterfragbar, weil sie laut Expertise des Rechtskomitees Lambda der Judikatur des Verfassungsgerichtshofs widerspricht (Graupner, Rechtskomitee Lambda, 2012):

Bisher waren zwangsweise Blutabnahmen (bei nicht berauschten TäterInnen) nur bei Verdacht auf ein Sexualverbrechen oder auf ein (anderes) Verbrechen zulässig, das mit mehr als 5 Jahren Freiheitsstrafe bedroht ist.

Das ist seit 1. Jänner anders, obwohl der Verfassungsgerichtshof zwangsweise Blutabnahmen verbietet, weil niemand gezwungen werden darf, seinen Körper als Beweismittel gegen sich selbst zur Verfügung zu stellen. Die erste Beschwerde gegen die neue Befugnis der Kriminalpolizei liegt bereits beim Verfassungsgerichtshof.

Der Gesetzgeber könnte hier zeigen, dass der Stand der Wissenschaft auch an ihm nicht vorüber gegangen ist und diesen Passus ändern, bevor dies voraussichtlich vom Verfassungsgerichtshof verlangt werden wird.

5.2.3 Risk and Stigma – key populations: Prisoners

Als eine von sechs Bevölkerungsgruppen, die in Bezug auf ihre Menschenrechte besonders diskriminiert werden, besonders dann, wenn sie mit HIV leben, nimmt der Bericht der Global Commission on HIV and the Law die Gefangenen heraus. Als besondere Risikofaktoren nennt der Bericht das Tätowieren mit nicht sterilen Geräten, das Teilen von Injektionsnadeln und ungeschützten Sex was zu einer Gefahr, sich zu infizieren führt, die zwischen zwei und fünfzig Mal höher ist als außerhalb der Gefängnismauern. Als Faktoren, die besonders jenen Gefangenen zu schaffen machen, die mit HIV leben, werden Überbelag, Stress, schlechte Ernährung, Gewalt und der Drogenkonsum genannt, die dem Immunsystem zusetzen (vgl. Global Commission on HIV and the Law, 2012, S. 55). Gefangene sind wegen einer rechtswidrigen Tat zu einer Strafe verurteilt worden, die sie in Form von Freiheitsentzug verbüßen. Auch als Inhaftierte muss die Wahrung ihrer Würde, ihrer Rechte und ihrer Gleichwertigkeit als Mensch aufrechterhalten werden.

Es gibt eine Reihe von internationalen Abkommen, die die Einhaltung der Menschenrechte von Gefangenen zum Schwerpunkt haben, einige davon haben

einen speziellen Fokus auf solche, die mit HIV leben. Das älteste, das aufgrund seines Beschlusssdatums HIV noch nicht kennt, ist das Dokument über die „Mindestgrundsätze für die Behandlung der Gefangenen“, angenommen vom ersten Kongress der Vereinten Nationen für Verbrechensverhütung und die Behandlung Straffälliger im Jahr 1955. Der Gesundheitsfürsorge ist dort ein eigenes Kapitel gewidmet, in dem Mindeststandards für die gesundheitliche, psychiatrische, gynäkologische und pädiatrische Versorgung definiert werden. Wichtig erscheint in Hinblick auf die Garantie der Menschenrechte unter anderem die klare Rollenteilung zwischen Anstaltsarzt oder –ärztin und GefängnisleiterIn. Speziell für Strafgefangene gibt es eigene Leitprinzipien, die auch auf solche, die mit HIV leben, Anwendung finden (VN, 1955):

62. Der ärztliche Dienst in der Anstalt muß bestrebt sein, alle körperlichen oder geistigen Erkrankungen oder Mängel, die der Wiedereingliederung eines Gefangenen hinderlich sein können, festzustellen und zu behandeln. Zu diesem Zweck müssen alle notwendigen ärztlichen, chirurgischen und psychiatrischen Einrichtungen zur Verfügung stehen.

Dieser Gedanke kann als Grundlage für die Vorbereitung auf die Entlassung dienen, wo nicht nur die Frage der guten medizinischen Einstellung und lückenloser Behandlung von großer Bedeutung ist, sondern auch das auf richtigen Informationen basierende Verhalten sowohl desjenigen, der mit HIV entlassen wird, als auch seines familiären und sozialen Umfelds, damit es weder zu einer weiteren Übertragung von HIV kommt, noch zu zusätzlicher Stigmatisierung als sie auch Strafantlassene ohne Krankheit zu ertragen haben.

Als schon spezifisch auf die Interessen und den Schutz von Häftlingen, die mit HIV leben, eingehendes Dokument mit der regional weitreichendsten Grundlage sind hier die „WHO guidelines on HIV infection and AIDS in Prisons“ aus dem Jahr 1993 zu nennen. Diese nennen als Prinzipien unter anderem das Recht auf Gesundheitsvorsorge und sehen (wie auch alle anderen noch zu nennenden Dokumente) vor, dass die Betreuung von Menschen die mit HIV im Gefängnis leben, auf demselben medizinischen Stand sein muss, wie die aller anderer Betroffenen im jeweiligen Staat, aber für Gefängnisse eigene, passende Programme zu entwickeln sind. Sehr konkret wird dann der vierte Punkt der Prinzipien, der klare Maßnahmen der Risikominimierung (harm reduction) als Präventionsmaßnahme nennt (WHO guidelines on HIV infection and AIDS in Prisons (electronic version), 1999, S. 4):

4. Preventive measures for HIV/AIDS in prison should be complementary to and compatible with those in the community. Preventive measures should also be based on risk behaviours actually occurring in prisons, notably needle sharing among injecting drug users and unprotected sexual intercourse. Information and education provided to prisoners should aim to promote realistically achievable changes in attitudes and risk behaviour, both while in prison and after release.

Wichtig erscheint auch der Ansatz in diesem Dokument, möglichst viele Stakeholder in das Ausarbeiten von spezifischen Programmen für die Aidsprävention einzubeziehen, wobei die Gefangenen ebenso genannt werden wie NGOs, das Gefängnispersonal und die Administration (vgl. ebenda). Das Prinzip von GIPA, dem Greater Involvement of People living with Aids, liegt möglicherweise in Gefängnissen noch weniger auf der Hand wie bei der Mitbestimmung von Betroffenen bei der Erstellung von Programmen in der Welt außerhalb. Trotzdem gilt hier wie da (Piot, Timberlake, & Sigurdson, 2009, S. 334):

Many challenges remain to make the „GIPA principle” meaningful and real, but it nonetheless represents a radical departure from treating ill people as passive victims and recipients of charity, GIPA is a major human right and health accomplishment, embracing the principle of non-discrimination, participation and inclusion. At the same time, it has demonstrated that empowered actors are the ones who can best improve their health and that of their communities.

Weiter legt die WHO fest, dass auch in Gefängnissen HIV Tests freiwillig durchgeführt werden sollen, erzwungene Tests werden als unethisch und uneffektiv angesehen (vgl. WHO guidelines on HIV infection and AIDS in Prisons (electronic version), 1999, S. 5). Ein großer Schwerpunkt wird auf die Prävention gelegt, die sowohl die Information über HIV umfasst, die in verständlicher Sprache zugänglich sein soll, und als Infektionswege speziell sexuelle Kontakte und den Gebrauch von Injektionsnadeln für den Drogenkonsum nennt (vgl. ebenda, S. 5f). Daher sollen einerseits Kondome einfach zugänglich sein und gewaltsames Sexualverhalten verhindert werden, etwa durch ausreichend geschultes Personal und Programme für Arbeit und Freizeit. Andererseits spielt beim Drogengebrauch neben der Information über die möglichen Infektionswege durch geteilte Spritzen auch das Angebot an Substitutions- und Ausstiegsprogrammen aus der Sucht eine große Rolle. Zum Spritzentausch bzw. zur Desinfektion derselben spricht das WHO Dokument schon Anfang der 1990 eine sehr klare und fortschrittliche Sprache, und definiert einen Standard, der in Österreich in Gefängnissen nicht erreicht ist. Andrea Moser-Riebniger, Leiterin der Abteilung Betreuung in der Vollzugsdirektion bestätigt, dass es in ganz Österreich in keinem einzigen Gefängnis ein Programm zum Tausch von

Spritzen gibt. Durchaus aber gibt es solche in Einrichtungen der Drogenprävention für Nicht-Inhaftierte, was ja auch für Inhaftierte der Maßstab sein sollte (ebenda, S. 6):

24. In countries where bleach is available to injecting drug users in the community, diluted bleach (e.g. sodium hypochlorite solution) or another effective viricidal agent, together with specific detailed instructions on cleaning injecting equipment, should be made available in prisons housing injecting drug users or where tattooing or skin piercing occurs. In countries where clean syringes and needles are made available to injecting drug users in the community, consideration should be given to providing clean injecting equipment during detention and on release to prisoners who request this.

Das WHO Dokument verweist auf die Unsinnigkeit, Häftlinge, die mit HIV leben, zu isolieren, zu segregieren oder sie von Aktivitäten auszuschließen und betont die Wichtigkeit der Vertraulichkeit im Umgang mit dem HIV Status durch das Gesundheitspersonal in den Gefängnissen. Es unterstreicht die Wichtigkeit des Zugangs zu moderner Behandlung auf dem gleichen Level wie für Menschen, die mit HIV leben und nicht inhaftiert sind, erwähnt die Möglichkeit einer Ko-Infektion mit Tuberkulose und geht auf die speziellen Bedürfnisse von weiblichen, jugendlichen und ausländischen Häftlingen ein, die vor HIV zu schützen sind bzw. setzt Standards für jene, die mit HIV leben. Ein besonderes Augenmerk wird auf die Zeit vor und nach der Entlassung gelegt, wo besonders ein sensibles soziales Umfeld geschaffen werden soll, das sowohl die Integration fördern, als auch Verhalten, das die Weitergabe des Virus bewirken könnte, verhindern soll. Um all diesen Anforderungen in entsprechender Weise nachkommen zu können, sind sowohl ausreichend Ressourcen als auch weitere Evaluierung nötig (vgl. ebenda, S. 6ff). Die WHO Richtlinien gingen in Form des Erlasses ZI. 53301/29-V4/93 an alle Justizanstalten.

Die Empfehlung des Ministerkomitees des Europarates betreffend Europäischen Verhaltenskodex für Strafvollzugspersonal von April 2012 ist ein weiterer wichtiger Puzzlestein in der Gesamtschau der Gewährung der Menschenrechte gerade für inhaftierte Menschen, die mit HIV leben. Der Schutz und die Wahrung der Menschenwürde werden in einem eigenen Kapitel angesprochen, wo es unter anderem heißt (Europarat Ministerkomitee, 2012, S. 2)

11. Im täglichen Arbeitsablauf soll das Strafvollzugspersonal die Menschenwürde aller Personen schützen und die Menschenrechte bewahren.

Im Abschnitt über die Betreuung und Hilfestellung für Häftlingsgruppen mit bestimmten Bedürfnissen, gibt es eine Kategorie „die sonst eine besondere Betreuung benötigen“ (ebenda, S. 3), die für Häftlinge, die mit HIV leben, herangezogen werden kann. Nicht jedoch finden sie sich im betreffenden Text zur Anti-Diskriminierung, wo „wegen Geschlechts, Alters, ethnischer Zugehörigkeit, Hautfarbe, Sprache, Religion, politischer Meinung, nationaler oder sozialer Herkunft, Verbindung mit einer nationalen Minderheit, Besitz, Geburt oder Stand oder wegen des inkriminierten Deliktes“ (ebenda, S. 4) nicht diskriminiert werden darf, aber die sonst in vielen Dokumenten verwendete Auffangsformulierung „sonstiger Status“ nicht vorkommt. Streng genommen findet sich in diesem Verhaltenskodex für Gefängnispersonal also keine Grundlage für die Nicht-Diskriminierung von Gefangenen, die mit HIV leben, was verwundert. Für HIV positive Gefangene von großer Relevanz ist die Aufforderung, dass die ärztliche Verschwiegenheitspflicht sowie die Datenschutzbestimmungen eingehalten werden müssen.

Als letztes internationales Dokument möchte ich die Europäischen Richtlinien zu HIV/AIDS und Hepatitis in Gefängnissen beleuchten, die auch in Form eines Erlasses des Justizministeriums unter anderem an alle Justizanstalten ergangen ist. Diese Richtlinien wurden vom Europäischen Netzwerk zur Prävention von HIV und Hepatitis in Gefängnissen im Jahr 1999 erarbeitet und verfolgen die Herangehensweise, dass Inhaftierte allen anderen BürgerInnen gleichwertig sind und auf freiwilliger Basis Zugang zu allen Präventions- und Betreuungseinrichtungen haben sollen (vgl. WHO Europe, 1999, S. 1).

Ebenso herausgestrichen wird die Notwendigkeit von Information und Aufklärung sowie die Freiwilligkeit und Vertraulichkeit der Testung. Es wird auf Maßnahmen der harm reduction, in diesem Papier Schadensminimierung genannt, eingegangen, wobei besonders der Satz: „Es muss anerkannt werden, dass es immer Gefangene geben wird, die im Gefängnis in den Besitz von Drogen kommen.“ einen Sachverhalt beschreibt, bei dem das Eingeständnis dieser Tatsache durch die Verantwortlichen besonders schwierig erscheint. Nur so ist es zu erklären, dass es real keine der sodann beschriebenen Pilotprojekte zu Sprizentauschprogrammen in österreichischen Gefängnissen gibt (ebenda, S. 3). Die Richtlinien geben vor, dass

es spezielle Anreize dafür geben soll, dass Häftlinge Behandlungsprogramme beginnen, die sie von ihrer Drogensucht befreien sollen, auch die Möglichkeit für Substitutionsprogramme soll es geben.

Kondome und Gleitmittel sollen leicht, anonym und kostenlos verfügbar sein, da evident ist, dass es in Gefängnissen heterosexuellen und homosexuellen Geschlechtsverkehr gibt (vgl. ebenda, S. 4). Für eheliche Besuche soll es Räume im Gefängnis geben, „wo Geschlechtsverkehr unter menschenwürdigen und sicheren Bedingungen ermöglicht wird“.

Schließlich gehen die Richtlinien noch auf das Problem ein, dass vor allem MigrantInnen in Gefängnissen oft mit HIV und Hepatitis leben. Informationen, die für sie verständlich sind, haben eine große Wichtigkeit. Auch Hepatitis-Tests sollen angeboten werden, aber ebenfalls für alle freiwillig sein. Schließlich gehen die Richtlinien noch auf die wichtige Rolle der MitarbeiterInnen ein, was Gesundheitsfragen betrifft, und laden zum Informationsaustausch und dem Erstellen von klaren Handlungsanleitungen ein. Angesprochen wird auch die Frage der Prävention bei Ausgängen oder vor der Entlassung, wo beispielsweise ebenfalls Kondome zur Verfügung zu stellen sind. Abschließend wird auf die Notwendigkeit hingewiesen, anonyme HIV Screenings durchzuführen, um einen wissenschaftlich fundierten Überblick über die Situation von Häftlingen, die in Europa mit HIV leben, zu erhalten (vgl. ebenda, S. 4ff).

Wie erwähnt, ging diese Richtlinie in Form eines Erlasses an alle Justizanstalten. Dies ist wichtig, was die Information über die aktuellen Standards zum Umgang mit Inhaftierten, die mit HIV leben, betrifft, doch entsteht der Eindruck, dass mit der Verbreitung dieser Handlungsanweisungen an die einzelnen Organisationseinheiten in den Justizanstalten und an den arbeitsmedizinischen Dienst die falsche Zielgruppe angesprochen worden ist. Es ist zu bezweifeln, dass ohne „politischer Rückendeckung von oben“ ein Anstaltsleiter oder eine Anstaltsleiterin auf eigene Faust ein Pilotprogramm etwa für den Spriztentausch organisiert. Auch viele andere wichtige und richtige Inhalte können kaum im Alleingang von einzelnen Justizanstalten umgesetzt werden. Um wirklich auf den in diesen Leitlinien angesprochenen Standard zu kommen, bedürfte es stärkeren politischen Vorgaben

als denen eines Erlasses. Selbiges gilt inhaltlich für den Erlass zu den WHO Richtlinien.

Andere Erlässe, die in Verbindung mit HIV an Justizanstalten gegangen sind, treffen viel eher deren Kompetenzbereich. So geht es z.B. um das Verbot der Öffentlichmachung von Erkrankungen von Gefangenen auf leicht einsehbaren Stellen, wie Personalakten oder Hafträumen, nachdem es dazu offensichtlich Beschwerden gegeben hatte (vgl. Neider D. , 1995). Solche Beschriftungen verstoßen laut diesem Erlass sowohl gegen den §121 StGB als auch gegen den §26 des Ärztegesetzes. Außerdem wird damit argumentiert, dass alle Justizwachebeamte in allen Fällen Vorsichtsmaßnahmen treffen sollten und nicht nur bei jenen Häftlingen, wo eine Erkrankung bereits bekannt sei.

Ein anderer Erlass über die Verwendung von Sicherheitscodes geht in die gleiche Richtung – den Schutz der Privatsphäre von Häftlingen unter den gegebenen Umständen. So sollen solche Codes einerseits dazu dienen, sich schnell einen Überblick über bestimmte Problemfelder zu verschaffen, auch wenn der Häftling dem Justizwachepersonal nicht näher bekannt ist (vgl. Drexler, 2005, S. 2). Es gibt Sicherheitscodes für ansteckende und chronische Krankheiten, die ausschließlich dem Schutz der Gefangenen dienen sollen. „Die Bekanntgabe, um welche konkreten Gefahren es sich handelt, ist im Rahmen der Festlegung des Sicherheitscodes nicht erforderlich, [...]“ (ebenda).

Ein weiterer Erlass geht auf die Einnahme einer postexpositionellen Prophylaxe im Falle einer beruflichen Exposition von HIV ein. Dabei wird auf eine Publikation von Univ. Prof. Dr. Jörg Pont zu diesem Thema hingewiesen, das allen Justizbediensteten nachweislich auszufolgen ist (vgl. Neider M. , 1999) und das entsprechende Informationsblatt in allen Anstaltsordinationen jederzeit griffbereit sein muss. In diesem ist geregelt, in welchen Fällen eine PEP empfohlen wird und wie lange diese einzunehmen ist.

Es gibt auch einen Erlass zum Umgang mit Nadeln – aber nicht mit solchen, die die Gefangenen benützen, sondern mit solchen, die vom Arzt oder der Ärztin gebraucht wurden und der Frage, wie diese dann so zu entsorgen sind, dass für das

Reinigungspersonal keine Gefahr besteht, sich damit zu stechen und um sicherzustellen, dass Häftlinge nicht an solche gebrauchte Nadeln kommen können.

Was Datenschutz und Vertraulichkeit betrifft, kann in österreichischen Gefängnissen von hohen Standards ausgegangen werden. So bestätigt mir Brigitte Schmied, die alle drei Monate als Fachärztin in der größten österreichischen Strafanstalt, in Stein, jene etwa 20 Gefangenen behandelt, die dort mit HIV leben, dass Gesundheitsakten von reinen Strafvollzugsakten vollkommen getrennt sind und sie beispielsweise nicht weiß, warum jemand verurteilt wurde, wenn sie es nicht von ihm selbst erzählt bekommt. Das hat aber beispielsweise auch den Nachteil, dass sie als Ärztin keine Informationen darüber hat, wann eine Entlassung ansteht oder wie lange jemand noch in der Justizanstalt sein wird, was aber für manche medizinische Entscheidungen gut zu wissen wäre. So ist z.B. eine Hepatitis-Therapie besser in Freiheit als in Gefangenschaft zu machen. Bei nur noch kurzer Haft kann es also sinnvoller sein, ein paar Monate zu warten, bevor damit begonnen wird.

Wenn eine Hepatitis-Therapie notwendig ist oder wäre löst Brigitte Schmied das so, dass sie den Patienten fragt, wann seine Entlassung voraussichtlich sein wird. So bekommt sie die nötige Information direkt vom Betroffenen, was entsprechend dem Datenschutz problemlos ist. Wenn die Entlassung dann in absehbarer Zeit bevorsteht, bespricht sie mit dem Patienten, was ihm lieber ist – sofortiger Beginn oder erst nach der Entlassung. Die Entscheidungen fallen unterschiedlich aus. Wenn eine Therapie in Haft begonnen wird, wird sie anschließend auswärts weitergeführt.

Brigitte Schmied kann auch darüber berichten, dass internationale Vorgaben über die Freiwilligkeit einer Therapie durchaus eingehalten werden. Zwar berät sie die Patienten in Stein welche Therapie unter welchen Umständen am besten wäre, will jedoch ein Häftling – aus welchem Grund auch immer – nicht behandelt werden, so wird dies respektiert. Wenn Behandlungen oder Untersuchungen außerhalb des Gefängnisses nötig sind, so können diese in Spitälern der Umgebung durchgeführt werden; gleiches gilt, wenn eine stationäre Aufnahme nötig ist. In jedem Fall gibt es auch die Möglichkeit, eine Behandlung im OWS oder im AKH durchzuführen. Im OWS gibt es zwei Zimmer, die für Häftlinge umgebaut worden sind, die eine Bewachung benötigen, d.h. es gibt vergitterte Fenster (an den Jugendstilbau angepasst, so dass man Gitter nicht sieht), die Möglichkeit der Überwachung mittels

einer Kamera und vor diesen Zimmern ist ein kleiner Raum mit Monitor für die WachebeamtInnenen. Die Räumlichkeiten wurden vor vielen Jahren entsprechend adaptiert um zu gewährleisten, dass auch bewachungsbedürftige Häftlinge eine entsprechend qualifizierte HIV- oder Aids-Betreuung haben.

Nach Einschätzung von Brigitte Schmied ist die Behandlung von Menschen, die in Haft mit HIV leben, genauso gut wie die für alle anderen Betroffenen. Bei Neuerungen im Medikamenten-Bereich ist die Justizwacheanstalt in Stein z.B. flotter beim Reagieren als die Krankenkassen. Diese verhalten sich oft zögerlicher bei der Bewilligung neu zugelassener Medikamente, was für ÄrztIn oder PatientIn bedeutet, dass Briefe geschrieben werden müssen mit der Begründung, wieso nun das neue Medikament benötigt wird. Letztendlich funktioniert es nach den Berichten von Brigitte Schmied zwar immer, zu dem neueren Medikament zu kommen, es ist aber in den ersten Monaten nach Zulassung immer sehr mühsam, bis sich alles neu eingespielt hat und die Krankenkassen die Bewilligung erklären. Nachdem die Justizanstalten die Medikamente selbst bezahlen begrüßen sie es natürlich sehr, wenn ein neues und kostengünstigeres Medikament verfügbar ist und sind mit der Verwendung daher oft flotter, als andere Stellen.

