



HIV/AIDS und Frauen – Herausforderungen für die Entwicklungspolitik

Positionspapier

Wien, am 7.7.2010

Autorinnen

Eva Dürr (Österreichische Gesellschaft für Familienplanung)

Julia Günther (WIDE)

Lisa Sterzinger (World Vision)

Claudia Thallmayer (WIDE)

Herausgeberin

WIDE – Netzwerk Women in Development Europe

Währingerstr. 2-4/22

A-1090 Wien


Tel: (++43-1) 317 40 31

office@wide-netzwerk.at

www.wide-netzwerk.at

ZVR-Zahl: 626905553

finanziert durch die

Österreichische

Entwicklungszusammenarbeit

Inhalt

1. Einleitung	3
2. Daten, Fakten, Hintergründe	4
3. Frauenrechte sind Menschenrechte	7
4. „Care“ und HIV/AIDS	12
5. Handelsbeziehungen und Zugang zu Medikamenten	14
6. Erfüllung internationaler Verpflichtungen	15
7. Zusammenfassung	20

1. Einleitung

Frauen aus Organisationen der Entwicklungszusammenarbeit und Entwicklungspolitik möchten anlässlich der XVIII. Weltaidskonferenz die Aufmerksamkeit auf die besondere Betroffenheit von Frauen durch die Immunschwächekrankheit lenken.

In diesem Positionspapier von WIDE Österreich finden Sie, neben einer Bestandsaufnahme der aktuellen Situation von Frauen und HIV/AIDS, auch die dringendsten Forderungen an die österreichische Regierung, an die EU und internationale Organisationen, an VertreterInnen internationaler Hilfswerke und zivilgesellschaftlicher Organisationen, die bei der Konferenz anwesend sein werden sowie an VertreterInnen der Pharmakonzerne und der Religionsgemeinschaften.

Das Thema der AIDS 2010-Konferenz „Rechte hier und jetzt“ verweist speziell darauf, dass konkrete Maßnahmen im Bereich der Menschenrechte getroffen werden müssen, um die am stärksten von HIV gefährdeten und betroffenen Bevölkerungsgruppen zu schützen: Dazu gehören vor allem im südlichen Afrika und in Asien Frauen und Mädchen. In Europa, Russland und Zentralasien hingegen hat die Feminisierung von HIV/AIDS bisher langsamer und in geringerem Ausmaß stattgefunden. Die Hochrisikogruppen in der EU, in Osteuropa und Zentralasien sind (intravenöse) DrogenkonsumentInnen, SexarbeiterInnen, homosexuelle Männer und Transsexuelle, Strafgefangene sowie MigrantInnen aus Hochprävalenzländern. Junge Frauen in diesen Regionen laufen vor allem auf der Suche nach einer besseren Zukunft Gefahr, Opfer von Frauenhandel zu werden und sich mit HIV zu anstecken.

Das zunehmende HIV-Infektionsrisiko von Frauen, die Übertragung der Infektion von Schwangeren auf ihre neugeborenen Kinder sowie die verstärkte Betroffenheit von Frauen durch die Hauptlast der Pflege- und Betreuungsarbeit sind alarmierende Auswirkungen der Feminisierung von Armut und Ausdruck der ungebremsten physischen, psychischen und strukturellen Gewalt gegen Frauen weltweit.

Es geht vor allem darum, dass die gesellschaftlichen Ursachen für die starke Verbreitung erkannt und nachhaltig verändert werden. Dazu gehört ein Verständnis für den Zusammenhang mit extremer Armut und daraus resultierender mangelnder Selbstbestimmung von Mädchen und Frauen.

Aber auch im Bereich der sozialwissenschaftlichen und medizinischen Forschung ist viel zu tun. Nach Geschlecht aufgeschlüsselte Daten, die es ermöglichen, Präventions- und Behandlungsprogramme auf die spezifischen Bedürfnisse von Frauen abzustimmen, sind selten bis nicht vorhanden.

Die Weltaidskonferenz 2010 bietet eine Chance für Österreich, sich in die internationale Debatte einzubringen, an positive Erfahrungen anzuknüpfen und konkrete neue Schritte zu setzen, um einen adäquaten Beitrag zur Lösung der globalen HIV/AIDS-Krise zu leisten. Gastgeberland für diese historische Konferenz sein zu dürfen, sollte neben dem wirtschaftlichen Erfolg, auch ein verstärktes Engagement auf politischer Ebene nach sich ziehen. Als eines der reichsten Länder der Welt muss Österreich seiner Verantwortung gegenüber den von der Aidskrise am meisten betroffenen armen Ländern wahrnehmen. In seiner viel zitierten Rolle als „Brücke zwischen Mittel- und Osteuropa“ soll Österreich eine Vorreiterrolle in der Präventionsarbeit sowie bei der Überwindung von Stigma und Diskriminierung von Hochrisikogruppen einnehmen.

2. Daten, Fakten, Hintergründe

2.1. Feminisierung von HIV/AIDS

Laut WHO und UNAIDS leben derzeit 33 Millionen Menschen weltweit mit HIV, davon 95% in Entwicklungs- und Schwellenländern.

Seit Bekanntwerden von HIV/AIDS zu Beginn der 80er Jahre hat sich der Frauenanteil unter den Betroffenen kontinuierlich erhöht: in Österreich liegt er heute bei 30 Prozent¹, in Asien ist er von 19% im Jahr 2000 auf 35% 2008 gestiegen; global gesehen liegt er bei 50 Prozent; im südlichen Afrika bei 60 Prozent.² Dieser Trend ist bislang ungebrochen – man spricht daher von der Feminisierung von HIV/AIDS.

Laut WHO ist HIV/AIDS weltweit die führende Ursache für Krankheit und Tod von Frauen im gebärfähigen Alter von 15 bis 49 Jahren.³

2.2. Benachteiligung von Frauen

In den Entwicklungs- und Schwellenländern sind Frauen und Kinder, insbesondere Mädchen, besonders stark von der Krankheit und ihren Auswirkungen betroffen. Mädchen/Frauen haben aus biologischen Gründen ein erhöhtes Ansteckungsrisiko. Dazu kommt das Zusammenwirken von geschlechtsspezifischer Diskriminierung und sozialer Ungleichheit, welches zu einem erhöhten Ansteckungsrisiko für Mädchen und Frauen führt. Die wirtschaftliche Abhängigkeit von ihrem Partner oder anderen männlichen Familienangehörigen sowie die immer noch weit verbreitete Polygamie hindern Frauen in Afrika daran, eine selbstbestimmte Sexualität zu leben. In Asien stellen der internationale Frauenhandel und der (Kinder-)Sextourismus die Hauptgründe für die rasante Ausbreitung von HIV/AIDS dar. Die Verflechtung von Diskriminierung aufgrund von Kasten, Klassen, Religionen und die sozialen und ökonomischen Ungleichheiten führen auch in Indien zu einem erhöhten Infektionsrisiko von Frauen und Mädchen. Weltweit haben Frauen die Hauptlast bei der Betreuung erkrankter Angehöriger und verwaister Kindern zu tragen.

Die HIV-Ansteckung erfolgt bei den meisten Mädchen/Frauen durch ungeschützten Geschlechtsverkehr (in Europa und Asien auch durch verunreinigte Nadeln bei intravenösem Drogengebrauch). Für die Prävention ist daher in den meisten Ländern der Zugang zu sexuellen und reproduktiven Rechten von Mädchen und Frauen entscheidend. Dieser hängt eng mit dem rechtlichen, sozialen und ökonomischen Status von Frauen in der Gesellschaft zusammen: Je eingeschränkter der Zugang von Frauen zu Recht, Bildung und ökonomischen Ressourcen ist, umso verwundbarer sind sie in Bezug auf ihre Gesundheit. Selbstbestimmung über die eigene Sexualität bedeutet Information, Zugang zu Verhütungsmitteln, ein Leben ohne Gewalt und die Möglichkeit, „safer sex“ mit ihrem Partner aushandeln zu können. Diese Formen der Selbstbestimmung sind überwiegend für Mädchen und Frauen nicht gegeben.