Ihrem persönlichen Erleben nach haben ihre inhaftierten PatientInnen einen besseren gesundheitlichen Allgemeinzustand als die in Freiheit lebenden, was sich beispielsweise an wesentlich besseren Blutfettwerten festmachen lässt. Brigitte Schmied schränkt aber ein, dass es dafür keine wissenschaftlich untermauerten Daten gibt, es handelt sich lediglich um ihre eigene Erfahrung.

Der Zugang zu Kondomen ist in unterschiedlichen Gefängnissen jeweils anders geregelt. Üblicherweise bekommen männliche Inhaftierte bei Haftantritt einen kleinen Plastikbeutel mit zwei Kondomen, Gleitcreme und einer mehrsprachigen, mit Piktogrammen versehenen Gebrauchsanweisung. In vielen Fällen ist es möglich, Kondome bei der Krankenschwester oder dem Gesundheitsdienst im Gefängnis zu verlangen und man bekommt gratis so viele man will. Clemens Becker, Justizwachebeamter in der Justizanstalt Simmering erzählt, dass manche Gefängnisse davon abgekommen sind, Boxen zum Zugreifen aufzustellen, weil von den Häftlingen die Präservative auch „missbräuchlich“ verwendet wurden, beispielsweise als Wasserbomben oder Luftballons.

Leider nicht so einfach ist der Zugang zu sauberen Injektionsnadeln. Oft wird ein und dieselbe Spritze, im Osten Österreichs als „Stockpumpn“ bezeichnet, über längere Zeit von vielen Häftlingen verwendet, womit eine Übertragung von HIV leicht möglich wird. Bei meinen Recherchen stieß ich in Österreich auf kein einziges Pilotprojekt, wo Nadeln offiziell getauscht werden konnten. In Deutschland etwa gibt es trotz nachgewiesener wissenschaftlicher Erfolge in sieben Haftanstalten, die solche Pilotprojekte durchführten, nur noch die Frauenhaftanstalt Lichtenberg in Berlin, wo sterile Spritzen und Nadeln erhältlich sind (vgl. Knorr, S. 32). Daniela Stark von der Aidshilfe Berlin vermutet den Grund für die Beendigung der Pilotprojekte in den Justizwacheanstalten für Männer in der Angst der Justizwachebeschäftigten, dass Männer, wenn sie in den Besitz von Spritzen kommen, diese eher in aggressiver Weise als Waffe gegen das Personal oder untereinander gebrauchen könnten, als das bei den inhaftierten Frauen angenommen wird.

Es gibt Fälle, wo Häftlinge auch vom Anstaltsarzt eine Injektionsnadel und Spritze bekommen, trotzdem besitzen sie dann – begründet mit dem § 20 des Strafvollzugsgesetzes, also dem Ziel, Inhaftierte abzuhalten, „schädlichen Neigungen nachzugehen“ und dem Auftrag, sie „sonstigen Beschränkungen ihrer Lebensführung zu unterwerfen und erzieherisch zu beeinflussen“ – einen für sie verbotenen Gegenstand und wenn dieser gefunden wird, haben sie mit Sanktionen zu rechnen, wie etwa dem Wegfall von Hafterleichterungen.

Wenn – wie in allen zitierten einschlägigen Dokumenten vorgesehen – die medizinische Versorgung und die Standards (bis auf die Tatsache, dass Häftlingen temporär und auf richterliche Anordnung die Freiheit entzogen wird) für BewohnerInnen von Haftanstalten gleich zu sein haben und es in der „Welt draußen“ die Möglichkeit zum Spritzentausch gibt, dann müssten die gleichen Konditionen auch innerhalb der Gefängnismauern gelten. Rainer Pöhl von der Justizanstalt Favoriten geht davon aus, dass in den Gefängnissen innerhalb der EU zehn bis 60 Prozent der Inhaftierten Drogen gebrauchen und in Österreich etwa 13 % der inhaftierten DrogenkonsumentInnen mit HIV leben (vgl. Pöhl, 2006, S. 12f).

Das Dilemma im Falle von harm reduction bei DrogenkonsumentInnen ist, dass sie widerrechtlich handeln, wenn sie verbotene Substanzen injizieren (in Freiheit ebenso wie im Gefängnis) und dass die Gesellschaft durch Einrichtungen, die den Tausch

von Spritzen anbietet, eingesteht, dass dieser Gesetzesbruch besteht und konsequenter Weise Rahmenbedingungen schafft, als dass eine Infizierung mit HIV und anderen Krankheiten durch solche Einrichtungen auf ein Minimum reduziert werden soll. Nach Meinung wahrscheinlich der überwiegenden Mehrzahl der Bevölkerung wird damit ein nicht gesetzeskonformes Verhalten auf den ersten Blick toleriert, ja es wird sogar quasi „Beihilfe“ geleistet.

Wirklich steckt die Einsicht hinter solchen Angeboten, dass Drogenkonsum bei allen Verboten leider real existiert und auch existieren würde, gäbe es solche Einrichtungen nicht. Mit Angeboten zum Spritzentausch kann man den Suchtkranken nicht nur helfen, eine HIV Infektion möglichst hintanzuhalten; indem sie in Einrichtungen kommen, wo kompetent Hilfe und Information über Ausstieg aus der Drogensucht angeboten werden kann, gibt es wenigstens die Möglichkeit, diese Menschen durch die öffentliche Hand erreichen zu können. Dies erhöht die Chance, dass sie sich aus ihrem Schicksal befreien können beträchtlich und bietet ihnen die Möglichkeit, einen Weg in Richtung Suchtfreiheit und Gesundheit einschlagen zu können. So bietet etwa das „jedmayer“¹⁸ seit Juli 2012 nicht nur Spritzentausch sondern auch ein Tageszentrum, Notschlafstellen, ein Ambulatorium für medizinische Hilfe und Sozialberatung an.

Justizwachebeamter Clemens Becker bezweifelt aus seiner langjährigen beruflichen Erfahrung in der Justizanstalt Simmering, dass ein Spritzentausch wirklich praktisch zu handhaben ist. In der Berliner Frauenhaftanstalt Lichtenberg steht dafür nach Schilderungen von Daniela Stark von der Aidshilfe Berlin einfach ein unscheinbarer, kleiner Kasten, in den die Inhaftierten einfach oben die gebrauchte Spritze hineinstecken, dann an einer Kurbel drehen, worauf die eingesteckte Spritze verschwindet und unten eine neue, sterile herauskommt. Augenscheinlich funktioniert diese Methode seit mehreren Jahren ohne Probleme.

In Freiheit ist es nicht verboten, Spritzen zu besitzen, man kann sie in jeder Apotheke erwerben. Wenn die wissenschaftliche Einsicht besteht, dass geteilte Nadeln ein gefährlicher potentieller Überträger des HI-Virus (und noch viel mehr von Hepatitis) sind, wenn klar ist, dass Gefängnisse keine drogenfreien Zonen sind und ganz im Gegenteil viele inhaftierte Menschen ein Suchtproblem auch in Haft haben, dann

¹⁸ als Nachfolgeeinrichtung des „Ganslwirts“.

wäre die logische Konsequenz, politische Rahmenbedingungen zu schaffen, die den Spritzentausch in Gefängnissen ermöglichen und auch weitere Maßnahmen im Sinne einer harm reduction anzubieten.

Die im Vorfeld der internationalen Aidskonferenz in Wien im Jahr 2012 entstandene „Wiener Erklärung“ geht auf die Erfordernisse einer wissenschaftlich fundierten harm reduction ein, fordert in diesem Zusammenhang aber auch, die Grenzen und schädlichen Auswirkungen des „War on Drugs“ zu akzeptieren und eine durch Kriminalisierung geschaffene Barriere zu effektiver HIV-Prävention sowie –Therapie und –Versorgung zu beseitigen (vgl. International AIDS Society, 2010, S. 1f). Es gibt keinen Beweis dafür, dass härtere Strafverfolgung den Drogenkonsum spürbar senkt, immer mehr Menschen in immer mehr Ländern injizieren Drogen, vor allem Frauen und Kinder. In manchen Ländern Ost- und Zentralasiens ist der Drogenkonsum für bis zu 80% der HIV Neuinfektionen verantwortlich, vor allem unter inhaftierten DrogenkonsumentInnen. Die Wiener Erklärung fordert abschließend, Gelder aus dem nicht erfolgreichen internationalen Kampf gegen Drogen dorthin umzuleiten, wo sie wirklich wirksam sind: „zur Durchführung und Evaluierung evidenzbasierter Prävention, Kontrolle, Behandlung und Maßnahmen zur Schadensminimierung.“ (ebenda, S. 3).

Die Global Commission on HIV and the Law definiert harm reduction als Programme zur Verringerung jener Gefahren, die mit dem Gebrauch von illegalen Drogen einhergehen (vgl. Global Commission on HIV and the Law, 2012, S. 30). Sie sollen helfen, die Gesundheit der DrogenkonsumentInnen zu erhalten wie auch die ihres sozialen Umfelds. Zu den Maßnahmen der harm reduction laut des Berichts der Global Commission gehören (ebenda):

- *Clean-needle and syringe programmes*
- *Opioid substitution therapy and other evidence-based drug dependence treatment*
- *HIV testing and counseling*
- *Antiretroviral therapy*

- *Prevention and treatment of STIs*
- *Condom distribution*
- *Targeted information and education*
- *Vaccination, diagnosis and treatment of viral hepatitis*
- *Prevention, diagnosis and treatment of tuberculosis*

Bis auf den Spritzentausch habe ich bei meinen Gesprächen mit Ärztin Brigitte Schmied und Justizwachebeamten Clemens Becker den Eindruck gewonnen, dass alle anderen Maßnahmen zur Wahrung der Menschenrechte in den österreichischen Gefängnissen überwiegend funktionieren. Sogar, wenn ausländische Häftlinge ihre weitere Strafe im Heimatland absitzen und dort nach der Überstellung keine ART angeboten wird, gibt es Unterstützung von vormaligen in österreichischen Gefängnissen behandelnden ÄrztInnen in Form von nachgesendeten Befunden und Unterlagen, damit die Therapie – sofern in diesen Ländern verfügbar – ohne Unterbrechung fortgesetzt werden kann, wie mir Brigitte Schmied versicherte. Sabine Lex von der Aidshilfe Wien weiß allerdings von Fällen aus anderen Justizanstalten zu berichten, wo Häftlinge nicht immer die gleichen Medikamente bekommen haben und sie ist sich nicht sicher, ob die Versorgung wirklich gut ist. Gerade in Zeiten, wo auch in der Justiz das Budget sehr knapp ist, ist sie nicht sicher, ob nicht manchmal an der falschen Stelle gespart wird. Als besonders positives Beispiel streicht sie die Justizanstalt Wien-Favoriten heraus, wo sehr viele Gefangene an Hepatitis C leiden und aufgrund des Engagements aller Beschäftigten die Betreuung und Therapie auf einem hohen Level sind.

Über sexuelle Gewalt in Haftanstalten – ein weiterer relevanter Verbreitungsweg von HIV – gibt es keine Daten. Clemens Becker weiß aus seiner beruflichen Praxis, dass es unter Langzeithaftierten öfter homosexuelle Paare gibt, über gewaltsam erzwungenen Sexualkontakt ist ihm zumindest in der Justizanstalt Simmering nichts bekannt. Falls gewaltsame sexuelle Übergriffe vorkommen sollten, würde dem Opfer selbstverständlich medizinische und psychologische Hilfe angeboten und gegen den Täter eine Anzeige erstattet werden.

5.2.4 Gender and Disempowerment

Wie in Nordamerika und Europa ist auch in Österreich die Mehrzahl der Menschen, die mit HIV leben, männlich. Die Feminisierung der Epidemie ist ein Phänomen, das vor allem in den Entwicklungsländern eine große Rolle spielt, denn 98% der HIV-positiven Frauen leben in Entwicklungsländern (vgl. Global Commission on HIV and the Law, 2012, S. 62ff), wofür die Global Commission on HIV and the Law sehr manifeste Gründe gefunden hat. Abgesehen von der größeren Verwundbarkeit aufgrund physiologischer Gründe werden Frauen vor allem infiziert, weil sie sozial, aufgrund von Tradition und von Gesetzen diskriminiert werden. Viele dieser Gründe spielen in Österreich keine Rolle (mehr), so sind Frauen und Männer gesetzlich durchgehend gleichgestellt, können etwa in gleicher Weise eine Erbschaft antreten und Land besitzen, es gibt keine Polygamie und keine Verheiratung von Kindern, Frauen haben den selben Versicherungsschutz und somit den selben Zugang zu medizinischer Versorgung und vor dem Gesetz sind sie vor (häuslicher) Gewalt geschützt. Die Exponiertheit gegenüber der Infizierung mit HIV ist auch eine Frage von nicht offensichtlicher Diskriminierung, Geschlechterungleichheit und ökonomischer Ungerechtigkeit, wie Peter Piot, Susan Timberlake und Jason Sigurdson ausführen (Piot, Timberlake, & Sigurdson, 2009, S. 331):

Because of how Human Immunodeficiency Virus (HIV) is transmitted, whom it affects, and the devastation it wreaks, Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS) has challenged societies to confront some of their greatest prejudices, fears and injustices. These relate not only to the obvious issues of sex, sexual orientation and drug use, but also to issues frequently kept under the table – discrimination, gender inequality and economic inequality.

Es ist evident, dass aufgrund struktureller Benachteiligung von Frauen etwa beim sozialen Status, beim Verdienst sowie den Karrieremöglichkeiten und vor allem, was sexuelle Gewalt betrifft, auch in Österreich große Unterschiede zwischen den Geschlechtern existieren. In den seltensten Fällen liegt die Ungleichbehandlung in gesetzlichen Normen oder fehlenden Regelungen begründet. Gerade im Gewaltschutz beispielsweise spielt Österreich sogar eine internationale Vorreiterrolle mit der Handhabe, Gewalttäter der Wohnung verweisen und ein weiteres Betretungsverbot aussprechen zu können. Diese Möglichkeiten werden durch Polizei und Gerichte auch wirklich angewandt und die Zusammenarbeit mit Gewaltschutzzentren, Frauenhäusern und anderen einschlägigen Einrichtungen, wie etwa der Männerberatung, funktioniert dem Vernehmen nach sehr gut.

Allerdings konnten Männer bis 1975 darüber bestimmen, ob sie ihren Ehefrauen erlaubten, berufstätig zu sein, die Frau musste dort wohnen, wo der Mann wohnen wollte. Vergewaltigung in der Ehe wurde erst mit der Novelle des Strafgesetzbuchs im Jahr 1989 strafbar, seit 2004 ist es ein Officialdelikt und wird auch dann verfolgt, wenn die Frau keine Anzeige macht.

Österreich verfügt über ein recht umfangreiches und fundiertes Verbot der weiblichen Genitalverstümmelung, eine Menschenrechtsverletzung, die Frauen körperlich sehr anfällig für die Übertragung des HI-Virus macht. FGM ist in Österreich auch verboten, wenn das Mädchen der Verstümmelung zustimmt, die Tat ist ebenso strafbar, wenn sie im Ausland begangen wird und die Verjährungsfrist beginnt erst mit der Volljährigkeit des Opfers.

Aufgrund einer EU-Regelung ist seit Juni 2012 im Bereich des internationalen Privatrechts für Menschen, die aus dem muslimischen Rechts- und Kulturkreis kommen, das Anerkennen des Verheiratetseins mit mehreren Frauen stark eingeschränkt. Schon bisher wurde das Aussprechen der einseitigen Verstoßungsscheidung durch den Mann nur unter sehr eingeschränkten Bedingungen von österreichischen Gerichten akzeptiert.

Seit Jänner 2010 wird im Mutter-Kind-Pass ein gratis HIV Test für die Mutter angeboten, dieser ist nicht verpflichtend. Laut Fabian Fußeis aus dem Kabinett des Gesundheitsministers ist der HIV-Test Teil eines größeren Paketes von Untersuchungen, die prinzipiell gemacht werden müssen, damit es einen Anspruch auf den vollen Bezug des Kinderbetreuungsgeldes gibt. Falls eine Frau den Test allerdings verweigert, dann wird der Arzt oder die Ärztin dies dokumentieren, aber trotzdem den Stempel für dieses Untersuchungspaket geben, weil der HIV Test eben nur einen kleinen Teil davon ausmacht. Der Leistungsanspruch bleibt also gewahrt und es besteht keine Verpflichtung zu dem HIV-Test, was in allen internationalen Dokumenten so gefordert ist. Etwa 80.000 Tests sind seither im Rahmen der Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen durchgeführt worden.

Lola Fleck von der Aidshilfe Steiermark weiß allerdings von Fällen zu berichten, wo Ärztinnen und Ärzte, wenn Frauen im Zuge der Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen positiv auf HIV getestet worden sind, mit dieser Information alles andere als diskret

umgegangen sind: so wurde auf das Deckblatt des Mutter-Kind-Passes ein großes rotes Plus aufgemalt oder das Testergebnis wurde gut sichtbar in das Dokument geklebt. Der offensichtliche Vermerk des Testergebnisses stellt eine Diskriminierung dar und muss sowohl durch Information der Ärzte, Ärztinnen und des Klinikpersonals als auch mit Androhung rechtlicher Konsequenzen abgestellt werden.

Die Untersuchungen im Mutter-Kind-Pass sind auch für nicht-versicherte Frauen kostenlos und bieten die Gelegenheit zur Beratung, auch im Falle einer Frau, die mit HIV lebt, wie sie die bestmögliche Behandlung bekommen und die Übertragung auf ihr Kind verhindern kann. Brigitte Schmied schätzt aus ihrer medizinischen Praxis, dass bei etwa der Hälfte der Frauen, die mit HIV leben, dies im Zuge der Untersuchungen in der Schwangerschaft entdeckt wurde und die betroffenen Frauen ohne dieser möglicherweise noch lange weitere Zeit nichts von ihrer Infizierung gewusst hätten. Seit 1997 haben etwa 200 Frauen, die mit HIV leben, in Österreich ein Kind zur Welt gebracht, in den allermeisten Fällen ohne, dass es zu einer Übertragung des HI-Virus auf das Kind gekommen ist.

Nachholbedarf besteht generell im Bereich der genderspezifischen Forschung, vor allem was Datenerhebung und die Entwicklung von HIV-Medikamenten betrifft, die wie oft in der Medizin bei den Geschlechtern unterschiedlich wirken und verschiedene Nebenwirkungen hervorrufen können. So kann es zum Beispiel zu Wechselwirkungen von HIV-spezifischen Medikamenten mit Präparaten für die Empfängnisverhütung kommen. Auch die Forschung an Mikobioziden, die einmal einen Impfschutz für Frauen vor der Infizierung mit HIV bieten könnten, ist notwendig. Diese Herausforderungen sind durchaus auf einer europäischen oder internationalen Ebene besser bewältigbar als auf nationalstaatlicher, trotzdem besteht eine moralische und international-solidarische Verpflichtung für Österreich, hier auch einen ressourcenmäßigen Beitrag zu leisten. Internationale Forschungsplattformen, die mit staatlichen Mitteln dotiert werden, können hierzu eine gute Basis sein.

Die Tatsache, dass auch in Österreich im Schnitt jede vierte bis fünfte Frau zumindest einmal im Leben das Opfer von sexueller Gewalt wird¹⁹ zeigt deutlich auf, dass mit guten Gesetzen alleine kein Auslangen zu finden ist, um Frauen vor den

¹⁹ Weltweit geht man sogar von einem Anteil von 70% von Frauen aus, die zumindest einmal in ihrem Leben Opfer von Gewalt werden.

Angreifern, die sich in den allermeisten Fällen im Kreise der Familie oder Bekannten bewegen, effektiv zu schützen. Dazu ist Bewusstseins- und Präventionsarbeit nötig, die schon im Kindergarten beginnen muss. Es geht dabei um das Überwinden von tradierten Geschlechterrollen, um das gewaltlose Austragen von Konflikten und um Respekt vor dem Anderen. Das Training von Selbstbewusstsein der Burschen wie der Mädchen und das Vermitteln von Werten, über die sie sich definieren können ohne dabei anderen zu schaden, sind ebenfalls ein wichtiger Beitrag.

Hand in Hand mit dem Schutz vor Gewalt geht auch – genauso wie in Entwicklungsländern – die Möglichkeit von Frauen einher, ein ökonomisch und sozial selbstbestimmtes Leben zu führen, sich die SexualpartnerInnen aussuchen zu können, in einer gesellschaftlichen Position zu sein, um über die Konditionen bei einem Geschlechtsverkehr verhandeln zu können, gegebenenfalls auf die Verwendung eines Kondoms oder Femidoms zu bestehen und sich so vor sexuell übertragbaren Krankheiten schützen zu können. Eine wichtige Voraussetzung für ein solches Empowerment ist, nicht von jemandem anderen finanziell oder psychisch abhängig zu sein. Was als Beispiel in Entwicklungsländern sehr eindringlich ist, gilt also genauso in reichen Ländern wie Österreich: eine gute Ausbildung ermöglicht gute, bezahlte Arbeit, die wiederum Voraussetzung für ein unabhängiges Leben ist, welches hilfreich dafür ist, dass Sexualkontakte selbstbestimmt und gewaltfrei stattfinden. Bildung, auch das Wissen über die Übertragbarkeit von HIV, ist also ein wichtiger Schlüssel im Kampf gegen die Immunschwächekrankheit.

Ein für Frauen, die mit HIV leben, strafrechtlich relevanter Bereich ist die Gefahr, als Mutter das Virus während der Schwangerschaft, der Geburt oder des Stillens an das Neugeborene weiterzugeben. Es ist wichtig, Frauen die mit HIV leben, nicht in ihren sexuellen und reproduktiven Rechten zu beschränken²⁰ und es spricht aus medizinischer Sicht kaum etwas dagegen, dass Mütter mit erfolgreicher antiretroviraler Behandlung gesunde Kinder zur Welt bringen, wenn einige Vorsichtsmaßnahmen betrachtet werden. Bei Nichtbeachtung der medizinischen Anweisungen und im Falle der Übertragung des Virus auf das Neugeborene, gibt es auch in Österreich (sehr wenige) Fälle, wo Mütter wegen (schwerer) Körperverletzung verurteilt wurden.

²⁰ In Namibia etwa werden Frauen, die mit HIV leben, gegen ihren Willen zwangssterilisiert.

In den Medien für Aufregung gesorgt hat etwa jener Fall einer 42jährigen Steirerin, die leugnete, an Aids erkrankt zu sein, daher jede medizinische Behandlung während der Schwangerschaft mit ihrem vierten Kind ablehnte und das Virus bei der Hausgeburt oder beim Stillen auf ihr Neugeborenes übertrug (vgl. ORF Steiermark, 2012). Zum Zeitpunkt des Prozesses im März 2012 war bei der dreijährigen Tochter Aids voll ausgebrochen, das Sorgerecht war der Mutter entzogen. Bei den drei davor geborenen Kindern hatte die Mutter, die bereits seit 20 Jahren mit HIV lebte, sehr wohl medizinische Vorsorgemaßnahmen getroffen. Nun aber stritt sie die Richtigkeit von Studien ab, die die Wahrscheinlichkeit auf sieben Prozent schätzen²¹, dass bei korrekter antiretroviraler Behandlung, Kaiserschnitt und Verzicht auf das Stillen ein Neugeborenes mit HIV infiziert wird. Sie begründete dies damit, dass diese Studien (die von der US Gesundheitsbehörde stammen), von jenen Pharmafirmen bezahlt werden würden, welche die dabei verwendeten Medikamente herstellen und deswegen nicht glaubhaft seien. Sie wurde wegen schwerer Körperverletzung, Verbreitung einer übertragbaren Krankheit und Verleumdung zu 14 Monaten bedingter Haft verurteilt (vgl. ebenda).

Wenn auch das Urteil in Anbetracht des Schutzes des besten Interesses des Kindes nachvollziehbar ist und die Mutter offensichtlich wirklich verantwortungslos gegenüber ihrer Tochter gehandelt hat, so ist jeder Fall, in dem HIV auf das Kind übertragen wird, ein Fall zu viel. Auch bei der vertikalen Übertragung von HIV ist die Prävention durch die Aufklärung, die Entstigmatisierung und das Anbieten maßgeschneiderter Betreuungsmöglichkeiten sicher die bessere Möglichkeit eine Ansteckung zu verhindern, als die Bestrafung der Mutter im Nachhinein und das Hoffen auf abschreckende Wirkung bei anderen.

Besonders wichtig scheint mir die Tatsache, dass es in Österreich keine Beschränkungen per se für Menschen, die mit HIV leben, gibt, Eltern zu werden. Auch wenn sie eine künstliche Befruchtung brauchen, weil sie sich sonst den Kinderwunsch nicht erfüllen können, gibt es für sie im IVF-Fonds-Gesetz die gleichen rechtlichen Möglichkeiten der Kostenübernahme durch die öffentliche Hand wie für Eltern, die gesund sind (vgl. Sonnenberg-Schwan, 2012, S. 23ff). Hier gibt es also keinerlei Beschneidung ihrer sexuellen und reproduktiven Rechte. Dass sie ihre Rolle

²¹ Andere Quellen schätzen das Risiko der Übertragung auf unter 2% bzw. sogar auf unter 1% ein.

als Eltern, die mit HIV leben, auch diskriminierungsfrei ausleben können, ist Gegenstand anderer Gesetze, vor allem aber der Bekämpfung des sozialen Aids und des Vorhandenseins einer aufgeklärten Gesellschaft, die die Menschenrechte der Betroffenen achtet.

5.2.5 Children and Youth

Kinder und Jugendliche können von HIV oder Aids in mehrfacher Hinsicht betroffen sein. Entweder sie haben einen oder mehrere Familienmitglieder an die Krankheit verloren, im extremsten Fall sind sie Aidswaisen (die sich in Entwicklungsländern oft um ihre kleineren Geschwister kümmern müssen). Oder sie wurden während der Schwangerschaft ihrer Mutter, bei ihrer Geburt oder durch das Stillen mit dem HI-Virus infiziert, ebenso kann es vorkommen, dass sie durch sexuelle Übergriffe in ihrer Kindheit infiziert worden sind. Eine weitere Betroffenheit liegt vor, wenn Kinder aus Familien kommen, in denen jemand mit HIV lebt und sie aufgrund dessen Diskriminierung erfahren, etwa weil seitens der Schule oder des Kindergartens bzw. der KinderärztInnen regelmäßige Untersuchungen verlangt werden, die nachweisen sollen, dass sie nicht auch mit dem Virus infiziert sind. Außerdem können Jugendliche als sexuell selbst aktive Menschen mit HIV konfrontiert werden. Dabei ist es wichtig, dass sie richtige Informationen bei der Hand haben, sie eine tabufreie sexuelle Aufklärung genossen haben und sie niederschwellige Zugänge zu Mitteln haben, um sich vor einer Ansteckung schützen zu können. Außerdem besteht das Problem, dass es für Kinder nur wenig Medizin in Saftform sowie keine gut abgestimmten Medikamente gibt, weil die meisten vor allem an erwachsenen Männern entwickelt worden sind.

Weder die Übertragung von den Eltern auf das Kind noch das Schicksal als Aidswaisen spielen in Österreich mengenmäßig eine bedeutende Rolle. Was die Diskriminierung in Schule, Hort oder Kindergarten betrifft, verweise ich auf die Überlegungen im Kapitel 4.3.1. zur Möglichkeit, die Gleichbehandlungsgesetze der Bundesländer um das geschützte Rechtsgut Gesundheit zu erweitern. Was die Frage der passenden Medikamente betrifft, gelten die Überlegungen zur frauenspezifischen Forschung in der Pharmaindustrie für Kinder und Jugendliche ebenso. Aus entwicklungspolitischer Sicht wäre noch zu erwähnen, dass Kinder, die mit HIV leben, immer noch in wesentlich geringerem Ausmaß Zugang zu ART haben, als das

bei Erwachsenen der Fall ist, sei es als Generikum oder als Originalmedikament. Sexuell aktive Jugendliche sind außerdem aus physiologischen Gründen besonders empfänglich für eine HIV Infektion.

Das für Österreich wohl relevanteste Thema ist die Frage der Sexualaufklärung generell und über HIV sowie andere sexuell übertragbare Krankheiten in der Schule und im außerschulischen Bereich im Speziellen. Frank Amort, unabhängiger Konsulent zu HIV und Aids, weist im Statement der Zivilgesellschaft zum Country Progress Report UNAIDS 2012 darauf hin (vgl. Elisabeth Anna Resch, 2012, S. 4), dass im internationalen Vergleich die Jugendpräventionsarbeit in Österreich finanziell nicht gut ausgestattet ist. Die Österreichische Gesellschaft für Familienplanung kritisiert, dass trotz Verankerung der Sexualerziehung im Lehrplan der Unterricht dazu zu wünschen lässt (vgl. ebenda, S. 5). VertreterInnen des Instituts für Sexualpädagogik regen an, dass SchulärztInnen eine wichtige Rolle als Vertrauenspersonen spielen sollten, wo junge Menschen niederschwellig Information und Beistand finden könnten, vor allem am Land (vgl. ebenda, S. 6).

Strukturierte Aufklärung über HIV findet in Österreich vor allem über die Schulen statt, hier allerdings nicht unbedingt flächendeckend und auf einheitlichem Niveau. Im Lehrplan für die Hauptschulen sind einige Bildungsbereiche beschrieben, darunter der Bereich Gesundheit und Bewegung, wo sehr allgemein festgehalten wird (BMUKK, Verordnung des Bundesministers für Unterricht und kulturelle Angelegenheiten über die Lehrpläne der Hauptschulen, 2012, S. 6f):

Unter Bewusstmachung der Verantwortung für den eigenen Körper ist körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden zu fördern. Die Schülerinnen und Schüler sind zu unterstützen, einen gesundheitsbewussten und gegenüber der Umwelt und Mitwelt verantwortlichen Lebensstil zu entwickeln. Im Sinne eines ganzheitlichen Gesundheitsbegriffs ist ein Beitrag zur gesundheits- und bewegungsfördernden Lebensgestaltung zu leisten.

Im Vordergrund stehen dabei die Förderung von motorischen und sensorischen Fähigkeiten, wobei den Schülerinnen und Schülern Kompetenz für eine bewegungsorientierte Gestaltung ihrer Freizeit auch im Hinblick auf einen späteren Ausgleich zur beruflichen Beanspruchung zu vermitteln ist. Durch die Auseinandersetzung mit Gesundheitsthemen wie Ernährung, Sexualität, Suchtprävention, Stress ist sowohl das körperliche als auch das psychosoziale Wohlbefinden zu fördern.

Dies ist eine sehr breit interpretierbare Grundlage für das Eingehen auf HIV und es kann vermutet werden, dass es sehr auf die Geneigtheit des Lehrpersonals

ankommt, wie intensiv, wie sensibel und mit welcher Schwerpunktsetzung auf die Gefahr der Übertragung von HIV eingegangen wird.

Für das Unterrichtsfach Biologie und Umweltkunde sind über die gesamte Dauer von vier Jahren in der Hauptschule in Summe sieben bis zwölf Wochenstunden vorgesehen, je nachdem, wie schulautonom ein Schwerpunkt gesetzt wird, nur sieben Stunden, wenn es keine solche Schwerpunktsetzung gibt. Für die dritte und vierte Klasse ist vorgesehen, sich unter anderem mit

Sexualität: Unter Einbeziehung der Interessen der Schülerinnen und Schüler sind folgende Themen zu behandeln: Sexualität als biologisches, psychologisches und soziales Phänomen, Empfängnisregelung, Schwangerschaft, Geburt; AIDS-Prophylaxe.

(ebenda, S. 64) zu befassen. Dies ist natürlich ein sehr enger Blick auf das Problem mit bloß einem biologischen Fokus und wie diese Befassung mit dem Thema gestaltet wird, ist sehr von den Unterrichtenden abhängig. Die Frage, wie man Menschen, die mit HIV leben, vorurteilsfrei und offen begegnet, ist weniger leicht im Lehrplan festzumachen. Der Lehrplaninhalt der 4. Klasse in Geografie und Wirtschaftskunde (ebenda, S. 48) erwähnt zwar „Bereitschaft anbahnen, sich mit „dem Anderen“ vorurteilsfrei auseinander zu setzen“, meint damit wohl aber vor allem Menschen mit Migrationshintergrund.

Der Lehrplan der AHS Unterstufe für Biologie sieht für die zweite Klasse die Auseinandersetzung mit HIV und Sexualität vor (BMUKK, Lehrpläne - allgemeinbildende höhere Schulen, 2006, S. 42):

Immunsystem des Menschen

- Einblicke in die grundlegende Funktionsweise des Immunsystems gewinnen und die Auswirkungen von Störungen erkennen (Allergien, AIDS ua.)

Sexualität

- Verständnis von Sexualität als biologisches, psychologisches und soziales Phänomen vertiefen und zu einem verantwortungsbewussten Umgang mit Sexualität anregen (Sexualethik); [...]

Seit 1970 existiert ein Grundsatzterlass zur Sexualerziehung in der Schule, dessen allgemeine Grundsätze bis heute gelten und die mehrmals wiederverlautbart wurden. Darin wird davon ausgegangen, dass Sexualerziehung im Elternhaus stattfindet und die Schule dazu ergänzendes und vertiefendes Wissen anbietet. Real wichtig

erscheint der Satz (Haller, 1994, S. 2): „Wo es zweckmäßig und notwendig erscheint, können auch außerschulische Fachleute beigezogen werden.“ Weiter geht der Erlass darauf ein, dass Sexualerziehung fächerübergreifend unterrichtet werden soll, Themen daraus wenn passend angesprochen werden sollen und die Koedukation dafür aufgehoben werden kann. Ziel ist, dass Sexualität als „positiver Aspekt unseres Menschseins erfahrbar wird“ (ebenda, S. 3). Zur Bearbeitung des Themas sind LehrerInnenarbeitsgemeinschaften zu gründen, um Methodik und Didaktik für die LehrerInnenfortbildung zu erarbeiten und es wird auf die im sogenannten „Sexkoffer“ vorhandenen Materialien hingewiesen (vgl. ebenda, S. 4).

Der Erlass führt eine Menge von aufwändigen schuladministrativen Anforderungen an, die vor der Durchführung eines Projekts zum Thema Sexualität vom Lehrpersonal berücksichtigt werden müssen. Beinahe die Hälfte des Erlasses bezieht sich auf die Absicherung durch mögliche Kritik von außen, auf Besprechungen, das Einholen von Einwilligungen und vielem mehr (vgl. Haller, 1994, S. 3f). Eigentlich sollte zu Beginn eines jeden Schuljahres in einer „Lehrerkonferenz“ die „Gesamtplanung der Sexualerziehung“ geklärt werden. In dieser wäre ein „Plan“ für mögliche „Elternabende“ zu entwickeln. Zuständig für die Koordination ist der/die DirektorIn. Darüber hinaus liegt es in den Händen der KlassenlehrerInnen, sich untereinander abzustimmen und diese Ergebnisse in „Klassenkonferenzen“ zur Sprache zu bringen. Neben den Eltern und den LehrerInnen kommt überdies der „Schulgemeinschaft“, „als Forum des Zusammenwirkens von LehrerInnen, SchülerInnen und Erziehungsberechtigten (...) im Bereich der schulischen Sexualerziehung erhöhte Verantwortung zu“. So sollte schulische Sexualerziehung Thema in „Klassenelternberatungen“, „im Elternvereinen“, im „Klassen- und Schulforum“ und im „Schulgemeinschaftsausschuss“ werden (vgl. ebenda). Fachleute, wie Sabine Ziegelwanger, die für die ÖGF in Schulen solche Workshops durchführen, kritisieren diesen schuladministrativen Hürdenlauf. Demnach wäre die Nichtkenntnis des Erlasses auf LehrerInnenseite laut Ziegelwanger gar nicht einmal schlecht, denn ansonsten würde er viele LehrerInnen davon abhalten, sexualpädagogische Projekte an ihrer Schule durchzuführen.

Dieser Erlass bietet wie erwähnt die Grundlage für die Möglichkeit, dass Fachleute zur Sexualerziehung in die Schulen eingeladen werden können. Auch wenn HIV in diesem Erlass wörtlich nicht vorkommt, wird dieses Thema unter die

Sexualerziehung subsumiert und dazu Fachleute eingeladen. Dies wird für den Spezialbereich HIV vor allem von den Aidshilfen wahrgenommen, breitere Information über sexuelle und reproduktive Gesundheit wird auch von der Österreichischen Gesellschaft für Familienplanung angeboten, die in ihrer Arbeit auch auf sexuell übertragbare Krankheiten eingeht.

Deborah Klingler-Katschnig, in der Aidshilfe Wien für die HIV/AIDS-und STD-Präventionsarbeit im Bereich der Jugendlichen verantwortlich, organisiert die Ausbildung jener, die in den Schulen Workshops anbieten sowie die Abhaltung der Workshops in den interessierten Schulen an sich. Sie kann berichten, dass zumindest in Wien, Niederösterreich und dem Burgenland die allermeisten dieser Workshops in Hauptschulen, Kooperativen Mittelschulen und Polytechnischen Lehrgängen stattfinden, wesentlich weniger im außerschulischen Bereich. Zwischen 30 und 40 ReferentInnen, die von der Aidshilfe Wien ausgewählt, in 40 Stunden ausgebildet wurden und wovon die meist schon eine einschlägige Vorbildung haben, erreichen jährlich etwa 6000 SchülerInnen in diesen drei Bundesländern, hauptsächlich aber in Wien. Vom selbstgesteckten Ziel, dass alle SchülerInnen zumindest einmal in ihrem Leben einen solchen Workshop durchlaufen sollten, ist man aufgrund von Kapazitäts- und Finanzierungsproblemen in der Aidshilfe Wien weit entfernt. Ohne Bewerbung, eher durch Mundpropaganda, sind jetzt schon alle ReferentInnen ausgelastet und trotz eines Kostenbeitrags von € 44,-- pro Stunde ist dieses Angebot für die Aidshilfe nicht kostendeckend, weil die meisten Schulen das Budget dafür nicht aufbringen können. Die Aidshilfe Wien wird seitens öffentlicher Stellen vom Gesundheitsministerium und der Stadt Wien subventioniert. Da in Niederösterreich und dem Burgenland als einzige zwei Bundesländer in Österreich keine eigenen Aidshilfen existieren, wird dieses Gebiet von der Aidshilfe Wien mitbetreut, was zum Teil sehr weite Anfahrtswege mit sich bringt.

Prinzipien der Arbeit in diesen zweistündigen Workshops sind laut Deborah Klingler-Katschnig, dass die etwa 14jährigen Burschen und Mädchen nach Geschlechtern getrennt werden, maximal 15 SchülerInnen pro Vortragender oder Vortragendem mit jeweils dem gleichen Geschlecht teilnehmen und Lehrpersonal nicht anwesend ist. Die Arbeit mit Jugendlichen kann anstrengend sein, der Vorteil an den Workshops in der Schule ist, dass die Jugendlichen aber wirklich erreicht werden. Natürlich ist es wichtig, den Jugendlichen nicht ausschließlich die gefährdenden Situationen in ihrem

Liebesleben aufzuzeigen, sondern auch die lustvollen Aspekte zu betonen. Nur wer sich schützen kann und früh genug ausreichende Informationen dazu erhält, kann ein lustvolles und entspanntes sexuelles Leben führen. Diesbezüglich ist es wesentlich, dass Jugendliche informiert und entängstigt sowie zu „Eigenverantwortung und Selbstwirksamkeit“ angeleitet werden.

In der außerschulischen Jugendarbeit ist dies nicht so einfach, weil es oft einen Gruppendruck in die Gegenrichtung gibt. So wird ein Workshop zu HIV im Jugendzentrum von einigen BesucherInnen als „ur-peinlich“ empfunden, viele junge Menschen meinen, sie „haben das nicht nötig“ und wenn andere daran teilnehmen würden, „dann wäre eh alles klar, warum sie das brauchen“. Aufgrund dieser Erfahrungen werden nun Überlegungen angestellt, ob es nicht effektiver wäre, die JugendarbeiterInnen direkt als MultiplikatorInnen zu diesem Thema auszubilden, weil diese einen leichteren und maßgeschneiderten Zugang zu den Jugendlichen finden können, mit denen sie regelmäßig zu tun haben.

Gerade im Jahr 2010, in dem die internationale Aidskonferenz in Wien stattgefunden hat, haben sich viele Einrichtungen des Vereins Wiener Jugendzentren mit HIV beschäftigt und dazu Projekte im Rahmen einer Aktion „Meine Stimme gegen Aids“ durchgeführt. Dabei wurde etwa ein Designwettbewerb für Kondom-Verpackungen ausgerufen, es wurden Ansteck-Buttons produziert und durch das Verkaufen derselben Spenden für das Aidshilfehaus gesammelt, als Zeichen der Solidarität mit Menschen, die mit HIV leben.

Andere Möglichkeiten für die Aidshilfe Wien, junge Menschen mit dem Thema HIV zu konfrontieren, finden sich noch in Firmgruppen, im Berufsorientierungs-Kontext, bei Jugendgesundheittagen und bei Infoständen, wo aber die Qualität und die Intensität der Workshops nicht erreicht werden können. Ein besonders wertvolles Event in diesem Zusammenhang sind die Jugendsporttage der Gewerkschaftsjugend und die Berufsinformations- und Studienmesse, weil es sonst sehr schwer ist, an Lehrlinge bzw. so viele Jugendliche auf einmal heranzukommen. Wichtige KooperationspartnerInnen für die Aidshilfe Wien sind laut Deborah Klingler-Katschnig Schulärztinnen und LehrerInnen, für beide Zielgruppen gibt es ein Handbuch, wie das Thema HIV am besten anzusprechen und in die Schule zu bringen ist.

Außerdem wird gerade an einer Broschüre für Eltern gearbeitet um ihnen Ideen zu geben, wie HIV daheim thematisiert werden kann.

Nach Einschätzung von Deborah Klingler-Katschnig stehen junge Menschen heute unter einem großen sexuellen Leistungsdruck. Die Informationen, die ihnen zugänglich sind, sind von sehr unterschiedlicher Qualität, sie beziehen sie vor allem über das Internet, über Pornofilme sowie einschlägige Zeitschriften und werden so mit einer weitgehend vorgeformten Sexualität konfrontiert, die sie glauben, auch „performen“ zu müssen. Sie haben zum Teil auch eine sehr überzogene Vorstellung von der Gefährlichkeit von HIV, allerdings fehlt in den meisten Fällen dann das Ziehen der logischen Konsequenz, nämlich das Verwenden von Kondomen beim Geschlechtsverkehr. Bei jungen Burschen gewinnt das Kondom – früher vor allem als Liebestöter tituliert – allerdings gegenwärtig etwas an Ansehen, ist es doch das einzige Mittel, wie sie selbst sicher sein können, nicht Vater zu werden.

Die Kondombeschaffung ist für Jugendliche generell nicht einfach, am besten funktioniert sie dann, wenn man das Präservativ schweigend aufs Förderband legen und bezahlen kann und nicht darüber kommunizieren muss. Femidome sind bei Jugendlichen überhaupt kein Thema, sie sind zu selten verfügbar und zu teuer. Da sie selten gekauft werden, müssen sie von Apotheken auf Verlangen extra vorbestellt werden, damit nicht aufgrund der langen Lagerung das Material ermüdet und sie somit nicht mehr sicher sind. Mit etwa vier Euro pro Stück kosten sie das Vielfache von Kondomen, für die selten mehr als ein Euro verlangt wird.