Nur 38 Prozent aller jungen Frauen weltweit verfügen über ausreichend Information über HIV/AIDS – hier spielen Bildungsdefizite und mangelnder Zugang zu Sexualaufklärung eine zentrale Rolle⁴. Die in allen Gesellschaften verbreitete Gewalt gegen Mädchen und Frauen – wobei körperliche Gewalt häufig sexuelle Gewalt einschließt – ist ein gravierender Faktor in

¹ Kitchen, Maria und Jöchl, Margret (2009): Frauen in der österreichischen HIV-Kohortenstudie, http://www.frauenundaids.at/fileadmin/USERDATA/PDF/Frauen_OEHIVKOS_Soedak.pdf

² UNAIDS (2010): Fact Sheet 10. Women, Girls and HIV, http://data.unaids.org/pub/FactSheet/2010/20100302_fs_womenhiv_en.pdf

³ WHO (2009): Women and Health. Today's Evidence Tomorrow's Agenda, http://whqlibdoc.who.int/hq/2009/WHO_IER_MHI_STM.09.1_eng.pdf

⁴ DieStandard, 29.3.2010 <http://diestandard.at/1268700727807/Welt-Aids-Konferenz-Frauenschicksal-Aids>

der Feminisierung von HIV/AIDS. Für Frauen, die häuslicher Gewalt, Zwangsprostitution oder sexueller Gewalt in einem Bürgerkrieg oder gar Genozid ausgesetzt sind, erhöht sich das HIV-Risiko massiv.

In der Entwicklungszusammenarbeit und der öffentlichen Diskussion ist gerade beim Thema HIV/AIDS eine hohe Sensibilität gefragt, denn HIV/AIDS betrifft das Themenfeld Sexualität und damit immer auch einen Intimbereich der Menschen. Auch ist ein sensibler und respektvoller Umgang mit Kulturen und Traditionen gefragt und vor leichtfertigen Zuschreibungen zu warnen. Besonders im afrikanischen Kontext ist es notwendig, auch die Potentiale der traditionellen Großfamilie zu sehen, wenn es um die Aufnahme und Versorgung von Waisenkindern geht. Das Leiden der Kinder isoliert von ihrer Umgebung zu zeigen, geht an der Realität vorbei und macht sie zu hilflosen Opfern. Auch Frauen sollten nicht automatisch eine Position der Hilflosigkeit zugeschrieben werden, sondern sie sollten als Aktivistinnen in eigener Sache und als Expertinnen mit ihren Forderungen ernst genommen werden.

2.3. Zugang zu Prävention, Behandlung, Pflege und Betreuung

Die Rechte auf Zugang zu HIV/AIDS-Prävention, Behandlung und Pflege sind universelle Menschenrechte. Die Bereiche Prävention, medizinische Behandlung mit antiretroviralen (ARV-)Medikamenten (welche den Krankheitsverlauf eindämmen, die Lebenserwartung erhöhen und das Ansteckungsrisiko senken) sowie die Pflege kranker Menschen und die Betreuung von (Waisen-)Kindern sind eng miteinander verschränkt und dürfen nicht isoliert betrachtet werden. Hier ist viel zu tun, um integrale Ansätze zu fördern. So muss allen Menschen, die sich freiwillig auf HIV/AIDS testen lassen, im Fall einer positiven Diagnose die Möglichkeit zu einer ARV-Behandlung zur Verfügung stehen. Frauen, die eine Vergewaltigung erlebt haben und eine Frauenberatung aufsuchen, sollten unkompliziert die Möglichkeit zu einem HIV-Test und begleitender Beratung und Behandlung haben. Dienste für Frauengesundheit (gynäkologische Betreuung, Hebammen), welche Frauen in abgelegenen Regionen erreichen können, sollten ausgebaut und zur HIV-Prävention und – Behandlung genutzt werden.

Jährlich sterben etwa zwei Millionen Menschen an AIDS – das ist ein leichter Rückgang gegenüber 2004 mit 2,2 Millionen Todesopfern⁵, doch HIV/AIDS bleibt unter den Infektionskrankheiten Todesursache Nummer eins.⁶ Die Zahl der Neuinfektionen ist bisher kaum zurückgegangen. In den letzten Jahren wurden international enorme Anstrengungen unternommen, um die weitere Ausbreitung von HIV/AIDS zu stoppen und den Zugang aller Menschen, die eine Behandlung mit antiretroviralen (ARV-)Medikamenten benötigen, zu gewährleisten. Diese Anstrengungen haben bewirkt, dass der Anteil an HIV-positiven Menschen, die Zugang zu antiretroviraler Behandlung haben, innerhalb eines Jahrzehnts von fünf Prozent auf rund ein Drittel weltweit erhöht werden konnte. Doch auch dieser Teilerfolg bedeutet, dass zwei Drittel der Menschen, die ebenfalls eine Behandlung benötigen, immer noch keinen Zugang dazu haben. Das sind akut 5,5 Millionen Menschen weltweit.⁷

Aufgrund der Finanz- und Wirtschaftskrise und den in einigen Ländern damit einhergehenden Einsparungen in der Entwicklungszusammenarbeit sind Aufklärungsprogramme ebenso wie laufende medizinische Behandlungen gefährdet, ganz zu schweigen von einer Ausweitung der

⁵ DieStandard (23.6.2010): UN-Bericht bestätigt schleppenden Fortschritt, <http://diestandard.at/1276413844019/Millenniumsziele-UN-Bericht-bescheinigt-schleppenden-Fortschritt>

⁶ WHO (2009): 10 facts on HIV/AIDS, <http://www.who.int/features/factfiles/hiv/en/index.html>

⁷ WHO (2009): 10 facts on HIV/AIDS, <http://www.who.int/features/factfiles/hiv/en/index.html>

Programme und einer Verbesserung des Instrumentariums (z.B. Laboreinrichtungen). Es gibt jedoch auch Positivbeispiele wie die britische Regierung, die erklärt hat, trotz Sparpaketen nicht bei der Entwicklungszusammenarbeit zu kürzen.⁸

2.4. Die Aidskrise als Gesundheitssystemkrise

In den letzten Jahren wurden im Kontext einer neoliberalen Strukturanpassungspolitik in vielen Ländern Sparmaßnahmen zulasten von Bildung und öffentlicher Gesundheit umgesetzt. In den ärmsten Entwicklungsländern sind die Gesundheitssysteme extrem unterdotiert und es stehen viel zu wenige ÄrztInnen sowie Krankenschwestern und Pfleger zur Verfügung.⁹ Die massive Abwanderung von Gesundheitspersonal aufgrund schlechter Bedingungen und schlechter Bezahlung sowie aktiver Anwerbung aus den Industrieländern hat die Situation weiter verschärft.¹⁰ Auch HIV/AIDS hat sich auf den Personalstand im Gesundheitswesen vieler Länder ausgewirkt. Der massiven Gesundheitskrise durch HIV/AIDS konnte aufgrund des schlechten Zustands der Gesundheitssysteme nur schwer adäquat entgegen getreten werden. Zudem werden Kosten der öffentlichen Hand zu Lasten von Frauen in den Privatbereich verschoben, wenn beispielsweise Krankenpflege aufgrund von Überbelegung, zu weiter Wege oder zu hoher Kosten nicht in einem Spital stattfinden kann.

Gut funktionierende Gesundheitssysteme sind eine grundlegende Bedingung für die Verwirklichung des Menschenrechts auf sexuelle und reproduktive Gesundheit. Das beinhaltet gut ausgebildetes und ausreichend bezahltes Personal, adäquate und zugängliche Versorgung mit Medikamenten, gut ausgerüstete und erreichbare Einrichtungen und entsprechende Informationen. Schwache Gesundheitssysteme haben negative Auswirkungen auf die sexuelle und reproduktive Gesundheit. Diese hat wiederum weitreichende ökonomische und soziale Folgen. Die Jahre der Reproduktivität einer Generation sind sowohl Jahre wirtschaftlicher Produktivität sind als auch Lebensphasen von (Aus)bildung. Ein gut ausgestattetes Gesundheitssystem hat also auch eine Schlüsselfunktion im Erreichen von gesellschaftlichem Wohlstand. Daher ist es falsch, Gesundheitssysteme ausschließlich als Kostenverursacher zu sehen.

Bei Reformen und Erneuerungen eines Gesundheitssystems ist es wichtig, unterschiedliche AkteurInnen mit einzubeziehen: staatliche Institutionen, internationale Organisationen, Zivilgesellschaft und ExpertInnen. Die Millenniumsentwicklungsziele (MDGs) im Bereich der Gesundheit können am besten über einen Ansatz der Gesundheitssysteme erreicht werden, der die Partizipation der Bevölkerung in den Vordergrund stellt. Ebenso sind gute Regierungsführung, transparente Verwaltung und Finanzierung unentbehrlich. Obwohl die Finanzierung für globale Gesundheit in der vergangenen Dekade gestiegen ist, stagnierte die finanzielle Unterstützung für reproduktive Gesundheit und ging für Familienplanung sogar zurück. Dabei lassen sich gerade sexuelle und reproduktive Gesundheitsprobleme durch präventive und kostengünstige Maßnahmen vermeiden. Es ist erstaunlich, wie wenig reproduktive Gesundheitssysteme in primärer Prävention und Fürsorge genutzt werden, speziell in der Prävention der Übertragung von HIV von der Mutter auf das Kind. Hier bedarf es einer besseren und zielgerichteten Finanzierung von Frauengesundheitseinrichtungen und Frauenberatungsstellen.