In den Köpfen vieler Jugendlicher, vor allem Burschen, scheint HIV noch sehr mit den Risikogruppen der 1980er konnotiert zu sein: Aids ist eine „Krankheit von Schwulen und von Fixern“, das sind sie selbst nicht, darum trifft sie auch kein Risiko. Mädchen haben oft Angst, dass sie als „billig“ gesehen werden, wenn sie Kondome mit sich haben: sie hätten es dann ja nur auf Sex angelegt. Daher werden sie dann oft nicht verwendet, auch wenn sie verfügbar wären. Aufgrund dieser Einstellungsmuster wird laut Deborah Klingler-Katschnig daher in den Workshops vor allem darauf eingegangen, was sich Jugendliche selbst wert sind, was ihnen ihre Gesundheit wert ist und wie sie für sich selbst Verantwortung übernehmen können, ohne sich von stereotypen Rollenbildern beeinflussen zu lassen. Schwieriger zu arbeiten ist es hier mit Burschen und Mädchen, die aufgrund ihrer Religion oder

anderer Vorbehalte einen Widerwillen gegen die Thematisierung von Sex aufbringen und vom Glauben oder der Kultur her Einschränkungen erfahren, sich beispielsweise mit der Handhabung von Kondomen zu beschäftigen.

Die Aidshilfe Wien arbeitet vor allem mit zwei Foldern, die sich zum Thema HIV an Jugendliche richten, diese sind beispielsweise auch in der Wiener Jugendinfo erhältlich. Gemeinsam planen die beiden Einrichtungen, im Jahr 2013 eine Plakatkampagne zu lancieren, die sich an Jugendliche richten und die Verwendung von Kondomen verstärken soll.

Das Wissen von Jugendlichen über HIV ist sehr abstrakt, sie sind von dem Alter, in dem die meisten Infektionen stattfinden, also zwischen 25 und 35 Jahren, noch „weit“ entfernt. Viele nehmen irrtümlich an, dass Aids heilbar wäre, dass es eh eine Impfung gibt oder dass man dann halt einfach eine Tablette nehmen muss, um die Krankheit in Schach zu halten. Viele – vor allem Mädchen – sind anfangs sehr ambitioniert, verlangen vom neuen Freund einen HIV-Test vor dem ersten Geschlechtsverkehr, sind dann aber schnell demotiviert, weiterhin konsequent zu bleiben, wenn sie erfahren, dass es ein diagnostisches Fenster gibt, und sie weiterhin drei Monate Kondome verwenden müssen, bis sie durch einen neuerlichen Test absolute Sicherheit haben können, dass sie und ihr Partner nicht mit HIV leben. Deborah Klingler-Katschnig beschreibt das Sexualleben von jungen Menschen als „serielle Monogamie“, sie sind einander treu, haben aber eher oft sehr kurze Beziehungen, davon mehrere hintereinander und viele sind überrascht über die Visualisierung ihres „Beziehungsbaumes“, also der Darstellung, mit wie vielen anderen PartnerInnen ihre jetzigen auch schon Geschlechtsverkehr gehabt haben und wie schnell sie eine Infektion treffen könnte, wenn nur einer davon mit HIV lebt.

Sowohl Deborah Klingler-Katschnig als auch Sabine Ziegelwanger treten für die Überarbeitung des Erlasses zur Sexualaufklärung ein. Dafür müssten ExpertInnen einbezogen werden, die mit den (zuständigen) Lehrpersonen kooperieren. Laut Sabine Ziegelwanger ist in den letzten Jahren eine Menge an professioneller Expertise dazu entstanden, diese gilt es zu nutzen. Bei jenen Fachleuten, die die sexuelle und reproduktive Gesundheit im Fokus ihrer Workshops in Schulen haben, läuft HIV als inkludiertes Thema mit. Beide haben die Erfahrung gemacht, dass die ausschließliche Befassung mit HIV manchmal zu Unlust führen kann und das Reden

darüber punktuell sogar auf Ablehnung stößt. Daher halten sie es für besser, es in Kombination mit Sexualität allgemein zu setzen, wo dann auch sexuell übertragbare Krankheiten vorkommen, aber doch insgesamt ein positiver, lustvoller und verantwortungsbewusster Zugang zu Sexualität sowie das Bewusstsein über die Verantwortung für die eigene Gesundheit und die der anderen im Vordergrund steht.

Auch die ExpertInnen der ÖGF haben das Problem, dass sie vor allem auf Schulen angewiesen sind, auch sie haben ihren Beratungs-Schwerpunkt in Wien und hier in KMS. Sabine Ziegelwanger kann nicht sagen, ob das daran liegt, dass AHS LehrerInnen besser in der Lage sind, das Thema selbst zu behandeln und sich daher weniger Unterstützung von außen holen, oder ob das Thema dann dort weniger oft im Unterricht vorkommt. Eine andere Interpretationsmöglichkeit wäre, dass LehrerInnen von KMS mit einer „schwierigeren“, heterogeneren Zielgruppe arbeiten und somit das Bewusstsein wie die Toleranz für externe Unterstützung eher selbstverständlich sei. Auch bei den Workshops der ÖGF sind keine LehrerInnen dabei, das hilft den Vortragenden, eine Vertrauensbasis aufzubauen und eine Vorbildfunktion einzunehmen. Begonnen wird bei diesen Workshops in einer gemischtgeschlechtlichen Gruppe, je nach Dynamik wird dann in zwei geschlechtshomogene Gruppen getrennt oder auch nicht.

Kombiniert werden schulische Workshops der ÖGF (First Love Mobil) meist mit Besuchen gynäkologischer Ambulanzen in diversen Wiener Gemeindespitalern wie dem Hanusch Krankenhaus, dem AKH oder der Semmelweislinik. Dort liegt der Schwerpunkt auf dem Thema sexuelle und reproduktive Gesundheit. Den Jugendlichen sind die SexualpädagogInnen vom schulischen Workshop her bekannt – eine Gynäkologin und ein Urologe bzw. eine Hebamme bringen ihre jeweiligen fachspezifischen Inhalte jugendgerecht dar, während die SexualpädagogInnen „Übriggebliebenes“ aus den Workshops fortsetzen oder Neues einbringen. Diese Workshops finden ausschließlich geschlechtsgetrennt statt und haben auch den Vorteil, die Schwellenangst vor Gesundheitseinrichtungen zu senken.

Sabine Ziegelwanger betont, dass eine Schwierigkeit, die Gefahren von und Präventionsmaßnahmen gegen HIV 13- und 14jährigen näher zu bringen darin besteht, dass sie einerseits noch nicht Teil der Risikogruppen sind, es aber später, wenn sie möglicherweise dazu gehören, keine Möglichkeit mehr gibt, sie

systematisch zu erreichen. Wie Deborah Klingler-Katschnig fände sie es nötig, auch noch zu einem späteren Zeitpunkt über das Thema reden zu können.

Die ÖGF erreicht mit ihren Workshops etwa 3000 Jugendliche jedes Jahr, es wird ein Selbstkostenbeitrag von 30 Euro pro Stunde für zwei Vortragende verlangt, zur Not gibt es aber auch Sozialtarife. Bis auf wenige Ausnahmefälle findet die Aufklärungsarbeit der ÖGF nur innerhalb des Schulsystems statt, in der außerschulischen Jugendarbeit stoßen ihre Aktivitäten auf ähnliche Probleme wie die der Aidshilfe. Gerade Jugendliche aus bildungsfernen Schichten und vernachlässigte Jugendliche wären nach Meinung von Sabine Ziegelwanger in anderen Kontexten als der Schule besser zu erreichen. Genau jene Jugendlichen sind es auch, die – nicht nur – im Umgang mit ihrer Sexualität risikobereiter sind, so dass es zu mehr ungewollten Schwangerschaften und auch öfter zur Übertragung von HIV kommt.

Für Sabine Ziegelwanger wäre es notwendig, dass LehrerInnen ebenso wie JugendarbeiterInnen in der außerschulischen Arbeit im Rahmen ihrer Ausbildung mit Sexualkunde (und hier wiederum mit den Spezifika kindlicher und jugendlicher Sexualität) konfrontiert würden. Dass diese nicht darin geschult sind, Themen, die den jungen Menschen, mit denen sie es jeden Tag zu tun haben, unter den Nägeln brennen, auch professionell ansprechen zu können, hält sie für ein großes Manko. Auch ein späteres Coaching lange nach der Erstausbildung wäre notwendig.

Ebenso wie ihre Kollegin von der Aidshilfe beklagt Sabine Ziegelwanger die mangelnden Ressourcen. In Oberösterreich ist der „Love Tour Bus“, mit dem es möglich war, auch in ländlichen Regionen Expertise an die Zielgruppe zu bringen, aufgrund von Mittelkürzungen durch das Land vor dem Aus, obwohl dieses Bundesland von der Menge der jungen Menschen her gut zwei solcher Busse brauchen würde. In Niederösterreich gibt es ebenfalls Kürzungen und die BeraterInnen müssen von den jungen Menschen für ihre Dienstleistung Geld verlangen, was natürlich dazu führt, dass es weniger Beratungen gibt. Während Ballungszentren aufgrund der leichten Erreichbarkeit und eines schon relativ dichten Netzwerkes von Fachleuten, die ihren Schwerpunkt in der Sexualpädagogik haben, einigermaßen gut abgedeckt sind, gibt es ein wirkliches Problem betreffend Informationszugang von jungen Leuten im ländlichen Raum, das aber in seinen Auswirkungen schwer quantifizierbar ist.

Bei der Beschäftigung mit dem Thema HIV Prävention bei Jugendlichen fällt auf, dass es kaum neuere Studien gibt, die etwa Fragen wie Kondomverwendung, das Wissen über HIV, oder das Ansprechen des Risikos in der Partnerschaft beleuchten. Ingrid Kromer fasste für den „3. Bericht zur Lage der Jugend in Österreich im Themenauszug zur Jugendsexualität in den 90er Jahren“ ein paar davor erschienene Studien zusammen (vgl. Kromer, 1999, S. 22f). Die Autorin der zitierten Studien, Beate Wimmer-Puchinger, damals beim Ludwig Boltzmann-Institut für Gesundheitspsychologie der Frau bzw. später für Frauengesundheitsforschung bestätigt, dass es seither keine großen Studien mehr zu diesem Themenkreis gegeben hat. Die Auftraggeber von damals, wie etwa das Gesundheitsministerium, hätten immer weniger Forschungsmittel zur Verfügung und jene Forschung, die auf Drittmittel basiert, hat einen anderen Fokus, nämlich den der Interessen der geldgebenden Pharmafirmen. Ihrer Einschätzung nach hat sich die Situation seit den 1990er Jahren sehr verändert, es gibt neue Zielgruppen, neue Informationskanäle und aufgrund des Fortschritts in der Medizin einen anderen Umgang mit dem Virus sowie der Bedrohung, die von ihm ausgeht. 1992 hatte Beate Wimmer-Puchinger auch die Wirkung der damaligen speziell an Jugendliche gerichteten Kampagne der Aidshilfen untersucht und war zum Schluss gekommen, dass diese von den jungen Menschen sehr wohl wahrgenommen worden war (vgl. Wimmer-Puchinger & Nöstlinger, 1992).

Eine neue Kampagne, wie sie von Aidshilfe Wien und Jugendinfo Wien für 2013 geplant wird, ist also wünschenswert und es kann erwartet werden, dass sie bei den Jugendlichen auch Aufmerksamkeit erlangen wird. Die Jugendinfo Wien verfügt etwa über die Möglichkeit, Plakatflächen zu nutzen und da gedacht ist, vor allem Bilder für die Verwendung von Kondomen sprechen zu lassen, gibt es eine gute Chance, dass eine solche Kampagne auch die gewünschten Verhaltensänderungen betreffend Vorsichtsmaßnahmen von Jugendlichen herbeiführen.

Das zentrale Problem – sowohl beim Angebot von Workshops wie auch bei der Lancierung von Kampagnen und der Beforschung des Bewusstseins und Wissenstands von jungen Menschen – ist der Mangel an Ressourcen. Es ist problematisch, dass die Aidshilfe Wien etwa ihre Workshops gar nicht bewerben kann, weil sonst die Gefahr bestünde, dass zu vielen Anfragen aus Schulen nicht nachgekommen werden könnte, weil es zu wenig Geld für die Honorare der Gesetzgebung, Normen und Rechtsprechung

ReferentInnen gibt. So wird Jugendlichen eine für sie (lebens)wichtige Information vorenthalten, weil es mit den vorhandenen Mitteln nicht gelingt, wenigstens einmal in ihrem Schulleben alle Jugendlichen mit dem Thema zu konfrontieren.

Auch wenn Deborah Klingler-Katschnig das Alter von 14 Jahren als gerade richtig einschätzt, um sich das erste Mal mit HIV zu beschäftigen, da es zu diesem Zeitpunkt einerseits möglich ist, Jugendliche in großem Ausmaß zu erreichen und andererseits im Sinne von „Neulernen statt Umlernen“ früh genug wichtige Informationen gestreut werden können, so wäre es wünschenswert, würde bereits davor eine altersadäquate Sexualpädagogik bei den jungen Menschen Kenntnisse und Sprache für Sexualität schaffen. Da durchschnittlich die ersten Sexualekontakte mit 16 bis 17 Jahren stattfinden, wäre es außerdem wünschenswert, würde es zwei Jahre nach der ersten Befassung mit HIV auch noch ein zweites Mal für die Jugendlichen die Möglichkeit geben, Fragen zu stellen, die dann wohl nicht mehr so abstrakt und theoretisch wären, wie sie es im Alter von 14 Jahren gewesen sind.

Ein Ausweg aus dem Problem, bis der Ressourcenmangel behoben werden kann, ist die Strategie, LehrerInnen und SchulärztInnen als Verbündete betreffend Aufklärung und Information der Jugendlichen zu gewinnen. Wie schon erwähnt, gibt es von der Aidshilfe für beide Zielgruppen ein Handbuch, aber trotzdem fühlen sich manche überfordert und unsicher und lassen das Ansprechen von HIV in der Schule deswegen gleich ganz weg. So kann es durchaus vorkommen, dass junge Menschen die Schule verlassen, ohne jemals über die Gefahren des HI-Virus aufgeklärt worden zu sein.

Für die SchulärztInnen gibt es ein eigenes Rundschreiben des Unterrichtsministeriums aus dem Jahr 1993. Dieses stellt zum einen fest, dass SchülerInnen dann aufzunehmen sind, wenn sie die gesundheitliche Eignung besitzen, am Unterricht teilzunehmen. Für SchülerInnen, die mit HIV leben, sind diesbezüglich die gleichen Kriterien anzuwenden und der HIV-Status darf im Gesundheitsblatt nicht verzeichnet werden (vgl. Neumüller, 1993, S. 2). SchülerInnen, die mit HIV leben, können von manchen Übungen befreit werden, die Kooperation mit dem behandelnden Arzt oder der behandelnden Ärztin ist anzustreben. Die SchulärztInnen werden an ihre Schweigepflicht erinnert, nur wenn es ein vertrauensvolles Klima gibt, werden sich betroffene SchülerInnen an sie

wenden, nur dann kann auch im Sinne der Prävention beraten werden. Es gibt keine Verpflichtung zur Meldung an den Schulleiter oder die Schulleiterin, auf den Datenschutz und die Achtung der Privatsphäre sind höchste Priorität zu legen (vgl. ebenda, S. 3). SchulärztInnen sollen bei unterschiedlichen Veranstaltungen Informationen über AIDS speziell aber auch über hygienisches Verhalten anbieten und über die Vermeidung einer Infektion beraten (vgl. ebends, S. 4).

Dieses Rundschreiben ist nach Einschätzung von Elisabeth Wilkens, Koordinatorin des schulärztlichen Dienstes im Bundesministerium für Unterricht, Kunst und Kultur, sehr aufgeschlossen formuliert, eine Wiederverlautbarung wäre wünschenswert, damit die Information an den Schulen nicht mit der Zeit verloren geht. Darüber hinaus berichtet sie, dass im März 2012 im Unterrichtsministerium eine Koordinationsstelle Gesundheitsförderung eingerichtet wurde, eine sektionsübergreifende Arbeitsgruppe. Dort wird in den nächsten Monaten ein Konzept erstellt werden, was und wie betreffend Gesundheitsvorsorge zukünftig koordiniert an die Schulen kommuniziert wird, einschließlich der regelmäßigen Wiederverlautbarung von Erlässen und Rundschreiben. In Vorbereitung dessen hat die Aidshilfe Wien besagtes Rundschreiben kritisch durchgesehen, eine Änderung des Erlasses ist danach auch nach all den Jahren inhaltlich nicht nötig, die Formulierungen seien ganz im Sinne der Fachleute.

Es kann zum Themenbereich Präventionsarbeit mit Jugendlichen festgehalten werden, dass Grundlagen und Materialien vorhanden sind, um sie darüber zu informieren, wie sie sich am besten vor einer Infektion mit dem HI-Virus schützen können. Das Problem ist die Umsetzung, die einerseits aufgrund beschränkter Ressourcen nicht in dem Ausmaß durchgeführt werden kann, wie dies den AkteurInnen selbst notwendig erscheinen würde. Darüber, wie, wie oft und in welcher Form HIV und Aids im (Biologie-)Unterricht angesprochen wird, gibt es keine Daten.

Überhaupt ist die Datenlage zur Frage, wie sehr junge Menschen über die Gefahren von HIV auf einer realistischen Ebene Bescheid wissen, sehr mangelhaft, weil veraltet. Um dem Recht der jungen Menschen zu entsprechen und ihnen das Knowhow und die Methoden zur Verfügung zu stellen, wie sie sich vor einer Infektion schützen können und so in der Lage sind, ein gesundes und selbstbestimmtes Leben zu führen, wäre gerade eine wissenschaftlich fundierte Kenntnis über ihre

Einstellungsmuster zum und ihr Wissen über das Thema von großer Relevanz. Denn nur so kann maßgeschneidert für unterschiedliche Zielgruppen im Jugendsegment Information in einer Art und einer Sprache angeboten werden, die junge Menschen auch verstehen und in ihrem täglichen Leben umsetzen können.

Zusammenfassend kann resümiert werden, dass die durchaus menschenrechtlich basierten Ansätze zur HIV-Prävention bei Jugendlichen durch den Mangel an Ressourcen für grundlegende Forschung und ausreichende zielgruppenspezifische Vermittlung des nötigen Wissens z.B. in Form von Schulworkshops sich nicht in jenem Ausmaß entfalten können, wie dies nötig wäre. Es besteht die Gefahr, dass junge Menschen, die nicht dort informiert werden, wo sie alle erreicht werden können, nämlich in der Schule, uninformierte junge Erwachsene werden und in dem Alter, in dem dann die meisten Infektionen passieren, sich aufgrund von eigentlich frühzeitig vermeidbarer Unwissenheit infizieren. So kommen sie nicht in den vollen Genuss ihrer sexuellen und reproduktiven Rechte.

5.2.6 Medicines for whom?

Im Jahr 1995 wurde die WTO, die Welthandelsorganisation, als Nachfolgestruktur des GATT gegründet und hat seither zum Ziel, für die Bereiche Handel und Wirtschaft einheitliche Spielregeln für alle ihre (mittlerweile) 157 Mitglieder²² zu schaffen. Sie verfolgt damit vor allem den Abbau von Handelshemmnissen, was oft über Liberalisierungen und Privatisierungen vorangetrieben wird und gerade für Entwicklungs- und Schwellenländer negative Auswirkungen haben kann. Ziel der WTO ist der Freihandel, bei dem die Interessen der ProduzentInnen und der HändlerInnen gewahrt bleiben. Dies kann zu problematischen politischen Vorgaben durch das Welthandelsrecht führen, wenn etwa staatlich betriebene Daseinsvorsorge oder Regelungen zum Schutz der Umwelt oder von Minderheiten als Handelshemmnisse angesehen werden und Druck auf die Mitgliedsländer ausgeübt wird, diese im Sinne der Kapitalinteressen aufzugeben oder zu verändern. Vor diesem Hintergrund verwundert es, dass auf der Homepage der WTO das Mission Statement mit dem Satz „The World Trade Organization — the WTO — is the international organization whose primary purpose is to open trade for the benefit of all“ übertitelt ist (WTO, About the WTO - Statement by the Director-General, 2012).

²² Stand 8.9.2012, nach dem Beitritt Russlands und Vanuatu im August 2012

Die Vereinbarungen der WTO sind völkerrechtliche Verträge, sie greifen in nationales Recht ein und die Anerkennung des Streitbeilegungsmechanismus sowie der bis dahin abgeschlossenen Verträge ist eine Voraussetzung für den Beitritt zu ihr.

Unter anderem ist die Durchsetzung und Weiterentwicklung des TRIPS-Regimes unter dem Dach der WTO geregelt. Dieses klärt Fragen der geistigen Eigentumsrechte, zu denen unter anderem Patente gehören, die wiederum die Zusammensetzung von Medikamenten umfassen. Patente werden wie folgt definiert (Rothe, 2009, S. 5)

Patente schützen technisches Wissen in Form von Erzeugnissen, Verfahren, Vorrichtungen oder Anordnungen. Ein Patent muss drei Bedingungen erfüllen: (1) Das Wissen muss neu sein und darf nicht auf Basis vorheriger Technologien aufbauen. (2) Es dürfen keine offensichtlichen Verbesserungen vorhandener Technologien sein. (3) Das Wissen muss einen praktischen Nutzen mit sich bringen. Nach der Anmeldung sowie der Genehmigung wird das Wissen offen gelegt. Der Patentinhaber hat jedoch das alleinige Nutzungsrecht, kann aber über Lizensierungen die Verfügungsrechte an Dritte ganz oder teilweise abtreten. [...] Nach internationalem Standard haben Patente eine Gültigkeitsdauer von 20 Jahren. [...]

Patente stellen anders betrachtet für eine gewisse Zeitspanne das exklusive Eigentumsrecht auf Wissen und somit auf Fortschritt, auf Anwendung neuester Erkenntnisse und somit auch auf eine Gesundheitsversorgung mit moderner Medizin dar. Erst wenn die Patentschranken nicht mehr aufrechterhalten werden, gibt es Wettbewerb zwischen den pharmazeutischen Firmen, was zum Sinken der Preise für Medikamente führt.

Das Abkommen über handelsbezogene Aspekte der Rechte des Geistigen Eigentums aus dem Jahr 1995, also TRIPS, legt Mindestanforderungen für nationale Patentgesetze fest (z.B. die Gültigkeitsdauer von Patenten im Ausmaß von 20 Jahren), regelt, dass ein Staat einen anderen Mitgliedsstaat der WTO bzw. Firmen, die dort ansässig sind bzw. Personen, ebenso behandeln muss, als ob es sich dabei um ein inländisches Unternehmen bzw. Einheimische handeln würde („Inländerbehandlung“), und gleichzeitig darf kein anderes WTO Mitglied handelspolitisch bevorzugt werden („Meistbegünstigung“) (vgl. ebenda, S. 10f).

In Hinblick auf HIV ist dieses Abkommen deshalb so wichtig, weil es in die Möglichkeit eingreift, Generika, also nachgebaute Medikamente, für die keine Abgeltung des Patentschutzes geleistet werden muss, produzieren zu können. Solche Nachbauten von moderner Medizin sind aufgrund der wegfallenden

Abschlagszahlungen wesentlich günstiger, laut Jean-Paul Klein, Leiter der Abteilung für Impfwesen, HIV/Aids und Tuberkulose in der Sektion III des Gesundheitsministeriums, berechnet sich der Preis für Generika nach der Formel Produktionskosten plus maximal 5-10% Gewinn für die produzierende Firma²³.

Der Einsatz von Generika in der Behandlung von Menschen, die mit HIV leben, hat aufgrund der Konkurrenz zu patentierten Medikamenten dazu geführt, dass sich die Kosten über die Jahre wesentlich reduziert haben und sie nun auch für die Gesundheitssysteme von Entwicklungsländern leistbar sind. Dies ist mit ein wichtiger Grund, warum Ende 2010 bereits 6,6 Millionen Menschen, die mit HIV leben, mit modernen antiretroviralen Medikamenten behandelt werden konnten. Nach Angaben von Ärzte ohne Grenzen sind die Preise für ART innerhalb von 10 Jahren um etwa 99% gefallen, von 10.000 \$ jährliche Behandlungskosten pro Person im Jahr 2000 auf derzeit rund 150 \$ (Medecins sans Frontieres, 2012, S. 10), was sich auch in dieser Grafik, in der die Kosten für bestimmte Präparate zur antiretroviralen Behandlung dargestellt sind, leicht nachvollziehen lässt:

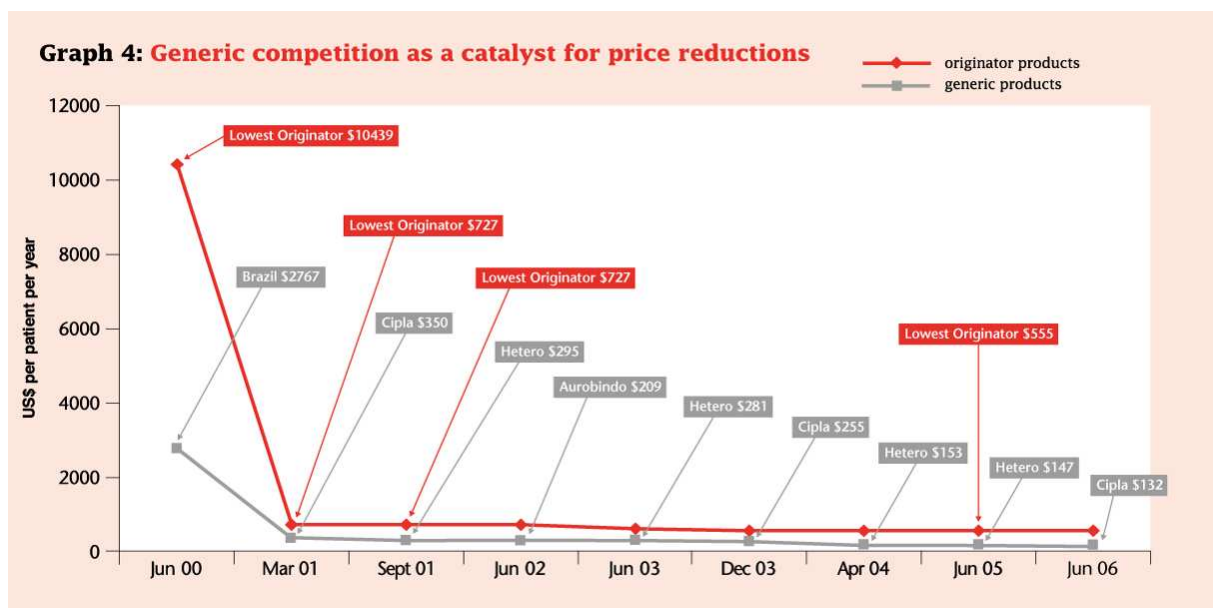


Abbildung 6: Kostenentwicklung von HIV Medikamenten 2000 - 2006

Quelle: (Medecins sans Frontieres, 2012, S. 10)

²³ Die betreffende EU-Verordnung sieht im Falle von Zwangslizenzen auch noch eine 4%ige Entschädigung des Rechteinhabers durch den Lizenznehmer vor (Artikel 10, (9) a))

Das TRIPS-Abkommen hatte in seiner ursprünglichen Form für alle WTO Mitglieder keine Spielräume beim Umgehen des Patentschutzes vorgesehen und somit Entwicklungs- oder Schwellenländer, die über eine pharmazeutische Industrie verfügen, das Herstellen und das Exportieren von nachgebauten und somit leistbaren Medikamenten verboten, sofern der Patentschutz noch nicht abgelaufen war, was bei relativ neuen Medikamenten für eine relativ neue Krankheit häufig der Fall gewesen ist. Dies hatte zur Folge, dass viele Entwicklungsländer aus Geldknappheit keine modernen Medikamente über ihre Gesundheitssysteme zur Verfügung stellen konnten, was aus menschenrechtlicher Sicht unhaltbar war. Das Zusammenprallen von zwei Grundrechten – dem des Schutzes von (geistigem oder intellektuellem) Eigentum der Pharmakonzerne auf der einen Seite, und dem des Rechts auf Leben und auf Gesundheit auf der anderen – bedurfte einer Lösung. Bereits am 14. November 2001 fassten die Mitglieder des Ministerkomitees der WTO nachfolgenden Beschluss (European Parliament, 2004):

„We affirm that the (TRIPS) Agreement can and should be interpreted and implemented in a manner supportive of WTO Members’ right to protect public health and, in particular, to promote access to medicines for all.“

Dieser Grundsatzbeschluss wurde nach langen Verhandlungen vier Jahre später präzisiert und festgeschrieben. Dies wurde in der Doha Deklaration, einer Art Erläuterung zu TRIPS, umgesetzt, und in Form eines Zusatzes zum Abkommen im Dezember 2005 beschlossen. Es wurde ein Artikel 31^{bis} eingefügt, der es Schwellen- und Entwicklungsländern ermöglicht, Generika zu produzieren und zu importieren, wenn es darum geht, dass sie medizinisch auf eine Pandemie reagieren müssen (vgl. WTO, Amendment of the TRIPS Agreement , 2005). KritikerInnen merken an, dass diese Regelung viel zu schwach sei, um für die GenerikaproduzentInnen Rechtssicherheit herzustellen. BefürworterInnen argumentieren oft damit, dass gerade pharmazeutische Produkte vor Fälschungen geschützt werden müssen, weil solche lebensgefährlich sein könnten und man deshalb keine weitere Öffnung des Patentschutzes zulassen könne. Genau betrachtet haben aber Generika und absichtliche Produktfälschungen nichts miteinander zu tun und es macht Sinn, sie in getrennten Normen zu regeln.

Die EU, die diese Regelungen des Artikel 31^{bis} in einer Verordnung von Mai 2006 umgesetzt hat, welche so in allen Mitgliedstaaten verbindlich und unmittelbar gilt,

zitiert in den Erwägungen dazu das Zustandekommen dieser Regelung sehr übersichtlich (Europäisches Parlament und Europäischer Rat, 2006):

(1) Am 14. November 2001 verabschiedete die 4. Ministerkonferenz der Welthandelsorganisation (WTO) die Erklärung von Doha betreffend das Übereinkommen über handelsbezogene Aspekte der Rechte des geistigen Eigentums (TRIPS-Übereinkommen) und die öffentliche Gesundheit. In dieser Erklärung wird anerkannt, dass jedem WTO-Mitglied das Recht zusteht, Zwangslizenzen zu erteilen und die Gründe zu bestimmen, nach denen derartige Lizenzen erteilt werden. Ferner wird darin anerkannt, dass WTO-Mitglieder, die über keine oder unzureichende Fertigungskapazitäten im pharmazeutischen Sektor verfügen, Schwierigkeiten haben könnten, die Zwangslizenzen wirksam zu nutzen.

(2) Am 30. August 2003 verabschiedete der Allgemeine Rat der WTO in Anbetracht der von seinem Vorsitzenden verlesenen Erklärung einen Beschluss über die Durchführung von Ziffer 6 der Doha-Erklärung betreffend das TRIPS-Übereinkommen und die öffentliche Gesundheit (nachstehend „Beschluss“ genannt). Unter bestimmten Voraussetzungen hebt der Beschluss bestimmte Verpflichtungen des TRIPS-Übereinkommens hinsichtlich der Erteilung von Zwangslizenzen auf, um den Bedürfnissen von WTO-Mitgliedern gerecht zu werden, die über unzureichende Fertigungskapazitäten verfügen.

Entwicklungsländer²⁴ haben von diesen Anpassungsmöglichkeiten des Artikels 31^{bis} Gebrauch gemacht und ihre Patentrechte dementsprechend gestaltet. Brasilien, Thailand, Ecuador, Malaysia und Indonesien haben Zwangslizenzen vergeben, Indien, die Philippinen und Argentinien haben strenge Patentierbarkeitskriterien entwickelt indem sie Beschränkungen für Patente von Medikamenten vorsehen, die nur in neuer Form oder mit geringen Abwandlungen zu bisher bestehenden angeboten werden. Jedenfalls wird die Doha Deklaration von Entwicklungs- und Schwellenländern so ausgelegt und angewandt, dass sie in vollem Umfang Generika produzieren und importieren können (vgl. Bhardwaj, 2012).

Auf Druck ihrer pharmazeutischen Industrie versuchen in den letzten Jahren die USA, Japan und nun vermehrt auch die EU, über bilaterale Verträge diese Flexibilität in den Patentrechten zu umgehen, indem sie strengere Kriterien als Bestandteil dieser Verträge vorsehen, TRIPS-plus genannt, die dann Bedingung für den Abschluss von Freihandels-, Wirtschaftspartnerschafts- oder Investitionsschutzabkommen sind²⁵. Damit ärmere Länder mit ihren Produkten Zugang zu den Märkten des Nordens oder Investitionen von dort bekommen, sollen sie also Zugeständnisse in ihren Patentgesetzen machen und mit diesen den großen, international aktiven Pharmafirmen, die in den Vertragsländern des Nordens

²⁴ auch solche, die nicht Mitglied der WTO sind, was explizit so vorgesehen ist.

²⁵ Auch ACTA hätte den Export von Generika durch Beschlagnahmen massiv zeitlich verzögern können, falls beim Zoll angenommen worden wäre, es könnte sich dabei um gefälschte Medikamente handeln.

ihre Konzernzentralen haben, zu größeren Gewinnen verhelfen. Einer der Staaten, der seitens der Industrie-Länder in diesem Zusammenhang immer mehr unter Druck gerät, ist Indien, „die Apotheke der Armen“ genannt. Mehr als 80% der ART Generika, die für die Behandlung von Menschen, die mit HIV leben, verwendet werden, und gar über 91% der HIV-Medikamente für Kinder kommen aus Indien (vgl. Global Commission on HIV and the Law, 2012, S. 79).

Seit dem Jahr 2007 verhandeln die EU und Indien über ein Freihandelsabkommen. Im Rahmen des EU-Indien Gipfels im Februar 2012 in New Delhi erklärte EU-Kommissionspräsident Jose Manuel Barroso in einer Rede vor dem Verband der indischen Industrie- und Handelskammern (Barroso, 2012): „Die Europäische Union und Indien sind die beiden größten Demokratien der Welt. Unsere gemeinsamen Werte und unser Eintreten für die repräsentative Demokratie, für Good Governance, Menschenrechte und den Rechtsstaat sind ein unverzichtbarer Beitrag zu Stabilität und Frieden auf der Welt.“ Mit den Menschenrechten dann offensichtlich doch nicht so weit her ist es, wenn man die Verhandlungspositionen der Kommission näher betrachtet.

So kritisiert Ärzte ohne Grenzen, dass die EU im Zuge der Verhandlungen zum Freihandelsabkommen im Kapitel über den Investitionsschutz auch einen erweiterten Schutz der geistigen Eigentumsrechte inkludieren will. Europäische Pharmafirmen würden so die rechtliche Basis bekommen, gegen die indische Regierung wegen zu weitgehender Patentregelungen²⁶ zu klagen, wenn sie ihre Gewinne dadurch beeinträchtigt sehen (vgl. Wolf, 1012). Bislang haben indische Gerichte in solchen Streitfällen zumeist im Sinne der öffentlichen Gesundheit entschieden, künftig würden Streitigkeiten in nichtöffentlichen Schiedsgerichtsverfahren, deren Einsetzung auch Bestandteil des Freihandelsabkommens wäre, ausgetragen werden. Diese haben einzig den freien Handel im Fokus, nicht die Gesundheit von armen Menschen weltweit.

Weiter befürchtet MSF die Ausweitung der Patentlaufzeiten um jene Zeit, die die Arzneimittelzulassungsbehörden benötigen, damit ein Medikament wirklich auf den Markt kommen kann. Dies würde eine Verlängerung der Patentlaufzeit um mehrere

²⁶ Das indische Patentgesetz entspricht den Mindeststandards der WTO Regelungen, weshalb Indien zurzeit ganz legal Generika für den Eigenbedarf und für den Export in andere Entwicklungsländer produzieren kann.

Jahre bedeuten, Jahre, in denen kein Preis-Wettbewerb mit Herstellern von Generika stattfinden kann (vgl. Ärzte ohne Grenzen, 2010). Die NGO befürchtet darüber hinaus, dass die EU Indien zu sogenannter Datenexklusivität verpflichten möchte, wonach es der indischen Arzneimittelbehörde nicht erlaubt wäre, sich auf bereits durchgeführte klinische Studien von wirkstoffgleichen Medikamenten zu beziehen. Die Wiederholung von Tests vor der Zulassung würde unnötig Kosten verursachen, nutzlos Zeit verbrauchen und ist überdies medizinisch unethisch (vgl. ebenda).

Karel de Gucht, Handelskommissar der EU, reagierte auf die Befürchtungen von MSF in einem Brief an deren Geschäftsführer, in dem er festhielt, dass der Zugang zu leistbarer Medizin in den ärmsten Ländern der Welt durch das Freihandelsabkommen nicht in Frage gestellt sei, ja mehr noch (Gucht, 2010):

I would like to be very clear that nothing in this agreement will prevent India from using compulsory licensing for manufacture and export of life-saving medicines to other developing countries in need.

To this effect, the Commission has already proposed a legally binding reference to the Doha Declaration on the TRIPs Agreement and Public Health stating furthermore that "nothing in this Agreement shall be construed as to impair the capacity of the Parties to promote access to medicines".

Im gleichen Brief bekräftigt Karel de Gucht jedoch den Standpunkt der Kommission zur Verhandlung über die Verlängerung der Patentlaufzeit, diese sei von Seiten der EU tatsächlich zur Diskussion gestellt. Ebenfalls verteidigt er das Drängen auf Datenexklusivität, versichert aber, dass die EU die nötige Flexibilität in den Verhandlungen an den Tag legen werde, um das spezifische Rechtssystem Indiens und dessen Rolle als Hersteller von Generika für andere Entwicklungsländer zu respektieren. Zu diesen heiklen Punkten gibt es auch einen Beschluss des Europäischen Parlaments vom 12. Juli 2007, der den Europäischen Rat dazu aufruft, das Mandat der Europäischen Kommission bei den Verhandlungen mit Indien zu begrenzen und keine Gespräche über pharmabezogene TRIPS-plus Bestimmungen zu führen (Ärzte ohne Grenzen, 2010).

Nach Auskunft von Judith Fiala, Büroleiterin von Jörg Leichtfried, österreichischem EU-Parlamentarier und Ersatzmitglied im betreffenden Ausschuss für internationalen Handel des Europäischen Parlaments, gehen die Verhandlungen über das Freihandelsabkommen mit Indien sehr stockend voran. Bei dem Ministerial Meeting am 26. Juni 2012 wurde nur der Arbeitsplan für das restliche Jahr festgesetzt. Der

ursprüngliche Plan, das Abkommen im Oktober 2012 zu unterzeichnen, war zum Zeitpunkt der Information von Judith Fiala Anfang September 2012 sehr unwahrscheinlich, was auch mit anstehenden Wahlen in Indien begründet wurde.

Die größten Problempunkte waren – wie schon in den Jahren davor – die Liberalisierung von Dienstleistungen und Landwirtschaft, Tarife auf Autos und Alkohol und vor allem das Kapitel über die nachhaltige Entwicklung und die öffentliche Beschaffung.

Stand der Dinge speziell zu TRIPS war auch Anfang September 2012, dass beide Seiten öffentlich sowie schriftlich erklärt hatten, dass sie nicht über das bestehende TRIPS Abkommen hinausgehen werden und dass sie beide das TRIPS Abkommen so breit wie möglich auslegen wollen. Nach wie vor ist es aber der Fall, dass einige NGOs Bedenken äußern, dass die indischen Gerichte unter Druck seitens der Regierung (aufgrund diverser Vereinbarungen und Beteiligungen) Urteile fällen könnten, welche nationales Recht vor allem im Bereich von Generika abwandeln könnten. Allerdings sind die Entscheidungen der indischen Gerichte nicht Bestandteil des Freihandelsabkommens, sowie dieses auch keinerlei Einfluss darauf in direktem Wege nehmen kann.

Anfang September 2012 bestand seitens des Europäischen Parlaments eher die Befürchtung, dass der Vertrag aufgrund massiven Handlungsbedarfs beim Nachhaltigkeitskapitel scheitern könnte, weil die sozialdemokratische Fraktion mit der Umsetzung der Arbeitsrechte und der Standards der ILO nicht zufrieden war. Diese Position teilte auch die Arbeiterkammer, die dazu im September 2012 eine Broschüre publizierte. Darin befasst sie sich auch in einem eigenen Kapitel mit dem Problem der Herstellung der Generika und teilt die Befürchtungen von MSF: es könnte aufgrund des Freihandelsabkommens zu Ausfuhrverboten von Generika kommen und in der EU ansässige Pharmafirmen könnten damit eine rechtliche Basis eingeräumt bekommen, die indische Regierung wegen ihres freizügigen Umgangs mit Patenten zu verklagen. Diese kann gegenwärtig ein Patent aufheben, erlaubt dadurch die Produktion wesentlich günstigerer Generika (etwa zur Behandlung von HIV, Tuberkulose usw.) und handelt damit im Interesse der öffentlichen Gesundheit in Indien und anderer Entwicklungsländer (vgl. Dessewffy & Ey, 2012, S. 6f).

Es wird – nicht zuletzt an den österreichischen – EU-ParlamentarierInnen liegen, den Beschluss des Europäischen Parlaments von Juli 2007, beim Freihandelsabkommen mit Indien in Fragen von TRIPS und öffentlicher Gesundheit nicht über den bestehenden WTO Rahmen hinauszugehen, auch dann vor dem – zeitlich momentan noch nicht absehbaren – Ratifizieren des Freihandelsabkommens einzumahnen und gegebenenfalls die notwendige Zustimmung des Parlaments zu verweigern. Dies wäre nicht nur aus menschenrechtlichen Erwägungen betreffend Zugang zu notwendiger medizinischer Behandlung von kranken Menschen in Entwicklungsländern ein Gebot der politischen Vernunft, falls die Produktion und der Export von Generika durch dieses Abkommen beschränkt werden würde.

Auch aus Gründen der entwicklungspolitischen Kohärenz wäre es fatal, einerseits Indien die Herstellung von Generika mit handelsrechtlichen Mitteln zu untersagen oder zu erschweren und gleichzeitig mit über 100 Millionen Euro Indien in der Erreichung der gesundheitsrelevanten Millennium Development Goals zu unterstützen, wie dies der Mid-Term Review des Country Strategy Papers 2007 – 2013 der EU für Indien festhält (vgl. European Union - External Action, 2010, S. 12). Das Country Strategy Paper für die gleiche Periode selbst beinhaltet, dass der Gesundheitssektor ein wesentlicher Faktor bei der Umsetzung des indischen Entwicklungsprogramms ist, wenigstens 2-3% des Bruttoinlandsprodukts Indiens dafür aufgewandt werden sollten und vor allem ein Augenmerk auf die Bekämpfung von übertragbaren Krankheiten gelegt werden muss, wo besonders HIV- und Aids-Prävention erwähnt wird (vgl. European Union - External Action, 2007, S. 6), was natürlich vor allem durch moderne medizinische Behandlung umsetzbar ist. Als Europäische Union Indien also bei der Bekämpfung von HIV einerseits finanziell in namhaften Ausmaß zu unterstützen, andererseits aber handelspolitische Maßnahmen zu treffen, die es für Indien in einem weit größeren Ausmaß verteuern würde, genau für dieses Ziel über moderne Medizin zu verfügen, wäre kontraproduktiv, für die Betroffenen schädlich und ethisch sowie menschenrechtlich nicht vertretbar.

Um eine solche kritische Haltung des Europäischen Parlaments auch weiterhin sicherzustellen, ist politischer Druck seitens der Mitgliedstaaten und der involvierten Zivilgesellschaft unumgänglich und auf jeden Fall auszubauen. Aufgrund dessen, dass bilaterale Verträge wie das Freihandelsabkommen zwischen der EU und Indien

nur noch in sehr kleinen Kreisen verhandelt wird und Nationalstaaten kaum eingebunden sind, ist es schwierig, öffentliche Aufmerksamkeit für dieses einerseits politisch weit entfernte und andererseits auch höchst komplexe Thema zu gewinnen. Umso wichtiger ist es, Vorfälle wie die Klage von Novartis gegen das indische Patentamt wegen der Nichtzuerkennung des Patentrechts eines Krebsmedikaments im Auge zu behalten, öffentlich zu machen und die EU immer wieder aufzurufen, die Profitinteressen der europäischen Pharmakonzerne nicht über die Gesundheit von Millionen Menschen zu stellen.