⁸ Vgl. DerStandard (22.6.2010), <http://derstandard.at/1276413745168/Sparpaket-London-will-17-Milliarden-Pfund-sparen>

⁹ Vgl. ADA (2009): Fokus: HIV/AIDS in der OEZA

¹⁰ Vgl. Informationsbrief Weltwirtschaft und Entwicklung (W&E-Hintergrund April-Mai 2007): Geld für Gehälter contra Fachkräftemangel

3. Frauenrechte sind Menschenrechte

3.1. Sexuelle und reproduktive Rechte von Frauen

1994 wurde auf der Internationalen Konferenz zu Bevölkerung und Entwicklung (ICPD) in Kairo das Programm of Action von 179 Staaten, darunter die Mitgliedsstaaten der EU, unterzeichnet und verabschiedet. Eines der Ziele des Aktionsplans war die Verbesserung sexueller und reproduktiver Rechte und Gesundheit weltweit. Reproduktive Gesundheit bezeichnet den Status vollständigen physischen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur die Abwesenheit von Krankheit oder Schwäche, in allen Belangen des reproduktiven Systems, seiner Funktionen und Prozesse. Die Menschen sind in der Lage, ein befriedigendes und sicheres Sexualleben zu führen, sie haben die Möglichkeit, sich fortzupflanzen und die Freiheit zu entscheiden, ob, wann und wie oft sie dies tun. Männer und Frauen haben das Recht, über Verhütungsmethoden informiert zu werden und Zugang zu sicheren effektiven, leistbaren und legalen Verhütungsmitteln ihrer Wahl zu haben. Ebenso haben Frauen das Recht auf Zugang zu Gesundheitsvorsorge für eine sichere Schwangerschaft und Geburt. Reproduktive Gesundheitsfürsorge ist als die Zusammensetzung der Methoden, Techniken und Services gemeint, die zu reproduktiver Gesundheit und Wohlbefinden beitragen, indem sie reproduktive Gesundheitsprobleme verhindern oder lösen.

Das bedeutet u.a., dass Frauen und Männer das Recht haben, ohne Diskriminierung, Zwang, und Gewalt über ihre eigene Reproduktion zu entscheiden sowie universalen Zugang zu Bildung und Gesundheitsfürsorge, Einrichtungen der Familienplanung, sichere Mutterschaft, Behandlung von und Vorbeugung gegenüber sexuell übertragbarer Krankheiten inklusive HIV/AIDS und Schutz vor Gewalt zu haben.

Sexuelle und reproduktive Rechte sind eine wichtige Voraussetzung für Entwicklung. Ihre Vernachlässigung führt zu einer Reihe von Problemen (z.B. Gewalt, sexueller Missbrauch von Frauen und Kindern, HIV/AIDS, Müttersterblichkeit), deren Lösung von der internationalen Staatengemeinschaft in zahlreichen Erklärungen versprochen wurde. Eine wichtige davon ist die Erklärung der 4. Weltfrauenkonferenz 1995 in Peking.

Auch das Abkommen von Cotonou zwischen der EU und den afrikanischen Ländern erkennt im Artikel 25 die Bedeutung von reproduktiver Gesundheit, Familienplanung und HIV/AIDS-Prävention an. Die afrikanischen Regierungschefs haben dazu 2007 den „Maputo Plan of Action“ angenommen, zu dessen beschleunigter Umsetzung die Afrikanische Union 2009 eine Kampagne zur „Accelerated Reduction of Maternal Mortality“ ins Leben rief.

Auch in den jüngsten „Council Conclusions“ über die Rolle der EU in globaler Gesundheit vom 10. Mai 2010¹¹ bezeichnet der Rat der Europäischen Union sexuelle und reproduktive Gesundheit als eine der großen Hauptherausforderungen, der auch besondere Aufmerksamkeit versprochen wird. Wie gravierend die Situation ist, zeigt sich daran, dass die Todesursache „Müttersterblichkeit“ eine halbe Million Frauen jährlich betrifft – und zu 99 Prozent in Entwicklungsländern vorkommt. Komplikationen in der Schwangerschaft und bei der Geburt sind für junge Frauen im Alter von 15 bis 19 Jahren in Entwicklungsländern die häufigste Todesursache.¹² Die mangelnde reproduktive Gesundheit von Frauen (einschließlich sexuell übertragbarer Krankheiten) stellt auch für die Volkswirtschaften von Entwicklungsländern

¹¹ http://onetec.be/global_health/doc/Council%20Conclusions%20Global%20Health%20May%202010.pdf

¹² WHO (2009): Women and Health. Today's Evidence Tomorrow's Agenda, http://whqlibdoc.who.int/hq/2009/WHO_IER_MHI_STM.09.1_eng.pdf

allgemein eine große Beeinträchtigung dar. Dies gilt sowohl für die Erbringung von Sorge-Tätigkeiten als auch für die Produktivität im Sinne des Bruttosozialprodukts – hier wird eine Reduktion um 20 Prozent geschätzt.¹³

3.2. Jugendliche und junge Erwachsene

Jugendliche und junge Menschen sind hinsichtlich der Erfüllung ihrer sexuellen und reproduktiven Rechte besonderes verwundbar. Für sie ist gerade das Recht auf Information und Bildung über diese Rechte fundamental. Es ist auch erwiesen, dass der allgemeine Zugang zu reproduktiven Gesundheitsdienstleistungen u.a. die Geburtenrate unter Jugendlichen reduziert, was wiederum eine positive Auswirkung auf den Bildungsstand der Jugendlichen generell und vor allem von Mädchen hat. Aktuell sind wir weltweit mit der zahlenmäßig größten Generation im reproduktiven Alter konfrontiert, nämlich 1,5 Mrd. Menschen von 10 bis 25 Jahren.¹⁴ Das bedeutet beispielsweise auch, dass der Bedarf an Verhütungsmitteln bis 2015 voraussichtlich um 40% ansteigen wird.¹⁵ Dabei sind es wiederum Mädchen und junge Frauen, denen auf Grund vielfältiger Diskriminierungen ihre sexuellen und reproduktiven Rechte vorenthalten werden (Genitalverstümmelung, Zwangsverheiratung, Zwangsprostitution, Tod durch Komplikationen bei der Geburt u.v.a.).

Fehlender Zugang zu Verhütungsmitteln ist nicht nur in Bezug auf HIV/AIDS, sondern auch in Bezug auf andere sexuell übertragbare Krankheiten problematisch. Mangelnder Zugang zu Verhütungsmitteln bedeutet auch ungewünschte Schwangerschaften, diese wiederum führen oft zu einem Abbruch unter unsicheren Bedingungen.

Genauso wichtig wie der Zugang für alle Mädchen und Frauen zu Verhütungsmitteln ist das Verhalten ihrer Partner. Sexuaufklärung, Förderung der Akzeptanz des Gebrauchs von Kondomen und Hinterfragen kultureller Muster von männlichem Risikoverhalten, ist ein Feld, in dem vor allem mit der Jugend gearbeitet werden muss. Die Bereitstellung ganzheitlicher sexueller Aufklärung und entsprechender Gesundheitsleistungen für Frauen, Männer und Jugendliche sind entscheidend, um das Wissen zu verbessern, Mythen rund um die Familienplanung auszuräumen und sexuell riskantes Verhalten zu reduzieren.

Bei einem Blick auf die Sexualpädagogik in Österreich wird schnell klar, dass auch hier vieles im Argen liegt. So ist beispielsweise die Sexualerziehung an unseren Schulen nach einem Grundsatzterlass aus dem Jahr 1970 geregelt und völlig veraltet.¹⁶

Wichtig ist die (Weiter-)Entwicklung besonderer nationaler Politiken für die Erfüllung und Einhaltung der sexuellen und reproduktiven Rechte junger Menschen, unter den Prämissen der Einbeziehung junger Menschen, Bewahrung des Gender-Fokus und Anerkennung von Verwundbarkeit und Verschiedenheit. Es bedarf spezieller Politiken zum Schutz von Kindern und Jugendlichen (z.B. im Fall von Menschenhandel, sexuellem Missbrauch, Teenagerschwangerschaften, jungen Menschen mit Behinderung, jungen Menschen mit HIV/AIDS); dabei ein Zusammenwirken verschiedener Sektoren wie Ministerien, Jugendorganisationen, NGOs sowie wirksames Monitoring und Evaluieren.

¹³ IPS vom 8.7.2009, <http://ipsnews.net/news.asp?idnews=47580>

¹⁴ <http://www.unfpa.org/adolescents/index.htm>

¹⁵ <http://www.countdown2015europe.org/>

¹⁶ Vgl. Ziegelwanger, Sabine (2008): Über die Entwicklung sexualpädagogischer Konzepte im Widerspruch zwischen Theorie und Praxis. Chancen einer transdisziplinären Betrachtung für das System Schule. Hauptuniversität Wien

3.3. Rolle von Kirchen und Religionsgemeinschaften

Eine wichtige Rolle spielen in jedem Land dessen gesellschaftliche Institutionen, einschließlich der lokalen und internationalen Religionsgemeinschaften. Viele Kirchen leisten sehr engagierte seelsorgerische Arbeit und treten für den Zugang zu medizinischer Behandlung für HIV-positive Menschen ein. Da die Kirchen großen Einfluss auf das individuelle Verhalten haben, ist ihre aktive Mitwirkung auch an Präventionsprogrammen, deren Wirksamkeit nachgewiesen ist (wie Förderung der Akzeptanz und Benutzung von Kondomen als wirksamer Schutz vor einer Ansteckung), überaus bedeutsam. Die derzeitige Haltung der römisch-katholischen Kirche ebenso wie von einigen protestantischen bzw. evangelikalen Kirchen verhindert noch immer in weiten Teilen der Welt, dass Präventionskampagnen und –programme individuell angenommen werden. Wir fordern daher die Religionsgemeinschaften auf, alle wirksamen Präventionsmittel gut heißen, auch in der Ehe.

3.4. Schwangerschaft und Mutter-Kind Übertragung

Weltweit gibt es mehr als 2 Millionen Kinder, die HIV-positiv sind, die überwiegend (zu 90%) über ihre Mütter angesteckt wurden. Im Jahr 2008 bekamen nur 45% der Schwangeren, von HIV-betroffenen Frauen in Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen, die eine antiretrovirale Behandlung gebraucht hätten, eine solche.¹⁷ Ohne Zugang zu jenen medizinischen Diensten, die diese „vertikale Übertragung“ verhindern, stecken sich ca. 35 % der Kinder, die von HIV-positiven Müttern geboren werden, während der Schwangerschaft, den Wehen, der Geburt, oder dem Stillen mit HIV an.¹⁸ Ohne angemessene Betreuung – besonders was das Stillen und die Ernährung betrifft – und ohne antiretrovirale Behandlung sterben mehr als die Hälfte dieser Kinder vor ihrem zweiten Geburtstag. Im Jahr 2001 kam die Internationale Gemeinschaft zu der Erkenntnis, dass das inakzeptabel ist und verpflichtete sich bei der Sondersitzung der UN-Generalversammlung zu HIV und AIDS dazu, bis zum Jahr 2010 80 % der schwangeren HIV-positiven Frauen Zugang zu medizinischen Diensten zu geben, um die Übertragung von der Mutter auf das Kind zu verhindern.

Vor allem in Subsahara-Afrika und in Südasien besteht der dringende Bedarf PMTCT¹⁹-Dienste zu verbessern und sicherzustellen, dass in Ländern mit allgemeiner HIV-Epidemie flächendeckende und leicht zugängliche familienbezogene und kinderfreundliche Dienste zur Verfügung stehen und auch leistbar sind. Darin eingeschlossen sollte die Verfügbarkeit von familienbezogenen freiwilligen Beratungs- und Testdiensten (VCT²⁰) für jeden Haushalt sein. Väter sollten ebenfalls voll in die PMTCT-Dienste integriert sein müssen, denn wenn dem so ist, dann werden VCT-Dienste besser angenommen.

Obwohl die Gesundheitssysteme in vielen der Länder mit den höchsten HIV-Infektionsraten schwach sind, gehen mehr als 70 % aller schwangeren Frauen in diesen Ländern zumindest einmal zu einer Schwangerschaftsuntersuchung.²¹ Das ist eine ausgezeichnete Gelegenheit für PMTCT-Interventionen und, um diese Frauen und ihre Kinder in umfassende HIV-Vermeidung, Betreuung und Behandlung einzubinden. Wenn PMTCT jedoch erfolgreich sein soll, müssen Frauen besseren Zugang zu hochqualitativen Fortpflanzungsgesundheits-

¹⁷ WHO, UNAIDS and UNICEF (2009) Towards Universal Access, Scaling up priority HIV/AIDS interventions in the health sector. Progress Report 2009 http://www.who.int/hiv/pub/tuapr_2009_en.pdf

¹⁸ UNAIDS (2005): AIDS epidemic update: December 2005

¹⁹ PMTCT: Prevention of Mother To Child Transmission

²⁰ VCT: Voluntary Counselling and Testing

²¹ WHO and UNICEF (2003) Antenatal care in developing countries – promises, achievements and missed opportunities: an analysis of trends, levels and differentials, 1990–2001)

diensten haben, wie Familienplanung, Versorgung vor, während und nach der Geburt, und müssen die bestehenden Dienste häufiger und früher in der Schwangerschaft nutzen als sie es jetzt tun. Wichtig ist auch, im Fall einer positiven HIV-Diagnose im Rahmen einer Mutter-Kind-Untersuchung ausreichend qualifizierte medizinische und psychologische Beratung zu bieten.

Als höchst problematisch zu beurteilen ist, dass in vielen Ländern Frauen nur vorübergehend im Zuge der Mutter-Kind-Programme Zugang zu antiretroviraler Behandlung haben. Es ist wichtig, den langfristigen Zugang zur Behandlung für Frauen auch unabhängig von ihrer Mutterschaft sicherzustellen.

3.5. Genderspezifische Forschung

Es ist wichtig, in der Medizin den Gender-Aspekt verstärkt zu berücksichtigen und nach Geschlecht getrennte Daten zu erheben. Genderspezifische Erhebungen sind etwa bei der Entwicklung neuer Medikamente wichtig, da Männer und Frauen unterschiedliche biologische Voraussetzungen haben, Medikamente aufzunehmen und zu vertragen. So hat sich im Falle von HIV-Medikamenten gezeigt, dass Frauen, die zugleich in antiretroviraler und hormoneller Therapie waren, vermehrt an Herzinfarkten sterben.²² Mädchen und Frauen, die von HIV/AIDS betroffen sind, sollten daher auch mehr als bisher in Studien einbezogen werden.

Weitere wichtige Forschungsfelder liegen im Bereich der Entwicklung von Impfstoffen sowie von Verhütungsmitteln für Frauen (wie Mikrobiziden).

3.6. Stigmatisierung und Diskriminierung

Aufgrund der sexuellen Übertragbarkeit von HIV und dem noch immer oft tödlichen Ausgang der Krankheit, werden Menschen mit HIV/AIDS stark stigmatisiert. Die Krankheit wird daher nach Möglichkeit versteckt gehalten und ist tabuisiert wie kaum eine andere.

Bei Bekanntwerden ihres Status „HIV-positiv“ droht den Betroffenen Diskriminierung seitens Familienangehöriger, Nachbarn oder ArbeitgeberInnen (Arbeitsplatzverlust und/oder Zwangstests bei der Einstellung).²³ In manchen Ländern fehlt es an Gesetzgebung zum Schutz HIV-positiver ArbeitnehmerInnen oder es werden diskriminierende Praktiken schlicht geduldet. Es gibt jedoch auch ArbeitgeberInnen – gerade im südlichen Afrika –, die beispielhafte Präventionsprogramme eingerichtet haben und ihren Beschäftigten Zugang zu Behandlung unter Wahrung des Datenschutzes sichern.

Im Privatbereich erhöht die Diagnose „HIV-positiv“ für Frauen das Risiko von häuslicher Gewalt, Ausgrenzung und Isolation. Mit der Diagnose „HIV-positiv“ ist immer die Frage verbunden, woher die Infektion stammt. Da bei Frauen in Entwicklungsländern aufgrund ihrer stärkeren Einbindung ins Gesundheitswesen (durch Schwangerschaftsuntersuchungen) eine HIV-Infektion häufig früher als bei Männern diagnostiziert wird, sehen sie sich in Folge mit der Schuldzuschreibung konfrontiert, die Infektion in die Beziehung gebracht zu haben.