5.3 Resümee Gesetzgebung, Normen und Rechtsprechung

Ziel von moderner, wissenschaftsbasierter Gesetzgebung und Normensetzung muss der Schutz von Menschen vor Infektion und vor Verletzung ihrer Menschenrechte sein. Dazu ist es nötig, möglichst keine gefährlichen HULs zu produzieren, beziehungsweise bestehende zu eliminieren, wie Michael Kirby treffend auf den Punkt bringt (Piot, Timberlake, & Sigurdson, 2009, S. 334):

[...] coming from such as Justice Michael Kirby, who warned against simplistic solutions in the fight against AIDS, as well as the threat of a new virus – „HUL: Highly useless Laws.“

Wohl das Paradebeispiel für ein solches österreichisches HUL ist § 123 Abs. 4 der Strafprozessordnung, wo unter dem Vorwand, dass Beschäftigte bei Polizei und im Strafvollzug aufgrund der zwangsweisen Testung eines Menschen, der sie bespuckt, gestochen oder gebissen hat und der im Verdacht steht, die Volksgesundheit nach § 178 StGB gefährdet zu haben, Gewissheit darüber erlangen sollen, ob sie nun selbst an einer meldepflichtigen Infektionskrankheit erkranken können oder nicht.

Wie in diesem Beispiel, so versucht die Politik wohl oft, ein bestimmtes Klientel zu bedienen – hier die Personalvertretung der Polizei – und hofft auf Applaus und WählerInnenstimmen. Dabei werden sowohl medizinische Tatsachen außer Acht gelassen, als auch wesentlich Menschenrechte einer sozial schwächeren Gruppe verletzt und das alles, ohne auch nur im Ansatz eine wirklich wirksame Lösung für ein vermeintliches Problem zu schaffen. Gerade PolitikerInnen, die im Innenausschuss tätig sind, sollten eine größere Sensibilität für Menschenrechtsverletzungen aufweisen, alle jedoch sollten den Mut haben, auch in Gesetzgebung, Normen und Rechtsprechung

den Boulevardmedien und bei der eigenen WählerInnenschaft „nicht attraktive“ Gesetzesvorschläge zu beschließen, die dafür auf modernen wissenschaftlichen Erkenntnissen beruhen. Diese Herausforderung betrifft nicht nur den Gesetzgeber sondern auch alle anderen normensetzenden Institutionen und solche, die Richtlinien dazu unterbreiten – hier sei beispielsweise auf die WKÖ und ihre Muster-Bäderordnung verwiesen.

Für jene erwähnten Gesetze und Normen kann festgehalten werden, dass es keinen HRBA gibt, er sogar – wie im Fall der StPO – wohl wissentlich negiert wurde. Selbiges gilt für Festlegungen im Strafgesetzbuch, konkret der §§ 178 und 179, wo Menschen, die mit HIV leben, oft entgegen jedem medizinischen Erkenntnisstand beschuldigt werden, die Volksgesundheit zu gefährden, damit einhergehend kriminalisiert werden und so der medizinischen Behandlung tendenziell eher entgleiten und mit ihnen auch ein großes Potential der Präventionsmöglichkeiten durch eine moderne medikamentöse Therapie. Information, Bewusstseinsbildung und Behandlung sind ungleich effektiver die Ausbreitung der Epidemie zu stoppen, als das Strafgesetzbuch das jemals sein könnte. Daher sind Menschen, die mit HIV leben, nicht durch Gesetze zu kriminalisieren und in den Untergrund zu drängen, sondern es ist ein Umfeld zu schaffen, in welchem sie diskriminierungsfrei Gesundheits- und gegebenenfalls Sozialeinrichtungen erreichen können, in dem sie angstfrei die Möglichkeit haben, ihre eventuell vorenthaltenen Menschenrechte einzumahlen und wo sie verantwortungsvoll sich selbst und ihrem sozialen Umfeld gegenüber mit ihrer Krankheit selbstbestimmt umgehen können.

Besonders fatal wirkt sich Gesetzgebung, die betroffene Menschen kriminalisiert, durch die Botschaft aus, die die Rechtsprechung im Falle einer Verurteilung öffentlich macht: Menschen, die möglicherweise mit HIV leben sind strafrechtlich besser dran, wenn sie nicht über ihren Status Bescheid wissen – also ein Aufruf, sich nicht testen zu lassen. Ob die safer Sex Regeln eingehalten wurden oder nicht, ist bei vielen Urteilsbegründungen irrelevant, in einem Fall hat der verurteilende Richter sogar noch per Zeitung ausgerichtet, dass das Urteil gleich ausgefallen wäre, wenn ein Kondom verwendet worden wäre. Also wird hier die Botschaft transportiert: Es ist egal, ob die safer sex Regeln eingehalten werden, am Ende sind Menschen, die mit HIV leben, immer die Schuldigen!

Dieses Konterkarieren der Botschaften der Gesundheitspolitik durch Gesetze sowie die Rechtsprechung ist gefährlich und macht viel Einsatz und Errungenschaften in der Bewusstseinsbildung der letzten Jahre gleichsam zunichte. Auffallend ist, dass einerseits einfaches modernes medizinisches Wissen – wie dass Kondome vor der Übertragung des HI-Virus schützen – ignoriert wird, andere neue wissenschaftliche Erkenntnisse aber gerne angewandt werden und das dann falsch. So werden mehr und mehr phylogenetische Tests vor Gericht eingefordert, quasi als Beweis, ob der Beschuldigte eines Körperverletzungsdelikts den Beschuldiger angesteckt hat oder nicht. Diese Tests geben aber wissenschaftlich gesehen nur Auskunft darüber, ob zwei Menschen denselben Virenstamm in sich tragen oder nicht. Keinerlei Aussage hingegen lässt sich darüber treffen, ob A den B angesteckt hat oder umgekehrt, oder ob beide von C infiziert wurden, der möglicherweise vor Gericht unbekannt bleibt.

Nachdem es in der Praxis schwierig erscheint, RichterInnen zu Fortbildungen zu verpflichten und auch nicht alle GutachterInnen immer am neuesten Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse sind, wäre es eine Möglichkeit dem Weg zu folgen, den Kanada gerade einschlägt. Mit Hilfe von UNAIDS wird dort gerade ein Leitfaden für RichterInnen erarbeitet, der die Möglichkeit eines einfachen Nachschlagens über wissenschaftliche Erkenntnisse und ihre Auswirkung auf die Rechtsprechung eröffnet. Mit einer Fertigstellung ist nicht vor dem Frühjahr 2013 zu rechnen, danach sollte beobachtet werden, ob die Anwendung dieses Leitfadens eine signifikante Auswirkung auf die strafrechtlichen Verurteilungen von Menschen hat, die in Kanada mit HIV leben. Solche einfach gestalteten Leitfäden für bestimmte Berufsgruppen haben sich in anderen Feldern als sehr positiv erwiesen, etwa für Personal im Gesundheitswesen zur Bestimmung, ob bei Verletzungen von Frauen häusliche Gewalt im Spiel war oder für PolizistInnen, um besser feststellen zu können, ob hinter einem verfolgten Delikt möglicherweise Korruption oder Geldwäsche steckt.

Im Bereich des Strafvollzugs gibt es eine große Anzahl von internationalen Dokumenten, die einen vorbildlichen HRBA haben und die auch über Erlässe und Rundschreiben den LeiterInnen der heimischen Justizanstalten zur Kenntnis gebracht wurden. Vieles von den Vorschlägen und Leitlinien die für Inhaftierte relevant sind, die mit HIV leben, wurde in Österreich in die Praxis umgesetzt, etwa im Bereich Datenschutz, Zugänglichkeit zu Kondomen und Gleitmitteln und das Angebot an medizinischer Therapie und freiwilligen Aids-Tests. Andere Vorschläge aus

internationalen Dokumenten, etwa Pilotprojekte im Bereich des Spritzentausches zu starten, kann ohne starken politischen Rückhalt nicht auf der Ebene der einzelnen Justizanstalten begonnen werden, dazu braucht es Entscheidungen auf Ministeriumsebene.

Ein anderes Beispiel, wo rein von den Normen her – hier namentlich in den Lehrplänen als Verordnungen des Unterrichtsministeriums – durchaus Aufklärung über HIV in einem menschenrechtlich korrekten Kontext vorgesehen ist zeigt, dass es an der konkreten Praxis scheitert. Ein veralteter und überbürokratisierter Erlass über die Sexualerziehung, gepaart mit fehlender Ausbildung der LehrerInnen und dem chronischen Geldmangel der (außer)schulischen Kinder- und Jugendarbeit in diesem Bereich kann zu bedrohlicher Ignoranz gegenüber dem Thema HIV führen. Es ist mit Vehemenz einerseits daran zu arbeiten, dass es einen neuen Sexualerziehungserlass gibt, der den sexuellen und reproduktiven Rechten von jungen Menschen in einer Art und Weise zum Durchbruch verhilft, die in der schulischen Realität auch wirklich umsetzbar sind. Dazu begleitend müssen mehr Mittel einerseits für aktuelle Forschung über den Wissensstand, die möglichen Infektionswege und die reale Bedrohung von jungen Menschen durch HIV vorgesehen werden, und andererseits die in der Praxis aufklärenden Stellen wie Aidshilfen, ÖGF und weitere besser dotiert werden. Nur so kann es gelingen, auch jenen jungen Menschen, die in ländlichen Gebieten leben, aus bildungsfernen Schichten kommen oder generell einer stärker bedrohten Gruppe angehören, die wissensbasierte Möglichkeit geboten wird, sich effektiv von der Ansteckung mit dem HI-Virus zu schützen.

Ebenfalls ein Problem der „Veralterung“ von Normen besteht bei Berufsverboten. Im Aidsgesetz ist die Tatsache nicht berücksichtigt, dass eine moderne antiretrovirale Behandlung die Virenlast unter ein Maß senken kann, bei dem eine Übertragung des Virus absolut unwahrscheinlich ist. Ein Berufsverbot für Prostituierte, die mit HIV leben, sich aber in dauerhafter moderner Behandlung befinden, ist aus wissenschaftlicher Sicht nicht mehr haltbar, ebenso dann nicht, wenn die safer Sex Regeln eingehalten werden. Bei den Berufspiloten – wo die Gefahr wohl nicht in der Ansteckung von anderen sondern in der körperlichen Reaktionsfähigkeit gesehen wird – geht die EU einen wichtigen Schritt voraus, indem künftig die körperliche

Leistung und nicht mehr das Vorliegen eines positiven HIV Tests alleine Maßstab der Flugberechtigung sein wird.

Wann immer legislative Grundlagen erneuert werden, soll es ein Gebot der Rationalität und der Notwendigkeit sein, wissenschaftsbasierte und menschenrechtlich korrekte Politik zu betreiben und im speziellen Fall von HIV bei jeder Novellierung die Grundsätze der UNGASS 2011 Declaration zu beachten, wie sie vor allem in den Absätzen 78 und 80 festgeschrieben sind: also speziell Gesetze, die Auswirkungen auf Menschen haben, die mit HIV leben, auf ihre effektive Wirksamkeit zu überprüfen und den Betroffenen den vollen Genuss ihrer Menschenrechte zu garantieren.

Auch dort, wo Österreich einen hohen menschenrechtlichen Standard in Gesetzen und Normen umsetzt, wie dies beispielsweise im Falle des Schutzes von Frauen vor Diskriminierung und Gewalt der Fall ist, ist die Praxis nicht immer so gut, wie dies die Theorie vermuten lassen würde. So herrscht in der offensichtlich gängigen Praxis im Umgang der Ergebnisse von positiven HIV Tests im Rahmen der Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen dringender Handlungsbedarf. So wichtig die Maßnahme ist, in diesem Zusammenhang die HIV Testung anzubieten, weil ein maßgeblicher Anteil der betroffenen Frauen erst im Zuge der Schwangerschaft von ihrer Infektion Kenntnis erlangt, so unerträglich ist der Umgang damit, der jede Privatsphäre verletzt, ja die betroffenen Mütter diskriminiert.

So, wie sich wohl manche der von diesem Zwangstest betroffenen Frauen nicht zu helfen wissen, wie sie diese Diskriminierung abstellen können, geht es auch anderen Menschen, die mit HIV leben – in einem weiten Spektrum ihres täglichen Lebens. Der rechtliche Schutz der jetzt schon besteht, um sie vor Diskriminierung zu schützen, sei es durch das Bundesverfassungsgesetz, das Staatsgrundgesetz oder die Europäische Menschenrechtskonvention, sei es durch die Gleichbehandlungsgesetze des Bundes und der Länder oder durch spezifische Normen, ist vielen nicht bewusst, für viele nicht anwendbar und somit nicht praktikabel. Sowohl Information und Bewusstseinsbildung über ihre Rechte als auch das dezidierte Erfassen von Rechtsverletzungen an Menschen, die mit HIV leben, sind nötig, um Verbesserungen einleiten zu können und es reicht nicht aus, sie in erläuternden Bemerkungen zu erwähnen. Nur ein Gesetz, das den ihm

zugeschriebenen Schutz vor Diskriminierung in der Praxis auch wirklich zu erfüllen vermag, ist ein Gesetz, das den Anforderungen eines umfassenden HRBA genügen kann. Die Regelungen müssen stimmig zueinander sein und auch dementsprechend klar kommuniziert werden. Die Frage, ob eine HIV-Infektion gegenüber dem Arbeitgeber oder der Arbeitgeberin in welchen Fällen zu melden ist oder nicht, ist ein Negativbeispiel für Verwirrung und Unklarheit, zu unterschiedlich sind die Auskünfte zwischen Arbeitgebervertretung, Interessensgemeinschaften der ArbeitnehmerInnen und den einzelnen Aidshilfen.

Kohärente Politik lässt auch die europäische Ebene vermissen, wenn es um die Frage von der Zugänglichkeit zu wirksamen Generika für eine antiretrovirale Therapie und entwicklungspolitischen Zielsetzungen auf der einen Seite und wirtschaftlichen Interessen der in der EU ansässigen Pharmaindustrie, die sich beispielsweise in der konkreten Formulierung von Freihandelsabkommen abbilden, auf der anderen Seite geht. Nach den Spielregeln der WTO und der momentan gängigen Praxis ist es oft das Menschenrecht auf eine adäquate medizinische Behandlung, das dabei auf der Strecke bleibt. Handelspolitik – und diese füllt mittlerweile inhaltlich einen großen Teil der Außenpolitik aus, auch in Österreich – ist auf dem menschenrechtlichen Auge blind, speziell in Fragen von Rechten von Indigenen und Minderheiten, von Frauen, von arbeitenden und armen Menschen und im Bereich von Umweltschutz. Alle Fälle vor dem Schiedsgericht der WTO, die den Schutz der Rechte dieser Gruppen bzw. Bereiche zum Gegenstand hatten, wurden im Sinne des freien Handels entschieden und menschenrechtliche Ansprüche als nicht-tarifäre Barrieren des Freihandels abgetan. Die Spielregeln des Welthandels zu ändern ist freilich der Inbegriff vom Bohren harter Bretter, trotzdem lohnt es sich, daran zu arbeiten und durch Information und Bildungsarbeit ein breites Bewusstsein für die Notwendigkeit eines neuen Welthandelsregimes zu schaffen.

Ein innenpolitisch förderlicher Schritt für einen menschenrechtsbasierten Umgang mit den Herausforderungen, die HIV mit sich bringt, wäre es zweifellos, die Inhalte des WSK-Pakts in Verfassungsrang zu verankern. Das Recht auf Gesundheit hat darin große Bedeutung und für Menschen, die mit HIV leben, wäre es wichtig sich darauf berufen zu können, etwa was ihre Anstrengungen gegen Diskriminierung beim Bekommen von Terminen bei niedergelassenen FachärztInnen betrifft. Nachdem die EGRC in den Bereichen, wo die Mitgliedstaaten für die Umsetzung zuständig sind,

vom Verfassungsgerichtshof als mit der Österreichischen Bundesverfassung gleichwertig erkannt worden ist, sind Differenzierungen in der Wertigkeit, Qualität und damit Bindungswirkung von unterschiedlichen Menschenrechten für die BürgerInnen kaum noch nachzuvollziehen. Eine Vereinheitlichung in der Umsetzung der verschiedenen Grundrechtsquellen in nationalem Verfassungsrecht würde besonders jenen zugutekommen, deren Menschenrechte an und für sich öfter verletzt werden; Menschen, die mit HIV leben, gehören zweifellos zu jener Gruppe.

6 Resümee

Aids stellt nicht nur eine medizinische Herausforderung dar, sondern in ebenso großem Ausmaß auch eine soziale, was die Diskriminierung und Stigmatisierung von Menschen betrifft, die mit HIV leben. Die Nichtbeachtung ihrer Menschenrechte mindert die medizinischen Erfolgspotentiale und nur wenn auch die menschenrechtliche Komponente im Kampf gegen Aids voll zum Tragen kommt, wird es einen weltweiten Erfolg bei der Eliminierung der Pandemie geben können.

Während im Bereich der Entwicklungszusammenarbeit Aids selten in menschenrechtsrelevanten Papieren vorkommt, ist dafür in der Praxis die Verbindung zwischen beiden Themenbereichen überraschend präsent, wenn auch nicht unbedingt in strukturierter Form, wie das der HRBA der VN vorsieht. Es ergibt sich wohl aus der Notwendigkeit bei der Arbeit vor Ort und der Erkenntnis bei der Planung und Implementierung von Projekten, dass Entwicklungspolitik nur dann erfolgreich sein kann, wenn mit allen – also medizinischen ebenso wie menschenrechtlichen – Mitteln dagegen angegangen wird, dass Errungenschaften der Entwicklungszusammenarbeit durch das Virus weiterhin massiv unterlaufen werden. In unserer entwicklungspolitischen Schreibtischrealität ist diese Notwendigkeit offensichtlich noch nicht so präsent wie sie es in der konkreten Arbeit vor allem im südlichen Afrika oder in Lateinamerika ist, aber es gibt Hinweise darauf, dass hier die Praxis die Theorie befruchten wird.

In den meisten Gesetzen und Normen ist ein HRBA theoretisch eigentlich vorhanden, Probleme gibt es aber beim realen Konsum der Menschenrechte jener, die mit HIV leben. Dort wo in der alltäglichen Praxis für die Einzelnen brennende Fragen auftauchen, ist vieles nicht lebensnah, wie etwa der konkret anwendbare Schutz vor Diskriminierung. Ein Bezugnehmen der Betroffenen auf die an sich guten Grundsätze ist für sie kaum möglich, da sie in anderen Lebensrealitäten verhaftet sind und sofern sie nicht in irgendeiner Art organisiert oder betreut sind, gibt es kaum einen realistisch beschreitbaren Weg, sein Recht bei einer Schlichtungsstelle oder vor Gericht durchzusetzen.

Besonders im Strafrecht gibt es hingegen auch Gesetze, die wirklich kontraproduktiv wirken und viele Errungenschaften der Prävention und der Gesundheitspolitik wieder

zunichtemachen. Hier wäre es wichtig, jenen Weg einzuschlagen, der den Betroffenen effektiv hilft, der sie menschenrechtlich schützt, sie medizinisch in bester Betreuung weiß und damit wichtige Prävention leistet. Für eine ernsthafte und wirkungsvolle Umsetzung der Überlegungen zur harm reduction ist wohl ein Paradigmenwechsel nötig, überkommene Werte müssen abgelegt, der Realität ins Auge geblickt und es muss ein neues, realistisches aber nicht beliebiges Verständnis dafür geschaffen werden, wie es gelingen kann für die betroffenen Menschen selbst und somit für die gesamte Gesellschaft das Bestmögliche auf gesetzlicher Basis umzusetzen. Realpolitisch tut sich dabei das große Problem auf, dass z.B. mit der Propagierung von Spriztentauschprogrammen in Gefängnissen nicht unbedingt Wahlen zu gewinnen sind.

Zu dem Problem, dass die Justiz bei der Anwendung des Strafgesetzbuchs die Botschaften der Gesundheitspolitik konterkariert, indem etwa vermittelt wird, dass es von Vorteil sei sich nicht testen zu lassen oder dass der Gebrauch von Kondomen nichts an Urteilen ändern würde, kommt eine zweite kommunikative Dissonanz, die nur durch das Ändern von kontraproduktiven und kriminalisierenden Gesetzen nicht so leicht zu lösen ist: Nämlich die Tatsache, dass HIV medizinisch mittlerweile gut behandelbar ist und durch moderne Medikamente eine Übertragung ausgeschlossen werden kann auf der einen Seite und dem Appell, weiterhin safer sex zu betreiben, auf der anderen. Die erste Botschaft könnte dazu beitragen, irrationale Ängste, das Verhaftetbleiben im wissenschaftlichen Kenntnisstand der 1980 und damit verbunden das überschießende Anwenden von kriminalisierenden Gesetzen zu überwinden. Die zweite Botschaft ist eine, die prinzipiell einen verantwortungsvollen Umgang mit Sexualität fordert und Vorsicht bei Sexualkontakten mit neuen oder wechselnden PartnerInnen einmahnt. Beide gemeinsam sind aber schwer widerspruchslös zu vermitteln und auch bei ExpertInnen, wie sie etwa bei der High Level Consultation in Oslo anwesend waren, führten sie zu kognitiven Dissonanzen: „Ist HIV jetzt also gefährlich oder quasi medizinisch überwunden?“ Beide Standpunkte sind in gewissem Sinne falsch, beide sind auch richtig, die Differenzierung zwischen den Botschaften öffentlich momentan beinahe unmöglich.

Als zentrales Element am Weg zu einem HRBA von Programmen ebenso wie von Normen muss die Erneuerung betrachtet werden. Dazu gehört die Evaluierung und Adaptierung der Menschenrechts-Grundlagen in der OEZA genauso wie eine

verstärkte Sensibilisierung, Schulung und breiter angelegte Bewusstseinsarbeit in der interessierten und besonders der desinteressierten Zivilgesellschaft. Innenpolitisch ebenso nötig ist die Adaptierung von Gesetzen, und abermals Schulung und Bewusstseinsarbeit, damit möglichst vielen EntscheidungsträgerInnen klar wird, wie wichtig das Erfüllen einer menschenrechtlichen Komponente bei allen Gesetzen und Normen ist, gerade wenn es um den Umgang mit HIV geht.