Die Stigmatisierung, Isolation, Diskriminierung bis hin zur Kriminalisierung von HIV-positiven Menschen ist ein gravierendes Problem, das länderübergreifend existiert, und für

²² Vgl. AIDS 2010 (Vol 24 No 8): Better mind the gap: addressing the shortage of HIV-positive women in clinical trials

²³ Vgl. Human Rights Watch Report (2004): A Test of Inequality: Discrimination against Women Living with HIV in the Dominican Republic, <http://www.hrw.org/reports/2004/dr0704/>

welches Antworten im internationalen Austausch, unter Einbeziehung der Zivilgesellschaft, einschließlich Frauen- und Selbsthilfegruppen, unter Abwägung von Interessen (öffentliche Gesundheit – individueller Schutz vor Ansteckung – individueller Schutz vor Diskriminierung) auf Basis der internationalen Menschenrechte gefunden werden müssen.

3.7. „Risikogruppen“ oder „Risikoverhalten“ – Beispiel Sexarbeit

In Bezug auf die Ansteckungsrisiken wird häufig von „Risikogruppen“ gesprochen: u.a. Männer, die Sex mit Männern haben, DrogengebraucherInnen, Sexarbeiterinnen. Doch auch wenn statistisch gesehen bestimmte Bevölkerungsgruppen ein höheres Risiko tragen, so geht es doch um das individuelle Risikoverhalten, auf welches Präventionsstrategien abzielen müssen. Frauen – etwa Ehefrauen – werden in dieser Kategorisierung auch nicht sehr adäquat erfasst.

Erfahrungen haben gezeigt, dass erzwungene Tests nicht unbedingt zu höherer Sicherheit führen, sondern vor allem dazu, dass sich Menschen in falschen Sicherheiten wiegen (wie im Fall der Zwangsuntersuchungen von Prostituierten).

Am Bereich der Sexarbeit zeigt sich, dass Strategien, die auf eine Entkriminalisierung von Prostitution zielen, die Position von Sexarbeiterinnen stärken und damit auch die HIV/AIDS-Prävention erleichtern. Das Verbot von Sexarbeit hingegen drängt Frauen in die Illegalität, in besonders ungeschützte Arbeitsverhältnisse und hohe Abhängigkeiten. Das gilt für Migrantinnen auch in Zusammenhang mit ihrem Aufenthaltsstatus. Auch die Kriminalisierung von Männern als Kunden (wie beispielsweise in Schweden) drängt das Sex-Business in den Untergrund. Ein liberaler Umgang mit Prostitution, verbunden mit der Unterscheidung von Frauenhandel und freiwillig ausgeübter Sexarbeit, ist zusammen mit breiten und spezifischen Aufklärungskampagnen, niederschwelligem Zugang zu Beratung und Verhütung am erfolgversprechendsten. Abhängigkeiten werden so gesenkt und die Arbeitssituation und Verhandlungsposition von Sexarbeiterinnen gegenüber ihren Kunden verbessert.

3.8. HIV-positive Frauen involvieren

Es ist wichtig, HIV-positive Frauen nicht nur als Zielgruppe von Programmen zu betrachten, sondern sie als Betroffene auch in die Formulierung von Programmen der Prävention, Behandlung und Betreuung aktiv zu involvieren. 1994 wurde GIPA (greater involvement of people living with HIV/AIDS)²⁴ von 42 Staaten beschlossen, 2001 waren es bereits 189 UN-Mitgliedsstaaten, die das GIPA-Prinzip in ihre Erklärung zum Engagement gegen HIV/AIDS integrierten.²⁵

Für HIV-positive Frauen spielt GIPA eine wichtige Rolle. Es geht darum, Stigmatisierung zu bekämpfen, Selbstbestimmung und Selbstverantwortung zu fördern und an Entscheidungsprozessen teilzuhaben. Es befinden sich viele Frauen unter den Aktivistinnen, die für den Zugang zu erschwinglichen antiretroviralen Medikamenten in Entwicklungsländern eintreten. Durch das Öffentlich-Machen ihres HIV-Status tragen einzelne Frauen auch sehr wirksam zu einem Abbau von Vorurteilen bei. Jedoch darf die allgemein geringe Sichtbarkeit HIV-positiver Menschen nicht den Verzicht auf die

²⁴ UNAIDS (2007): Policy Brief. The Greater Involvement of People Living with HIV (GIPA), http://data.unaids.org/pub/BriefingNote/2007/jc1299_policy_brief_gipa.pdf

²⁵ UNAIDS (1999). From Principle to Practice: Greater Involvement of People Living with or Affected by HIV/AIDS (GIPA). Best Practice Key Material.

Involvierung Betroffener bedeuten – es muss auch nach Wegen der niederschweligen Einbeziehung gesucht werden.

Wichtig ist, dass alle HIV-positiven Frauen Zugang zu kostenloser medizinischer Behandlung erhalten, auch bei fehlender Einbindung in Sozialversicherungssysteme. Ebenso notwendig ist der Zugang zu neuen ARV-Medikamenten mit möglichst geringen Nebenwirkungen, mehr Forschung zu „Gender Medicine“ (z.B. spezifische Untersuchungen zu Wirkungen und Nebenwirkungen von ARV-Medikamenten auf Frauen), Schulung von ÄrztInnen, insbesondere von GynäkologInnen, zur Sensibilisierung für frauenspezifische opportunistische Infektionen und Früherkennung von HIV/AIDS. Es bedarf vielerorts auch einer Stärkung des Datenschutzes und Maßnahmen zur Sensibilisierung von öffentlich Bediensteten für den Umgang mit vertraulichen medizinischen Informationen wie dem HIV-Status. Wichtig wären auch Maßnahmen zur Unterstützung HIV-positiver Frauen beim Zugang zum Arbeitsmarkt bzw. in Berufe, die ihren gesundheitlichen Möglichkeiten angemessen sind.

3.9. Forderungen

- *Mainstreaming von Gender in HIV/AIDS-Programmen in OEZA-Partnerländern*
- *Zusammenarbeit der verschiedenen öffentlichen Sektoren (Ministerien) und Einbindung von Jugend-, Frauen-, Selbsthilfe- und anderen Basisorganisationen in die Entwicklung aller Programme*
- *Spezielle Politiken zum Schutz von Kindern und Jugendlichen*
- *Zugang zur ARV-Behandlung für alle HIV-positiven Frauen in Entwicklungsländern, die diese benötigen, über Mutter-Kind-Präventionsprogramme hinaus*
- *Verbesserung des Zugangs zu Gesundheitseinrichtungen, zu freiwilligen Test- und Beratungs- und Behandlungsmöglichkeiten, vor allem für migrantische SexarbeiterInnen in Österreich*
- *Aufhebung der Sittenwidrigkeit der Sexarbeit in Österreich*
- *Verwirklichung eines bundesweiten Antidiskriminierungsgesetzes zum Schutz marginalisierter Gruppen, u.a. HIV-positiver Menschen, vor Diskriminierung*
- *Gewährung eines humanitären Aufenthalts für HIV-positive AsylwerberInnen*
- *Förderung von Gender-Medizin und sozialwissenschaftlicher Forschung zur Entwicklung evidenzbasierter Präventionsstrategien unter Einbeziehung der Hochrisikogruppen.*

4. „Care“ und HIV/AIDS

Mit „Care“, dem englischen Wort für „Sorge“ und „Pfleger“ ist hier jene Pflege- und Versorgungsarbeit gemeint, die bei der Betreuung von HIV-positiven bzw. AIDS-kranken Menschen sowie in der Betreuung von Waisenkindern geleistet wird.

Die „Care“-Ökonomie

Die unbezahlte Hausarbeit von Frauen (ebenso wie landwirtschaftliche Subsistenzarbeit und Mitarbeit von Frauen in Familienunternehmen) ist weitgehend unsichtbar, wird nicht gemessen und wird unterschätzt. Unbezahlte Tätigkeiten werden in Wirtschaftsberichten nicht berücksichtigt; fließen z.B. nicht in die Berechnungen zum BIP ein. Dabei ist die Hausarbeit (so genannte „reproduktive Arbeit“) wesentliche Grundlage allen Wirtschaftens und ihr Beitrag zum BIP beträchtlich. Es wird geschätzt, dass die unbezahlte Hausarbeit, Kinderbetreuungs- und Pflegearbeit valorisiert zwischen 10 und 39 Prozent des BIP

ausmachen würde.²⁶ Frauen leisten den überwiegenden Anteil dieser Arbeit (zwei Drittel und mehr).²⁷ Die ungleiche Verteilung der Hausarbeit behindert die Erwerbsaufnahme und damit Verdienstmöglichkeiten von Frauen.