Bei einer aktiv angegangenen Revision von Bestehendem muss „das Erneuern“ der Leitgedanke sein, der vielen guten internationalen Papieren folgen kann, die einen klaren HRBA herausarbeiten. Internationale Vereinbarungen – zumeist von Österreich mitgetragen – müssen dementsprechend ernst genommen werden, ansonsten bleiben sie für die Betroffenen nur bedrucktes Papier ohne Sinn und Nutzen. Wo immer möglich, ist darauf zu achten, Synergien die die Umsetzung von Menschenrechten für Betroffene, für Gesundheitssysteme, für die Gesellschaft als Ganzes bringen, sichtbar zu machen. Es gilt, seriöse Abwägungen zu treffen, was denn eher zum Ziel führt: das Anwenden des Strafrechts oder den Menschen, die mit HIV leben, niederschweligen Zugang zu hochwertiger Behandlung und Prävention zu bieten.

Ziel aller Anstrengungen soll eine Aids-freie Gesellschaft sein, dies weltweit, also hat Österreich auch eine große Verpflichtung in den Politikfeldern EZA, Handelspolitik mit spezieller Betrachtung der Produktionsmöglichkeiten für Generika, dem Zugang zu und der Nutzbarmachung von Wissen und den Errungenschaften der Forschung für jene, die besonders schlimm von der Krankheit betroffen sind.

In diesem Kanon an Möglichkeiten, die Menschenrechte für jene zu stärken, die mit HIV leben, spielen auch die Medien eine nicht zu unterschätzende Rolle.

Wünschenswert in diesem Zusammenhang sind Trainings für JournalistInnen, wobei ihnen das richtige, nicht diskriminierende Vokabular vermittelt werden kann, wenn sie über Menschen berichten, die mit HIV leben. Ebenso wichtig ist das Zurverfügungstellen von Bildern, die keine Vorurteile bedienen. Nicht dahinsiechende Kinder, nicht mordende, ihre Sexualität als tödliche Waffe einsetzende Schwerverbrecher sollen die role models bei der bildlichen Berichterstattung sein, sondern es soll vermittelt werden, dass überall auf der Welt Menschen mit HIV leben, die bestmöglich ihre Potentiale nutzen, die gut und lange leben, die Verantwortung

für sich und ihre Mitmenschen übernehmen wollen. Bilder im Kopf jedes und jeder einzelnen sind oft ausschlaggebend für das Denken und Handeln, ebenso wie für das Treffen von weitreichenden Entscheidungen.

Klarheit ist auch in der Sprache beispielsweise von Regierungsprogrammen gefragt. Die in dieser Arbeit vorgenommene Betrachtung derselben in Hinblick auf HIV und Menschenrechte lehrt: wenn bei Regierungsverhandlungen Inhalte politisch nicht durchsetzbar sind, sie daher nicht ausreichend deutlich beschrieben werden können und mit konkreten Zeithorizonten versehene Aufträge an klar angesprochene Stellen gegeben werden, dann bringt es auch nichts, kryptische Formulierungen als Kompromiss im Text zu belassen, mit denen niemand etwas anfangen kann. Die spezielle Herausforderung beim Formulieren einer Aids-Politik, der ein HRBA zugrunde liegt ist die Tatsache, dass dies eine Querschnittsmaterie ist, viele Ressorts eine wichtige Rolle spielen und ein neuer Ansatz im Sinne eines menschenrechtsbasierten HIV-Mainstreamings nötig ist.

Bei der Weiterentwicklung von menschenrechtsbasierten HIV-relevanten Programmen und Normen macht es Sinn, sich nach positiven internationalen Beispielen umzusehen. Die Schweiz hat in vorbildlicher Weise in den letzten Jahren an der Adaptierung des Epidemiegesetzes mit dem Ziel gearbeitet, die strafrechtliche Diskriminierung von Menschen, die mit HIV leben, zu beseitigen. Zur Unterstützung dieser Arbeit gibt es in unserem westlichen Nachbarland ein gutes Instrument: eine beratende ExpertInnenkommission des Bundesrates. Sie hieß bis vor kurzem EKAF (Eidgenössische Kommission für AIDS-Fragen), neu nun EKSG (Eidgenössische Kommission für sexuelle Gesundheit). Die EKSG²⁷ verfügt über ein Präsidium und einen wissenschaftlichen Sekretär, berät den Bundesrat direkt und der Bundesrat folgt in der Regel ihren Empfehlungen. Es gibt auch in Österreich erste Überlegungen in einer Arbeitsgruppe im Gesundheitsministerium, einen solchen interdisziplinären Beirat zu errichten, um die Politik bei Aids-bezogenen Entscheidungen wissenschaftlich und praxisorientiert beraten zu können. Konkrete, unterschiedlich weit fortgeschrittene Arbeit an der Entkriminalisierung der Nichtoffenlegung einer HIV-Infektion, der potenziellen Exposition und der nicht vorsätzlichen Übertragung von HIV gibt es darüber hinaus in Dänemark, England und

²⁷ Siehe dazu: http://www.admin.ch/ch/d/cf/ko/index_67.html

Wales, Norwegen und den USA. Hinter all diesen Bemühungen steckt die Einsicht, dass die Kriminalisierung mehr Schaden für die Betroffenen und für die Gesellschaft anrichtet, als dass sie der öffentlichen Gesundheit und der Durchsetzung der Menschenrechte dient.

Ebenfalls international zu beobachten sind die weiteren Entwicklungen in Kanada, es bleibt abzuwarten, welche Erfahrungen mit dem Handbuch für RichterInnen gemacht werden, sobald es fertig ist und großflächig eingesetzt wird. Die Beobachtung dessen, was sich auf internationaler Ebene tut ist nicht nur deswegen sinnvoll, weil Österreich sich hier und dort best practice Beispiele anschauen könnte. Ebenso wichtig ist es, sich auf internationaler Ebene einzubringen, wie beispielsweise bei einer Empfehlung des Europarates an der gerade gearbeitet wird und die unter anderem vorsieht, dass homosexuelle Männer generell vom Blutspenden ausgeschlossen werden sollen. Auf Beamtenebene erfolgte hier ein Aufschrei schon vor dem Sommer 2012, einige österreichische Mitglieder der parlamentarischen Versammlung des Europarates sind alarmiert und es ist zu hoffen, dass Österreich auf dieser Ebene klar eine Position beziehen wird, die einen diskriminierungsfreien Zugang pflegt.

Mit dem Problem von Sparpaketen in öffentlichen Haushalten aufgrund der Finanz- und Wirtschaftskrise kämpft die Aidspolitik besonders auf internationaler Ebene. Trotz Sparmaßnahmen ist es notwendig, Gelder für die Bekämpfung von HIV in erhöhtem Maße bereitzustellen. Damit wäre Österreich in der Lage, einerseits internationalen Verpflichtungen näher zu kommen und bis zum Jahr 2015 die international und auf EU-Ebene zugesagten 0,7% des Bruttonationaleinkommens für Ausgaben im Bereich der Entwicklungszusammenarbeit zu entrichten. Dies hätte wohl auch positive Folgen für die Dotierung von UN Organisationen und anderen internationalen Einrichtungen wie dem Global Fund, die einen wichtigen Beitrag in der Bekämpfung der Pandemie leisten. Aber auch innerhalb Österreichs fehlt gegenwärtig Geld einerseits für zeitgemäße Studien, die nicht nur die Erkenntnisinteressen der Pharmaindustrie als Geldgeber bedienen, sondern eine Grundlage dafür bilden können, wie die Aufklärungsarbeit von jungen Menschen verbessert werden kann und sie in den vollen Genuss ihrer Menschenrechte kommen. Andererseits braucht es auch ein Mehr an Mitteln für die konkrete Beratung von Jugendlichen. Präventionsarbeit die wirklich ankommt ist neben einer guten

medizinischen Behandlung von allen Betroffenen der Schlüssel zum Stoppen der Pandemie, in den Ländern des Südens ebenso wie im ländlichen Bereich Österreichs.

Kohärentes Denken im Bereich einer menschenrechtsbasierten Aids-Politik vermindert die Gefahr, dass Chancen verpasst werden, die oft sehr naheliegend sind. Das Beispiel des EZA-Projekts in Moldau, das sich mit Opfern von Menschenhandel befasst aber die sexuellen und reproduktiven Rechte der Opfer komplett ausblendet, ist hierfür ein treffendes Beispiel. SRHR muss in bestehenden oder geplanten EZA Projekten mitbedacht werden, oft liegen Verbindungen zu Maßnahmen, die die sexuellen Rechte stärken, auf der Hand und wo immer möglich sind Synergien zu nutzen. Ein kohärenteres Denken könnte auch neue Wege erschließen, was die Ausweitung der Diskriminierungsgründe in den Gleichbehandlungsgesetzen betrifft, die dann einen real besseren Rechtsschutz für Menschen darstellen können, die mit HIV leben. Eine verlässliche Liste von Berufen, wo HIV gemeldet werden soll, die sozialpartnerschaftlich getragen und überall gleich kommuniziert wird, könnte ein für die betroffenen wichtiges Ergebnis einer ganzheitlichen Herangehensweise an eine menschenrechtsbasierte Aidspolitik im Bereich der Arbeitswelt sein.

Für beide untersuchten Bereiche zeigt sich, dass ein gefestigter HRBA eher dann zum Tragen kommt, wenn die Krankheit als Ausgangspunkt der politischen Befassung gesehen wird, selten nehmen allgemeine Überlegungen auf die spezielle Menschenrechtssituation von Menschen Rücksicht, die mit HIV leben. Auch in diesem Licht ist ein HIV-Mainstreaming überlegenswert. Ein mögliches Instrument dazu, die Vorblätter der Gesetze dafür zu nutzen und die Auswirkungen konkreter Gesetzesvorhaben auf spezielle Gruppen abzuschätzen, die besonders Gefahr laufen, in ihren Menschenrechten verletzt zu werden, ist leider schon sehr überstrapaziert, trotzdem sollte erwogen werden. Darüber hinaus könnte – im Sinne eines effizienten, breit getragenen und alle Ressorts umfassenden Menschenrechts-Schwerpunkts einer künftigen Regierung – ein landesweites Monitoring unter Zuhilfenahme von Erkenntnissen bestehender Berichte im Rahmen der international stattfindenden Evaluierungen dazu beitragen, einen Nationalen Aktionsplan auszuarbeiten, wie die Menschenrechte von besonders marginalisierten Gruppen

durch gesetzliche Maßnahmen ebenso wie durch modernisierte Programme gefördert werden können.

Bestehende Ansätze für einen fundamental verstandenen HRBA, wie sie in einigen policy papers zur EZA (etwa im Handbuch Menschenrechte oder in internationalen Dokumenten zur Verbindung von Menschenrechten und den Bedürfnissen von Menschen, die mit HIV leben) ebenso wie beispielsweise für den Umgang mit HIV-positiven Häftlingen bestehen, müssen wesentlich ernster genommen, als das momentan der Fall ist und wirklich in die Praxis umgesetzt werden. Unter Einbindung möglichst aller relevanten Stakeholder sind konkrete Wege zu überlegen, wie dies passieren kann. Dabei spielen Schulungen eine wichtige Rolle: Wie etwa können alle dazu infrage kommenden AkteurInnen befähigt werden, Menschenrechts-Dialoge wirklich zu führen und potentielle Diskriminierung von Menschen, die mit HIV leben, dabei effektiv anzusprechen? Ebenso wichtig ist die politische Rückendeckung und klare Aussagen durch zuständige MinisterInnen, dass z.B. Maßnahmen der harm reduction gewollt sind und unterstützt werden. Dem müssen dann die dementsprechenden Gesetze oder klare Anordnungen folgen, die diese Maßnahmen definieren und rechtlich absichern. In diesem Zusammenhang sei nochmals auf die Abbildung 3 verwiesen, die eindrücklich zeigt, wie sehr gute Gesetze den Verlauf der Pandemie zu beeinflussen vermögen. Unabdingbar dazu ist es, die Bindungswirkung von bestehenden Dokumenten zu erhöhen und gleichzeitig die Verbindlichkeiten der Ausführenden gegenüber einem HRBA zu stärken.

Aus meiner eigenen beruflichen Betroffenheit ein Appell am Schluss der Arbeit: Bei der Implementierung eines HRBA in der Aidspolitik ebenso wie in allen anderen Politikfeldern darf auf keine Gruppe von AkteurInnen verzichtet werden, im Gegenteil müssen alle relevanten Stakeholder in den Dialog zur holistischen Formulierung, politischen Realisierung und praxisnahen Implementierung eines menschenrechtsbasierten Ansatzes einbezogen werden. Besonders im Lichte der potentiellen positiven Wirkung von Gesetzen sind ParlamentarierInnen weltweit als wichtige Ressource in der Stärkung von Menschenrechten und der Beendigung der Pandemie zu betrachten. Sie können PartnerInnen nicht nur bei der Schaffung von nationalen Gesetzen sein, sondern auch bei der Neudefinition der post-MDG Agenda (also den ab 2015 geltenden Entwicklungszielen ebenso wie den neu zu installierenden SDGs, der Sustainable Development Goals), also einem Bereich, wo

Menschenrechte bisher nicht die Bedeutung hatten, die ihnen zukommen müsste. ParlamentarierInnen sind ein wichtiges Bindeglied zwischen Regierungen und WählerInnen, sie wissen üblicherweise, was die brennendsten Probleme der Menschen sind die sie vertreten, können dieses Wissen also in den Prozess der Neuformulierung der post-MDG-Agenda einbringen, dabei auch übergeordnete internationale Ziele berücksichtigen und eine wichtige Rolle bei der Implementierung der künftigen Ziele spielen, bei denen die weltweite Umsetzung der Menschenrechte im Mittelpunkt steht.

Letztlich wird es keine passgenauen Programme, Aktionspläne oder Gesetze geben, ohne auf die Interessen der von HIV oder Aids betroffenen Menschen einzugehen. GIPA, also die bessere Involvierung von Menschen, die mit HIV leben, ist daher nicht nur als theoretischer Ansatz zu sehen, der manchmal mehr „in Mode“ ist und manchmal weniger, sondern als wichtige Befruchtung der Diskussion und als Chance zu begreifen, auch einen anderen Blickwinkel in alle Überlegungen miteinbeziehen zu können. Die Neugestaltung der österreichischen Aidspolitik hat nicht nur internationalen Appellen und Papieren zu folgen, sie muss den Ansatz verinnerlichen, dass Menschen, die mit HIV leben, als TrägerInnen von Rechten zu sehen sind und nicht bloß als Hilfsbedürftige, zu umsorgende Kranke ohne Perspektive. Wenn Betroffene und ihre Bedürfnisse ernst genommen werden und ihre Menschenrechte vollkommen gewahrt werden, sind sie in der Lage, einen unverzichtbaren Beitrag dazu zu leisten, dass die Vision einer Aids-freien Welt ein Stück greifbarer wird.

Anhang

Im Anhang finden sich die beiden Listen der laufenden und abgeschlossenen Projekte, die aus Mitteln der ADA unterstützt werden und wurden und die in ihrer Wirkung eine Komponente haben, die Relevanz für Menschen hat, die mit HIV leben:

Vertrag/Proj Nr	Land (Name)	Träger	Projekttitel	Engl Kurztitel	Vertragssumme	Laufzeit- Beginn	Laufzeit- Ende	HIV-K
Laufende Projekte								
1494-01/2011	Nicaragua	Horizont 3000 - Österreichische Organisation für Entwicklungszusammenarbeit	Medizinische Grundversorgung für die Bevölkerung im Gemeindebezirk Prinzapolka inkl. HIV-AIDS Betreuung in Puerto Cabezas und Bluefields, Nicaragua	Basic health care programme in Prinzapolka and basic health care including HIV/Aids in Puerto Cabezas and Bluefields	€ 1.398.900,00	01-Apr-11	31-Mär-13	HIV-K
2312-00/2011	Nicaragua	Ministerio de Relaciones Exteriores, Nicaragua	FONSALUD - Beitrag zur Programmhilfe im Gesundheitssektor, Nicaragua	FONSALUD - Contribution to health SWAP in Nicaragua	€ 1.700.000,00	01-Jän-11	31-Dez-12	HIV-K
2319-03/2011	South Africa	Yabonga - Verein für Kinder in Afrika	NRO-Kofinanzierungsprojekt: Errichtung von zwei Bäckereien in den Armenvierteln rund um Kapstadt	NGO cofinance: two bakeries in slums around Cape Town to support people in need, especially children, youth and people with HIV/Aids	€ 80.000,00	01-Jul-11	31-Dez-13	HIV-K
2319-04/2010	Mozambique	Missio - Päpstliche Missionswerke in Österreich	NRO-Kofinanzierungsprojekt: Verbesserung des Gesundheitszustandes in Süd-Sofala - v.a. für Mütter und ihre Neugeborenen	NGO-cofinancing: Improving health, especially maternal and post-natal child health in South Sofala	€ 97.950,00	01-Aug-10	31-Jul-12	HIV-K
2319-11/2010	Congo, Dem. Rep. (Zaire)	Austrian Help Programm	NRO-Kofinanzierungsprojekt: Medizinische Vorsorge und Aufklärung - medizinische Bildung und Aufklärung für Bevölkerung, v.a. Frauen in Goma	NGO cofinance: Medical care and education for people, especially women in Goma	€ 50.000,00	01-Jän-11	31-Dez-12	HIV-K
2325-02/2011	Nicaragua	Horizont 3000 - Österreichische Organisation für Entwicklungszusammenarbeit	NRO/EU-Kofinanzierung: Sexuelle und reproduktive Gesundheit in der Nördlichen Autonomen Karibikregion Nicaraguas	NGO/EU cofinance: Sexual and reproductive health care and education for youth and young adults in the RAAN - Región Autónoma del Atlántico Norte, Nicaragua	€ 392.700,00	01-Jän-11	30-Jun-14	HIV-K
2338-05/2011	Kenya	Daraja - Die Brücke	NRO-Kofinanzierungsprojekt: Masaai Expansion - HIV Prävention in Emali		€ 5.000,00	01-Jul-11	30-Jun-12	
2529-00/2010	Nicaragua	Nonvegische Botschaft in Managua	Beitrag zum Basket Fund zur Förderung der der nicaraguanischen Zivilgesellschaft (FED), Nicaragua	Contribution to the basket fund to support civil society in Nicaragua (FED)	€ 600.000,00	01-Jun-10	31-Aug-13	HIV-K
2550-12/2011	Nepal	Astier Demarest SA	IZW-Projekt: Organische und Fair Trade zertifizierte ätherische Öle aus Nepal	Business partnership program: organic and fair trade certified essential oils from Nepal	€ 200.000,00	01-Sep-11	31-Aug-14	HIV-K

Abgeschlossene Projekte									
1494-00/2008	Nicaragua	Horizont 3000 - Österreichische Organisation für Entwicklungszusammenarbeit	Programme zur HIV/AIDS-Betreuung der Bevölkerung in den Karibikregionen Nicaraguas	Support to the Somali Regional Health Bureau in the development of health services in Gode, Kelafo, Mustahill and Adanle Voredas, Somali Regional State	Programme for HIV/AIDS care in the Caribbean regions	€ 1.983.915,00	01-Apr-08	31-Mar-11	
1986-01/2008	Ethiopia	Deutsche Welthungerhilfe e.V.	Adanle Voredas, Somali Regional State	Support to the Somali Regional Health Bureau in the development of health services in Gode, Kelafo, Mustahill and Adanle Voredas, Somali Regional State	Support f. Dev. of Health Services in Gode, Kelafo, Mustahill & Adanle	€ 1.148.457,00	10-Jan-08	30-Jun-09	HIV-K
2319-05/2008	Mozambique	ÖRK - Österreichisches Rotes Kreuz	NRO-Kofinanzierungsprojekt: Gesundheitsförderung durch Kapazitätsaufbau in Sofala - Öst. Rotes Kreuz	NRO-Kofinanzierungsprojekt: Gesundheitsförderung durch Kapazitätsaufbau in Sofala - Öst. Rotes Kreuz	NGO cofinance: capacity building in the health sector in Sofala	€ 73.000,00	01-Okt-08	30-Sep-10	HIV-K
2319-07/2008	South Africa	Gemeinnützige Entwicklungszusammenarbeit GmbH	NRO-Kofinanzierungsprojekt: Verbesserung und Ergänzung der HIV-Präventionsmethodik	NRO-Kofinanzierungsprojekt: Verbesserung und Ergänzung der HIV-Präventionsmethodik	NGO cofinance: improvement of HIV/Aids prevention	€ 73.000,00	01-Sep-08	31-Aug-10	
2325-21/2007	Nicaragua	Horizont 3000 - Österreichische Organisation für Entwicklungszusammenarbeit	NRO/EU-Kofinanzierungsprojekt: Produktion und Vermarktung landwirtschaftlicher Erzeugnisse, UNAG Chontales	NRO/EU-Kofinanzierungsprojekt: Produktion und Vermarktung landwirtschaftlicher Erzeugnisse, UNAG Chontales	NGO/EU cofinance: production & marketing of agricultural products	€ 73.290,00	01-Jan-08	30-Jun-11	HIV-K
2529-00/2007	Nicaragua	Forum Syd	Beitrag zum Basket Fund für Projekte zur Frauenförderung, Nicaragua	Beitrag zum Basket Fund für Projekte zur Frauenförderung, Nicaragua	Contribution to the basket fund for for womens promotion	€ 200.000,00	01-Nov-07	31-Dez-08	HIV-K
2550-06/2006	South of Sahara, regional/multi-country	Rift Valley Holdings Private Ltd.	IZW-Projekt 11.VG: Supra-regional health program for HIV/malaria-affected employees and families in the Southern African Region	IZW-Projekt 11.VG: Supra-regional health program for HIV/malaria-affected employees and families in the Southern African Region	IZW-Projekt: Business partnership program: program for HIV/malaria affected employees	€ 1.104.687,00	01-Nov-06	30-Sep-09	HIV-K
3108-05/2007	Uzbekistan	World Vision Österreich	NRO-Kofinanzierungsprojekt: Lebensqualität für HIV-Betroffene Familien, Usbekistan	NRO-Kofinanzierungsprojekt: Lebensqualität für HIV-Betroffene Familien, Usbekistan	NGO cofinance: improve quality of life for HIV-affected families	€ 72.000,00	01-Sep-07	31-Mar-10	
Legende:									
2338-xx/xxxx		NRO-Kofinanzierung, Mikroprojekte							
2319-xx/xxxx		NRO-Kofinanzierung, Einzelprojekte Süd							
3108-xx/xxxx		NRO-Kofinanzierung, Einzelprojekte Ost							
2325-xx/xxxx		NRO-Kofinanzierung, EU-Ergänzungsfinanzierungen							
Die anderen Projekte betreffen andere ADA-Budgetlinien.									