Aufgrund der massiven Schwächung öffentlicher Gesundheitssysteme in den letzten Jahrzehnten durch neoliberale, marktorientierte Reformen und dem verringerten Zugang zu erschwinglichen Gesundheitsdienstleistungen fiel ein großer Teil an Pflegearbeit auf die Haushalte und damit auf Frauen und Mädchen zurück. Jene Frauen, die in den letzten Jahren in den Arbeitsmarkt eingetreten sind, erleben eine verstärkte Belastung, da ihnen weniger Zeit für Hausarbeit zur Verfügung steht, sich aber die geschlechtsspezifische ungleiche Aufteilung von Hausarbeit kaum geändert hat.

Zugleich ist die Nachfrage nach Betreuungs- und Pflegearbeit in vielen Ländern gestiegen: In den Industrieländern aufgrund der älter werdenden Bevölkerung – oftmals leisten Migrantinnen diese Arbeit, vielfach unter prekären Bedingungen –, in vielen Entwicklungsländern aufgrund der Gesundheitskrise durch HIV/AIDS.

In den am meisten von HIV/AIDS betroffenen Ländern kommt noch die Betreuung der verwaisten Kinder dazu. Schon 17 Millionen Kinder weltweit haben einen Elternteil oder beide Eltern wegen der Immunschwächekrankheit verloren, allein im südlichen Afrika sind es 14 Millionen. Die Kinder werden meistens bei Verwandten aufgenommen, oftmals bei den Großeltern. Großmütter, ältere Schwestern und Tanten sind dadurch mit einer erhöhten Betreuungsarbeit konfrontiert. Jüngere Frauen müssen deshalb oft ihre Ausbildung abbrechen. Auch Hilfsorganisationen greifen auf die ehrenamtliche Arbeit zurück, wenn es um die Betreuung von Waisenkindern in den Gemeinden geht.

4.1. Typische Kennzeichen von Betreuungsarbeit im Kontext von HIV/AIDS

Die Pflege erkrankter Menschen wird überwiegend von Frauen geleistet und erfolgt überwiegend unbezahlt als Teil der Hausarbeit; damit ist sie zugleich „unsichtbar“. Im südlichen Afrika sind es zu zwei Drittel Frauen, wobei ein Viertel dieser Frauen über 60 Jahre alt ist.²⁸ Im Rahmen von Pilotprojekten wird Pflegearbeit mitunter auch kommunal organisiert und zumeist ehrenamtlich geleistet. Aber auch dort, wo Pflegearbeit bezahlt erfolgt, handelt es sich oft nur um Aufwandsentschädigungen oder ein geringes Entgelt. Hier sind NGOs gefordert, sich stärker als bisher für öffentliche Programme und die adäquate Bezahlung von „Care“-Arbeit einzusetzen.

Als typisch für die Pflegearbeit von an AIDS erkrankten Personen erweist sich, dass sowohl die betroffenen Menschen als auch ihre Angehörigen sehr leicht von Stigmatisierung und Ausgrenzung betroffen sind. Handelt es sich um Familienangehörige, die Betreuungsarbeit leisten, so sind sie oft nicht geschult und haben kaum Ressourcen für die tägliche Arbeit, insbesondere in armen Haushalten. Die Betreuung von AIDS-Kranken ist dort, wo der Zugang zu Medikamenten nicht gegeben ist (insbesondere in abgelegenen ländlichen Regionen), vor allem Sterbebegleitung, was mit psychischer Belastung einhergeht und für die es kaum Unterstützung gibt, besonders schwer. Oft ist längerfristige Betreuung nötig.

²⁶ UNRISD: Why Care Matters for Social Development, www.unrisd.org [4.3.2010]

²⁷ Siehe Fußnote 1, in: UN, Backgrounder CSW 2009

²⁸ United Nations Commission on the Status of Women: Backgrounder. The equal sharing of responsibilities between women and men, including caregiving in the context of HIV/AIDS (2009)

Die Ernährungssituation in Haushalten verschlechtert sich häufig durch den Ausfall erwerbstätiger Erwachsener; in den ärmsten Haushalten bedeutet der Tod eines Erwachsenen einen Rückgang des Nahrungsmittelkonsums um 15 Prozent.²⁹

Der erhöhte Pflegebedarf bedeutet zudem auch eine Einschränkung der Erwerbsfähigkeit der Betreuungspersonen; das bedeutet ein vermehrtes Risiko extremer Armut auch für betreuende Personen (Kreislauf von Armut, Ausschluss von Bildung, Prostitution, Gewalt und Ansteckungsrisiko für Frauen und Mädchen).

Die UN-Frauenstatuskommission (CSW) in New York hat sich bei ihrem Jahrestreffen im März 2009 der Frage gewidmet, wie die Lasten und die Verantwortung der HIV/AIDS Pandemie zwischen Männern und Frauen besser verteilt werden kann.³⁰ Es wurden eine Reihe von Forderungen und Empfehlungen erarbeitet, mit besonderem Fokus auf Empowerment, sexuelle und reproduktive Rechte von Mädchen und Frauen, Zugang zu Behandlung für HIV-positive Frauen und faire Lastenverteilung und Finanzierung von Pflegearbeit. Diese Schlussfolgerungen der CSW 2009 sollten von allen Organisationen, die sich mit HIV/AIDS beschäftigen – seien es staatliche, multilaterale oder nicht-staatliche Organisationen – aufgegriffen und umgesetzt werden.

4.2. Forderungen

- *Bereitstellung von Mitteln durch die OECD-Staaten speziell für den Ausbau von sozialen Sicherungssystemen, sowohl im Rahmen von Budgethilfe (dabei Umsetzung von Gender Budgeting, Dezentralisierung) als auch an NGOs*
- *Finanzierung von kommunalem Pflegepersonal und -einrichtungen (was gleichzeitig Arbeitsplätze schafft, Frauen bezahlte Arbeit bietet und Frauenarbeit aufwertet) mit ausreichender Bezahlung des Personals (ÄrztInnen, Schwestern/PflegerIn) im öffentlichen Gesundheitswesen, um eine Entlastung überlasteter Institutionen zu schaffen und der Abwanderung („Brain-Drain“) entgegen zu wirken*
- *Ausbau von Infrastruktur (sauberes Trinkwasser, Abwasser & Müllentsorgung, öffentlicher Transport) zur Verbesserung der Basisgesundheit und Erleichterung der Lebenssituation von marginalisiert lebenden HIV-positiven Menschen und ihren Angehörigen.*

5. Menschenrechte über Handelsabkommen stellen!

Der Zugang zu billigen Medikamenten zur Versorgung breiter Bevölkerungsschichten ist ein wesentlicher Faktor in der Gesundheitsversorgung. Mit Jahrestherapiekosten von rund 10.000 US\$ war eine antiretrovirale (ARV-)Behandlung bis zum Jahr 2000 für den Großteil der Menschen unerschwinglich. Massiver öffentlicher Druck und der Wettbewerb zwischen Generika und Markenprodukten haben den Preis inzwischen auf einen Bruchteil gesenkt. Derzeit kostet die günstigste Dreifachtherapie 209 US\$ pro Jahr.³¹ Günstige antiretrovirale Medikamente werden in verschiedenen Schwellenländern (z.B. Indien, Thailand, China, Brasilien) produziert und in Entwicklungsländer ohne eigene Pharmaindustrie exportiert.

Das WTO-Abkommen TRIPS schränkt den Handel mit Generika jedoch ein und zwingt die Staaten, ihr Patentrecht an die TRIPS-Vorgaben anzupassen (die Schwellenländer bis 2005,

²⁹ Vgl. Madhu Bala Nath (UNAIDS/UNIFEM): Women living with HIV/AIDS (2009), www.un.org/womenwatch/daw/csw/madhu.html [20.4.2010]

³⁰ <http://www.un.org/womenwatch/daw/csw/csw53/OfficialDocuments.html>

³¹ http://www.AIDSkampagne.at/menschenrechte_ges.htm

die ärmsten Länder bis 2016), wobei einige „Schutzklauseln“ (Ausnahmeregelungen) zugestanden wurden.

Die Einführung eines an den Industrieländern orientierten Patentrechts ist für die ärmeren Länder von Nachteil, da etwa 90 Prozent der Patente, die in Entwicklungs- und Schwellenländern angemeldet werden, Firmen mit Sitz in Industrieländern gehören.³² Patente als Anreizstruktur zur Entwicklung neuer Wirkstoffe funktionieren auch nur in kaufkraftstarken Segmenten. Forschung zur Behandlung von „Armutskrankheiten“, die vor allem die Entwicklungsländer betreffen und deren kommerzielles Potential gering ist, findet von Seiten der Pharmakonzerne kaum statt.

Der bescheidene Spielraum, welchen die Doha-Klauseln zu TRIPS den Entwicklungsländern in Bezug auf Generika konzедieren (wie der Möglichkeit zur Zwangslizensierung bei gesundheitlichem Notstand), könnte durch die derzeit von der EU vorangetriebenen regionalen und bilateralen Freihandelsabkommen unterlaufen werden, sofern sie auf strengere als die in TRIPS festgelegten Bestimmungen (so genannte WTO-plus-Regelungen) abzielen.³³

5.1. Forderungen

- *Wir fordern die österreichische Bundesregierung daher auf, sich aktiv für die Bereitstellung geeigneter und günstigerer Medikamente und Therapien in Entwicklungsländern stark zu machen und sich politisch für den Patent-Pool von UNITAID einzusetzen, um zukünftig mehr Menschen zu ihrem Menschenrecht auf Gesundheit verhelfen zu können.³⁴*
- *Die günstige Generikaproduktion in Entwicklungs- und Schwellenländern darf nicht durch aufgezwungene Regelungen in Handelsverträgen eingeschränkt werden! Als Mitgliedsstaat der EU soll sich Österreich dafür einsetzen, dass in den laufenden bilateralen und regionalen Verhandlungen über Freihandelsabkommen das Recht auf Gesundheit Vorrang gegenüber dem Patentrecht hat.*

6. Erfüllung internationaler Verpflichtungen

6.1. Internationale Verpflichtungen

6.1.1. Gesundheits-Millenniumsentwicklungsziele 4, 5 und 6

Im Jahr 2000 wurden von den Vereinten Nationen die Millenniumentwicklungsziele (MDGs) verabschiedet, welche unter anderem die Senkung der Müttersterblichkeit (Ziel 5), der Kindersterblichkeit zu zwei Dritteln (Ziel 4) sowie die Bekämpfung von HIV/AIDS, Malaria und anderen Krankheiten (Ziel 6) bis 2015 erreichen wollen.³⁵ Laut MDGs sollte 2010 weltweit der Zugang zu medizinischer Behandlung von HIV/AIDS für all jene sichergestellt werden, die eine Behandlung benötigen. Bis 2015 sollte die weitere Ausbreitung gestoppt werden. Derzeit sind wir leider noch weit davon entfernt, diese Ziele tatsächlich zu erreichen. Bei der Verbesserung der Müttergesundheit (Ziel 5) gab es die geringsten Fortschritte, besonders in Afrika südlich der Sahara. Seit 1990 wurde kein signifikanter Fortschritt gemacht, dabei ist aufgrund der Bevölkerungsentwicklung der Bedarf an Mitteln der reproduktiven Gesundheit größer denn je.

³² Medico International 2008, <http://www.medico-international.de/kampagne/gesundheit/glossar.asp>

³³ Vgl. Deutsche AIDS-Hilfe, HIV-Report Nr. 03/2007

³⁴ Vgl. www.unitaid.eu

³⁵ <http://www.unric.org/html/german/mdg/index.html>

Die Umsetzung der Gesundheits-MDGs verlangt nach einem integrierten Vorgehen. Damit die Erreichung dieser Ziele gelingen kann, müssen sie koordiniert und auf kohärente Weise in ihrer Gesamtheit behandelt werden. Es macht keinen Sinn, eines dieser MDGs gegen ein anderes auszuspielen. Außerdem kann vor allem MDG 5 (Müttersterblichkeit) nicht losgelöst von MDG 3 (Gleichstellung und Empowerment von Frauen) gesehen werden. Vielfältige Zusammenhänge bestehen auch zwischen Gesundheit und der Ernährungssituation (MDG 1).

Zu den größten Hindernissen zum Erreichen der MDGs zählen mangelnder politischer Wille und Führung in Verbindung mit den MDGs: Geber- und Empfängerregierungen vernachlässigen die Rechte und Gesundheit von Frauen in ihren Politiken und Budgets. Auch die geschlechtsspezifischen Diskriminierungen beim Zugang zu qualitativ guten Gesundheitsdiensten werden zu wenig angesprochen. Die Finanzierung von Familienplanung etwa ist seit 1995 von 55% der Geldflüsse für Bevölkerungsangelegenheiten auf nur 5% bis 2006 gesunken.

6.1.2. UNGASS-Erklärung (2001)

Bereits 2001 beriefen die UN eine Sondergeneralversammlung zu HIV/AIDS ein. In der daraus resultierenden Erklärung „Declaration of Commitment on HIV/AIDS“ finden sich auch speziell frauenrelevante Artikel.³⁶ Regierungen verpflichteten sich schon damals, bis 2005 nationale Strategien zur Stärkung von Frauen zu entwickeln, da diese überproportional von HIV/AIDS betroffen sind. In diesen Strategien soll auch die Förderung von mehr Verantwortung von Männern für Sexualität und reproduktive Gesundheit gefördert werden. Die Fähigkeit von Mädchen und Frauen, sich vor einer HIV-Infektion zu schützen, soll besonders durch ein besseres Angebot von Gesundheitsdiensten, einschließlich reproduktiver Gesundheit, gestärkt und die CEDAW-Konvention beschleunigt umgesetzt werden. Betont wurde insbesondere die Abschaffung kultureller Traditionen, die das HIV-Risiko für Mädchen erhöhen, wie z.B. Zwangsheirat und Genitalverstümmelung. Jede Form der Gewalt gegen Frauen, Missbrauch, Vergewaltigung und Frauenhandel müssen entschieden bekämpft werden. Die Staatengemeinschaft verpflichtete sich, sich gegenseitig bei der Bekämpfung von HIV/AIDS und seinen wirtschaftlichen und sozialen Folgen zu unterstützen und den Fortschritt der Umsetzung der beschlossenen Maßnahmen zu verfolgen und auf Basis geeigneter Datenerhebungen jährlich Bericht zu erstatten.

6.2. Verpflichtungen Österreichs als EU-Mitgliedsstaat

Die EU ist mit 56% größte Geberin der ODA weltweit. Unter OECD-Staaten stagniert die Entwicklungszusammenarbeit, im EU-Raum verzeichnet man einen Rückgang seit 2008. Nur 0,42% des BNE der EU-Staaten werden für ODA aufgewendet, anstatt der versprochenen Quote von 0,56% des BNE für 2010 bzw. der 0,7% für 2015.

Auf EU-Ebene gibt es zwei wichtige Dokumente der EU Kommission, die für die Mitgliedsstaaten – also auch Österreich politisch bindend sind.

³⁶ http://data.unaids.org/publications/irc-pub03/aidsdeclaration_en.pdf

6.2.1. EU-Programm zur Bekämpfung von HIV/AIDS in der EU und den Nachbarstaaten³⁷

Die östlichen Nachbarländer der EU – die Russische Föderation, Moldau und die Ukraine - sind jene Länder mit dem höchsten Anstieg an Neuinfektionen. Von 2001 – 2007 stieg die Zahl HIV-positiver Menschen in der EU und ihren Nachbarländern von 1,5 auf 2,2 Millionen, davon leben 90% in Russland und der Ukraine. Tuberkulose und Hepatitis stellen als häufige Begleitinfektionen ebenfalls ein großes Problem der öffentlichen Gesundheit dar. Der Zugang zu leistbarer antiretroviraler Therapie ist in der Kern-EU weitgehend möglich. Jedoch ist der zunehmende Bedarf an Medikamenten in Ländern mit steigenden Infektionsraten eine große Belastung für die Gesundheitsbudgets; in den neuen EU-Mitgliederstaaten und den Nachbarländern ist ihre Verfügbarkeit nicht garantiert. Von der EU-Kommission werden die Nachbarländer Moldau, Russland und Ukraine als prioritäre Regionen definiert, die durch Zusammenarbeit, Austausch von guter Praxis und KnowHow-Transfer unterstützt werden sollen, neue Infektionen zu vermeiden und die Lebensqualität der Menschen mit HIV zu verbessern. Als hoch komplex und schwierig stellt sich der Zugang zu Hochrisikogruppen heraus. Dazu gehören Drogenkranke und ihre PartnerInnen, homosexuelle Männer und MigrantInnen aus Hochprävalenzländern.