Literaturverzeichnis

- ADA. (September 2010). *Österreichische Entwicklungszusammenarbeit*. Abgerufen am 1. November 2012 von Fokus: HIV/Aids in der OEZA:
http://www.entwicklung.at/uploads/media/Fokus_HIV-AIDS_September2010.pdf
- ADA. (November 2011). *Themenpapier Menschenrechte in der Österreichischen Entwicklungspolitik*. Abgerufen am 1. August 2012 von Österreichische Entwicklungszusammenarbeit:
http://www.entwicklung.at/uploads/media/Thema_Menschenrechte_Nov2011_01.pdf
- ADA. (kein Datum). *Österreichische Entwicklungszusammenarbeit*. Abgerufen am 2. August 2012 von Governance und Menschenrechte:
http://www.entwicklung.at/themen/governance_und_menschenrechte/
- Aggleton, P., Wood, K., Malcolm, A., & Parker, R. (2005). *UNAids: HIV-related Stigma, Discrimination and Human Rights Violation – Case Studies of Successful Programms*. Geneva: WHO.
- Ärzte ohne Grenzen. (2010). *Die Kritik von Ärzte ohne Grenzen am geplanten EU-Indien-Freihandelsabkommen, Presseaussendung*. Wien: Ärzte ohne Grenzen.
- Außenministerium. (2003). *Entwicklungszusammenarbeitsgesetz*. Wien: BMaA.
- Bandion-Ortner, M. C. (2000). *Anfragebeantwortung Petra Bayr und GenossInnen betr. Straftatbestände der § 178 und 179 StGB*. Wien: Justizministerium.
- Barroso, J. M. (10. Februar 2012). *Jose Manuel Barroso, Präsident der Europäischen Kommission*. Abgerufen am 1. September 2012 von Europäische Kommission:
http://ec.europa.eu/commission_2010-2014/president/news/speeches-statements/2012/02/20120209_speeches_1_de.htm
- Berka, W. (1999). *Die Grundrechte. Grundfreiheiten und Menschenrechte in Österreich*. Wien: Springer.

- Bernard, E. J. (14. Februar 2012). *Overview of the criminalisation of HIV non-disclosure, exposure and transmission*. Oslo: criminalhivtransmission.blogspot.com.
- Bernard, E. J., & Bennett-Carlson, R. (2012). *Criminalisation of non-disclosure, exposure and transmission: Background and current landscape*. Geneva: UNAIDS.
- Bhardwaj, K. (25. Juli 2012). *International Aids Conference 2012*. Abgerufen am 1. September 2012 von http://pag.aids2012.org/PAGMaterial/aids2012/PPT/1112_1563/25%20july%20presentation%202.pptx.
- BKA. (3. Dezember 2008). *Bundeskanzleramt Österreich*. Abgerufen am 4. August 2012 von Regierungserklärung von Bundeskanzler Werner Faymann: http://www.bka.gv.at/site/cob__33021/currentpage__0/6598/default.aspx
- BMAA Sektion VII. (2003). *Dreijahresprogramm der österreichischen Entwicklungspolitik 2004-2006*. Wien: BMAA.
- BMAA Sektion VII. (2005). *Dreijahresprogramm der österreichischen Entwicklungspolitik 2005 - 2007*. Wien: BMAA.
- BMAA Sektion VII. (2006). *Dreijahresprogramm der österreichischen Entwicklungspolitik 2006 - 2008*. Wien: BMAA.
- BMeiA Sektion VII. (2007). *Dreijahresprogramm der österreichischen Entwicklungspolitik 2007 - 2009*. Wien: BMeiA.
- BMeiA Sektion VII. (2008). *Dreijahresprogramm der österreichischen Entwicklungspolitik 2008 - 2010*. Wien: BMeiA.
- BMeiA Sektion VII. (2009). *Dreijahresprogramm der österreichischen Entwicklungspolitik 2009 - 2011*. Wien: BMeiA.
- BMeiA Sektion VII. (2010). *Dreijahresprogramm der österreichischen Entwicklungspolitik 2010 - 2012*,. Wien: BMeiA.

- BMeiA Sektion VII. (2011). *Dreijahresprogramm der österreichischen Entwicklungspolitik 2010 - 2012, Aktualisierung 2011*. Wien: BMeiA.
- BMeiA Sektion VII. (2011). *Dreijahresprogramm der österreichischen Entwicklungspolitik 2011 - 2013*. Wien: BMeiA.
- BMUKK. (2006). *Lehrpläne - allgemeinbildende höhere Schulen*. Wien: BMUKK.
- BMUKK. (2012). *Verordnung des Bundesministers für Unterricht und kulturelle Angelegenheiten über die Lehrpläne der Hauptschulen*. Wien: BMUKK.
- Bundesministerium für Gesundheit. (2008). *Anlage zu § 2 der Versorgungsmedizin-Verordnung vom 10. Dezember 2008*. Bonn: Bundesministerium für Gesundheit.
- Chlestil, M., Bei, N., Debrito, A., & Wonka, R. (2012). *HIV und Aids in der Arbeitswelt. Häufig gestellte Fragen*. Wien: Verlag des Österreichischen Gewerkschaftsbundes GmbH.
- Crewe, M. (2009). The HIV/AIDS Epidemic and Human Rights Responses. In M. R. Andrew Clapham, *Realizing the Right to Health* (S. 277-286). Berne: Rüffer & Rub.
- Dessewffy, E., & Ey, F. (2012). *Freihandelsabkommen der EU zu Indien - nachhaltigkeits-relevante Aspekte*. Wien: Bundesarbeitskammer Österreich.
- Drexler, D. K. (15. Dezember 2005). Erlass BMJ-E42702/0038-V 3/2005. IVV - *Sicherheitscodes*. Wien: Bundesministerium für Justiz.
- EASA. (15. Dezember 2011). *European Aviation Safety Agency*. Abgerufen am 2. November 2012 von Acceptable Means of Compliance and Guidance Material to Part-MED: <http://easa.europa.eu/agency-measures/docs/agency-decisions/2011/2011-015-R/AMC%20and%20GM%20on%20the%20medical%20certification%20of%20pilots%20and%20medical%20fitness%20of%20cabin%20crew.pdf>
- ECOSOC. (2000). *General Comment No. 14, The Right to the highest attainable standard of health*. Geneva: United Nations.

Elisabeth Anna Resch, G. M. (2012). *Country Progress Report UNAIDS 2012 Civil Society Austria*. Wien: Aktionsbündnis gegen Aids.

Europäisches Parlament und Europäischer Rat. (2006). *Verordnung (EG) Nr. 816/2006 des Europäischen Parlaments und des Rates über Zwangslizenzen für Patente an der Herstellung von pharmazeutischen Erzeugnissen für die Ausfuhr in Länder mit Problemen im Bereich der öffentlichen Gesundheit*. Strassburg: Amtsblatt der Europäischen Union.

Europäisches Parlament, Rat und Kommission. (2000). *Charta der Grundrechte der Europäischen Union*. Rom: EU.

Europarat. (1950). *Konvention zum Schutze der Menschenrechte und Grundfreiheiten*. Rom: Europarat.

Europarat Ministerkomitee. (2012). *Empfehlungen CM/Rec (2012) 5 betreffend den Europäischen Verhaltenskodex für Stafvollzugspersonal*. Strassburg: Europarat.

European External Action Service. (2007). *European Union - External Action*. Abgerufen am 9. September 2012 von INDIA Country Strategy Paper 2007 - 2013: http://eeas.europa.eu/india/csp/07_13_en.pdf

European External Action Service. (April 2010). *European Union - External Action*. Abgerufen am 9. September 2012 von INDIA Country Strategy Paper 2007 - 2013 Mid-Term Review: http://eeas.europa.eu/india/csp/11_13_mtr_en.pdf

European Parliament. (11. März 2004). *Welcome to the European Parliament*. Abgerufen am 9. September 2012 von Subject: EU's undertakings at Doha concerning TRIPS agreements: <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//TEXT+CRE+20040311+ANN-01+DOC+XML+V0//EN&query=QUESTION&detail=H-2004-0105>

Francoise-Xavier Bagnoud Center for Health Rights. (kein Datum). *Francoise-Xavier Bagnoud Center for Health and Human Rights*. Abgerufen am 10. Juli 2012 von www.harvardfbcenter.org/about-jonathan-mann.php

Gerichtshof der Europäischen Gemeinschaften. (11. Juli 2006). *EUR-LEX*. Abgerufen am 20. November 2012 von Urteil des Gerichtshofes (Große Kammer) vom 11. Juli 2006. Sonia Chacón Navas gegen Euresť Colectividades SA.:

<http://eur->

[lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:62005J0013:DE:NOT](http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:62005J0013:DE:NOT)

Global Commission on HIV and the Law. (2012). *Risks, Rights & Health*. New York City: UNDP.

Graupner, H. (2009). *HIV & Strafrecht - Die Rechtslage in Österreich*. Solothurn.

Graupner, H. (16. Jänner 2012). *Rechtskomitee Lambda*. Abgerufen am 16. August 2012 von Strafprozess Ab 1.1.2012: Zwangs-Hiv-Tests:

<http://www.rklambda.at/News/index.htm>

Gucht, K. d. (25. Mai 2010). *EUropean Commission - DG TRADE*. Abgerufen am 8. September 2012 von Access to medicines:

http://trade.ec.europa.eu/doclib/docs/2010/may/tradoc_146192.pdf

Haller, D. B. (1994). *Grundsatz'erlass "Sexualerziehung in der Schule" Wiederverlautbarung*. Wien: BMUKK.

Hinterhofer, A. P. (2002). *AIDS, HIV und Strafrecht. Zur Strafbarkeit von Sexualkontakten HIV-infizierter Personen nach den §§ 178, 179 StGB*. Wien: AIDS-Hilfen Österreich.

International AIDS Society. (Juli 2010). *Die Wiener Erklärung*. Abgerufen am 27. August 2012 von <http://www.diewienererklarung.com/>

Internationale Zivilgesellschaft. (2012). *Die Deklaration von Oslo über die Kriminalisierung von HIV*. Oslo: HIV Justice Network.

Knorr, B. (kein Datum). *Medizinische Versorgung in Haft*. Berlin: Deutsche Aidshilfe.

Kromer, I. (1999). *Vom Anbandeln, Schmuse'n und Miteinander Schlafen. Jugendsexualität in den 90er Jahren*. Wien: Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen.

- Lor, A. (2011). *Public Health and Human Rights Impact Assessment*. Atlanta: Centre for Global Health, Centres for Disease Control and Prevention.
- Mann, J., Gruskin, S., Grodin, M., & Annas, G. (1999). *Health and Human Rights: A Reader*. New York: Routledge.
- Mann, J., Tarantola, D., & Netterm, T. (1992). *AIDS in the world*. Harvard, USA: The President and Fellows of Harvard College.
- Medecins sans Frontieres. (2012). *Untangling the Web of Antiretroviral Price Reductions. 15th edition*. Geneva: MsF.
- Neider, D. (3. März 1995). Erlass 41701/13-V/95. *Verbot der Öffentlichmachung von Erkrankungen von Insassen*. Wien: Bundesministerium für Justiz.
- Neider, M. (8. November 1999). Erlass 52201/12V.1/1999. *Richtlinien und Empfehlungen für die Postexpositionelle Prophylaxe (PEP) nach beruflicher Exposition mit HIV*. Wien: Bundesministerium für Justiz.
- Neumüller, M. D. (1993). *Rundschreiben Nr. 88/1993 Vorgehen bei HIV Infektionen an Schulen (Wiederverlautbarung)*. Wien: BMUKK.
- ORF Steiermark. (5. März 2012). *ORF.at*. Abgerufen am 22. August 2012 von ORF Steiermark: <http://steiermark.orf.at/news/stories/2523297/>
- ORF, S. (30. November 2011). *Salzburg ORF.at*. Abgerufen am 23. September 2012 von Aidshilfe: WKÖ diskriminiert HIV-Kranke: <http://salzburg.orf.at/news/stories/2511314/>
- Österreichische Bundesregierung. (2003). *Regierungsprogramm für die XXII Legislaturperiode*. Wien.
- Österreichische Bundesregierung. (2007). *Regierungsprogramm für die XXIII. Gesetzgebungsperiode*. Wien.
- Österreichische Bundesregierung. (2008). *Regierungsprogramm für die XXIV. Gesetzgebungsperiode*. Wien.

- Parlamentsdirektion. (6. März 2003). *www.parlament.gv.at*. Abgerufen am 17. Juli 2012 von Stenographisches Protokoll:
http://www.parlament.gv.at/PAKT/VHG/XXII/NRSITZ/NRSITZ_00007/fname_114623.pdf
- Parlamentskorrespondenz. (2011). *Stenographisches Protokoll XXIV. GP 124. Sitzung*. Wien: Parlament.
- Piot, P., Timberlake, S., & Sigurdson, J. (2009). Governance and the Respond to AIDS; Lessons for Development and Human Rights. In M. R. Andrew Clapham, *Realizing the Right to Health* (S. 331-345). Berne: Rüffer & Rub.
- Pöhl, R. (2006). *Hepatitis C und Haft - epidemiologische und therapeutische Implikationen*. Wien: Justizanstalt Favoriten.
- Rothe, B. (2009). *Schutzrechte für geistiges Eigentum in China und Indien - das TRIPS Abkommen*. Hamburg: igel Verlag.
- Sonnenberg-Schwan, D.-P. U. (2. März 2012). *Frauen und HIV/AIDS - medizinische und psychosoziale Aspekte*. Abgerufen am 22. August 2012 von Aidshilfe Vorarlberg - Downloads: http://www.aidshilfe-vorarlberg.at/fileadmin/dokumente/downloads/2012/vortrag_vorarlberg_uss_02032012.pdf
- UN. (2000). *End Poverty 2015*. Abgerufen am 12. Juli 2012 von Millennium Development Goals: www.un.org/millenniumgoals/aids.shtml
- UN. (2001). *Declaration of Commitment on HIV/AIDS*. New York City: United Nations.
- UN. (2012). *The Millennium Development Goals Report 2012*. New York City: United Nations.
- UN Agencies. (2003). *The Human Rights Based Approach to Development Cooperation*. Abgerufen am 3. März 2012 von Towards a Common Understanding Among UN Agencies:
http://www.humanrights.gov.au/social_justice/conference/engaging_communities/un_common_understanding_rba.pdf

UN Agencies. (kein Datum). *The Human Rights Based Approach to Development Cooperation*. Abgerufen am 3. März 2012 von Towards a Common Understanding Among UN Agencies:
http://www.humanrights.gov.au/social_justice/conference/engaging_communities/un_common_understanding_rba.pdf

UN General Assembly. (2011). *Political Declaration on HIV/AIDS: Intensifying our Efforts to Eliminate HIV/AIDS*. New York City: United Nations.

UN Human Rights Council. (2011). *The protection of human rights in the context of HIV and Aids; 16/28*. Genf: VN.

UNAIDS. (23. November 2010). *UNAIDS Fact Sheet Asia*. Abgerufen am 6. August 2012 von Global Report:
http://www.unaids.org/documents/20101123_FS_Asia_em_en.pdf

UNAIDS. (23. November 2010). *UNAIDS Fact Sheet Caribbean*. Abgerufen am 6. August 2012 von Global Report:
http://www.unaids.org/documents/20101123_FS_carib_em_en.pdf

UNAIDS. (23. November 2010). *UNAIDS Fact Sheet Central and South America*. Abgerufen am 6. August 2012 von Global Report:
http://www.unaids.org/documents/20101123_FS_csa_em_en.pdf

UNAIDS. (23. November 2010). *UNAIDS Fact Sheet Eastern Europe and Central Asia*. Abgerufen am 6. August 2012 von Global Report:
http://www.unaids.org/documents/20101123_FS_eeca_em_en.pdf

UNAIDS. (23. November 2010). *UNAIDS Fact Sheet Middle East and North Africa*. Abgerufen am 6. August 2012 von Global Report:
http://www.unaids.org/documents/20101123_FS_mena_em_en.pdf

UNAIDS. (23. November 2010). *UNAIDS Fact Sheet North America and Western Europe*. Abgerufen am 6. August 2012 von Global Report:
http://www.unaids.org/documents/20101123_FS_nawe_em_en.pdf

UNAIDS. (23. November 2010). *UNAIDS Fact Sheet Oceania*. Abgerufen am 6.

August 2012 von Global Report:

http://www.unaids.org/documents/20101123_FS_oceania_em_en.pdf

UNAIDS. (23. November 2010). *UNAIDS Factsheet Subsaharan Africa*. Abgerufen

am 6. August 2012 von Global Report:

http://www.unaids.org/documents/20101123_FS_SSA_em_en.pdf

UNAIDS. (2011). *Data Tables 2011*. Genf: Joint United Nations Programme on HIV/Aids (UNAIDS).

UNAIDS. (2011). *World Aids Day Report 2011*. Genf: UNAIDS.

UNAIDS. (26. Oktober 2012). *UNAIDS targets and commitments*. Abgerufen am 1.

Novmeber 2012 von 15 million accessing treatment:

<http://www.unaids.org/en/targetsandcommitments/15millionaccessingtreatment/>

UNAIDS. (October 2011). *UNAIDS Terminology Guidelines*. Genf: UNAIDS.

UNAIDS. (October 2011). *UNAIDS Terminology Guidelines*. Genf: UNAIDS.

UNGV. (1966). *Internationaler Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte*. New York City: Vereinte Nationen.

UNGV, G. d. (1948). *AEMR Allgemeine Erklärung der Menschenrechte*. New York City: Vereinte Nationen.

UNICEF. (2004). *The State of the World's Children*. Abgerufen am 2. November 2012 von Annex B: <http://www.unicef.org/sowc04/files/AnnexB.pdf>

United Nations, G.-f. (8 June 2011). Political Decaration on HIV/Aids: Intensifying our Efforts to Eleminate HIV/Aids, A/65/L.77. *Intensifying our Efforts to Eleminate HIV/Aids, A/65/L.77*; (S. Article 13). New York City, USA: VN.

VN. (1955). *Mindestgrundsätze für die Behandlung der Gefangenen*. Genf: VN.

- VN General Assembly. (20-22. September 2010). *Fact Sheet Goal 8*. Abgerufen am 13. Juli 2012 von End Poverty 2015:
http://www.un.org/millenniumgoals/pdf/MDG_FS_8_EN.pdf
- VN Generalversammlung. (2006). *Convention on the Rights of Persons with Disabilities (CRPD)*. New York City: Vereinte Nationen.
- VOR. (2012). *Beförderungsbedingungen*. Wien: Verkehrsverbund Ost-Region.
- Walter, F., & Mair, A. (2009). *Menschenrechte Leitlinie der österreichischen Entwicklungs- und Ostzusammenarbeit*. Wien: BMeiA.
- Walter, F., Nowak, M., Sommer, C., Sax, H., & Huber-Grabenwarter, G. (2010). *Handbuch Menschenrechte*. Wien: ADA.
- WHO. (1999). *WHO guidelines on HIV infection and AIDS in Prisons (electronic version)*. Geneva: UNAIDS.
- WHO. (2011). *A new health sector agenda for HIV/AIDS. Global health sector strategy on HIV/AIDS 2011 - 2015*. Geneva: World Health Organisation.
- WHO. (3. Juni 2011). *World Health Organisation*. Abgerufen am 24. März 2012 von HIV treatment reaching 6.6 million people, but majority still in need:
http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2011/hivtreatment_20110603/en/index.html
- WHO Europe. (1999). *Europäische Richtlinien zu HIV/AIDS und Hepatitis in Gefängnissen*. Mailand: Europäisches Netzwerk zur Prävention von HIV und Hepatitis in Gefängnissen.
- WHO. (kein Datum). *WHO Regional Office Europe*. Abgerufen am 6. August 2012 von HIV/Aids in prisons: <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/communicable-diseases/hivaids/policy/hivaids-in-prisons>
- Wimmer-Puchinger, B., & Nöstlinger, C. (1992). *Evaluationsstudie der AIDS-Kampagne*. Wien: Ludwig Boltzmann-Institut für Gesundheitspsychologie der Frau (Hrsg.).

- WKÖ. (28. Juli 2011). *Wirtschaftskammer Wien*. Abgerufen am 23. September 2012 von HIV und AIDS: Umgang im Unternehmen mit betroffenen Mitarbeitern:
http://portal.wko.at/wk/format_detail.wk?angid=1&stid=627421&dstid=686&titel=HIV%2Cund%2CAids%2C-%2C Umgang%2Cim%2CUnternehmen%2Cmit%2Cbetroffenen%2CMitarbeiter
- Wolf, T. (8. April 2012). *Entwicklungspolitik online*. Abgerufen am 1. September 2012 von Ärzte ohne Grenzen: EU gefährdet Zugang zu bezahlbaren Medikamenten aus Indien:
http://www.epo.de/index.php?option=com_content&view=article&id=7143:eu-gefaehrdet-zugang-zu-bezahlbaren-medikamenten-aus-indien&catid=52&Itemid=100
- WTO. (6. Dezember 2005). *Amendment of the TRIPS Agreement*. Abgerufen am 1. September 2012 von World Trade Organization:
http://www.wto.org/english/tratop_e/trips_e/wtl641_e.htm
- WTO. (2012). *About the WTO - Statement by the Director-General*. Abgerufen am 1. September 2012 von World Trade Organization:
http://www.wto.org/english/thewto_e/whatis_e/wto_dg_stat_e.htm
- Zangerle, R., Gogl, S., Hillisch, V., Kitchen, M., Scarcletti, M., & Sturm, G. (2012). *HIV/AIDS in Austria - 21st Report of the Austrian HIV Cohort Study*. Innsbruck: Zangerle, Dr. Robert.