Während das Europäische Zentrum für Krankheitskontrolle (ECDC) gemeinsam mit der WHO die Entwicklung der AIDS-Pandemie in den europäischen Regionen überwacht, obliegt es den Mitgliedsstaaten, durch geeignete Politiken und legislative Maßnahmen Stigma und Diskriminierung von Angehörigen der Hochrisikogruppen zu bekämpfen und ihnen Zugang zu Präventionswissen, freiwilligen Testmöglichkeiten, Beratung und Therapie zu verschaffen. In diesem Zusammenhang sind Österreichs restriktive Migrationspolitik, der Umgang mit Sexarbeiterinnen, insbesondere jenen mit migrantischem Hintergrund und das noch immer fehlende bundesweite Antidiskriminierungsgesetz besonders kritisch zu sehen und als extrem hinderlich für die Eindämmung der Ausbreitung von HIV/AIDS einzuschätzen.

6.2.2. EU-Programm zur Bekämpfung von HIV/AIDS, Tuberkulose und Malaria durch internationale Zusammenarbeit³⁸

Für dieses 2005 beschlossene EU-Programm, das im Rahmen der Entwicklungszusammenarbeit umgesetzt werden soll, fand 2009 eine Zwischenevaluierung statt. Die Bedeutung nationaler Gesundheitspläne der Entwicklungsländer und des Aufbaus von Management, Monitoring und Evaluierungskapazitäten, von Technologietransfer und technischer Zusammenarbeit wird ebenso wie die Ausweitung des Zugangs zu leistbaren Medikamenten und von zielgruppenspezifischer Prävention hervorgehoben. Betont wird auch die Notwendigkeit einer verstärkten Fürsorge und Unterstützung von Menschen und Familie, die von HIV/AIDS betroffen sind, insbesondere deren Kinder. Um für diese Vorhaben verlässliche und vorhersagbare finanzielle Mittelflüsse sicherzustellen, werden die Mitgliedsstaaten aufgefordert, ihre ODA-Verpflichtungen einzuhalten und innovative Finanzierungsmechanismen wie die Solidaritätsabgabe auf Flugtickets oder die Finanztransaktionssteuer einzuführen. Die afrikanischen Regierungen sollen ihre Verpflichtung aus der Abuja-Erklärung von 2001 erfüllen, 15% ihrer Staatseinnahmen in das Gesundheitssystem zu investieren.

³⁷ Mitteilung der Europäischen Kommission über die Bekämpfung von HIV/AIDS in der Europäischen Union und ihren Nachbarländern (2009-2013) vom 26.10.2009, http://ec.europa.eu/health/ph_threats/com/aids/docs/com2009_de.pdf

³⁸ Mitteilung der Europäischen Kommission zur Bekämpfung von HIV/AIDS, Tuberkulose und Malaria durch Außenmaßnahmen (2007-2011), 27.4.2005, http://europa.eu/legislation_summaries/development/sectoral_development_policies/r12537_en.htm

6.3. Österreichische Entwicklungszusammenarbeit

Die österreichische ODA ist 2009 massiv zurückgegangen, das 0,56%-Ziel wird für 2010 bei einem Stand von 0,3% im Jahr 2009 absehbar verfehlt. Wird die zugesagte Erhöhung der Entwicklungshilfe zurückgestellt, verzögert sich damit auch die Verwirklichung der MDGs.³⁹

6.3.1. Mehr Beteiligung an internationalen Programmen

Österreichs finanzielle Beteiligung an internationalen HIV/AIDS-Programmen ist überaus bescheiden. Aus den multilateralen Budgetmitteln des österreichischen Bundesministeriums für europäische und internationale Angelegenheiten wurden seit 2001 insgesamt nur rund drei Millionen Euro als zweckgebundene Beiträge zur Bekämpfung von HIV/AIDS (über UNDP, UNICEF und UNAIDS) zur Verfügung gestellt.⁴⁰ Vom österreichischen Gesundheitsministerium werden abgesehen vom jährlichen Pflichtbeitrag Österreichs an die WHO seit 2004 keine Zahlungen für multilaterale HIV/AIDS-Programme geleistet.⁴¹

Das österreichische Bundesministerium für europäische und internationale Angelegenheiten sieht sich zur Koordinierung der österreichischen Aktivitäten bzgl. HIV/AIDS nur zuständig, wenn ein Zusammenhang mit Entwicklungsländern und Entwicklungspolitik gegeben ist.⁴² Derzeit liegt Österreich europaweit laut dem EURO-HIV-Index lediglich auf Platz 16 von 29 Ländern, da eine einheitliche österreichische Körperschaft zur Koordination aller Aktivitäten fehlt.⁴³ Viele Fragen bezüglich des österreichischen Engagements blieben bisher unzureichend beantwortet.

6.3.2. Aufstockung der ODA-Mittel zugunsten von Basisgesundheit, sexueller und reproduktiver Gesundheit sowie HIV/AIDS

Die OEZA hat 2009 ein Fokus-Papier zu HIV/AIDS erarbeitet. Sehr zu begrüßen ist darin der starke Fokus auf die Stärkung von Frauenrechten im Kampf gegen HIV/AIDS. Woran es jedoch mangelt, ist die ungenügende Verknüpfung von Prävention und Behandlung. Grund dafür ist die unzureichende Dotierung der österreichischen Entwicklungszusammenarbeit, die dazu führt, dass Gesundheitsprogramme kaum unterstützt werden. Laut Empfehlung der WHO sollten jedoch von den entwickelten Ländern 0,1 % ihres BIP (also ein Siebentel der ODA) für die Gesundheitsentwicklungsziele zur Verfügung gestellt werden⁴⁴, 25% davon sollten in die Ausbildung und Gehälter von Gesundheitspersonal fließen.

6.3.3. Bessere Finanzierung von Fraueneinrichtungen

Von der OECD 2010 veröffentlichte Daten zur Frauenförderung im Rahmen der Entwicklungszusammenarbeit zeigen, dass in der österreichischen EZA Gender-Mainstreaming in der bilateralen Kooperation mit österreichischen Partnerländern stark einfließt, dieser Bereich jedoch nur einen geringen Gesamtanteil an der ODA ausmacht und

³⁹ http://www.parlament.gv.at/cgi-bin/eukp.pdf?P_EU=XXIV.pdf/EU/02/97/029712.pdf

⁴⁰ Parlamentarische Anfragebeantwortung durch BM Spindelegger vom 22.3.2010, http://www.parlament.gv.at/PG/DE/XXIV/AB/AB_04240/fname_181906.pdf#search=%22HIV%20AIDS%22

⁴¹ Parlamentarische Anfragebeantwortung durch BM Stöger vom 16.3.2010, http://www.parlinkom.gv.at/PG/DE/XXIV/AB/AB_04201/pmh.shtml

⁴² Vgl. Parlamentarische Anfragebeantwortung durch BM Spindelegger vom 22.3.2010, http://www.parlament.gv.at/PG/DE/XXIV/AB/AB_04240/fname_181906.pdf#search=%22HIV%20AIDS%22

⁴³ <http://www.healthpowerhouse.com/files/EHIVI%202009%20Press%20release%20Austria.pdf>

⁴⁴ Vgl. CONCORD: Overall Recommendations for MDGs 4, 5 and 6: The Health Related MDGs (2010), http://www.bond.org.uk/data/files/Bond_Concord_MDGs_paper/overall_recommendations_for_the_health_mdgs.pdf

die direkte Förderung von Frauenorganisationen verschwindend gering ist.⁴⁵ Um einen echten Beitrag zum Empowerment von Frauen zu leisten, ist die direkte Förderung von Frauenorganisationen unumgänglich. Wir fordern daher eine deutliche Mittelaufstockung (am besten eine eigene Budgetlinie) für die Finanzierung von Maßnahmen zur Umsetzung internationaler Frauenrechte, mit besonderem Schwerpunkt auf ökonomischem Empowerment von Frauen, politischer Partizipation und Verwirklichung ihrer sexuellen und reproduktiven Rechte. Für die Partizipation von Frauen in der Wirtschaft, Gesellschaft und Politik ist aber auch die Stärkung der sozialen Infrastruktur (Bildung, Gesundheit, soziale Absicherung) in den Partnerländern der OEZA von größter Bedeutung.

6.3.4. Budgethilfe

Im Bereich der Budgethilfe, die nach Plänen der Regierung künftig ausgebaut werden soll, ist auf einige besondere Herausforderungen zu achten.

Im Rahmen sektorspezifischer Budgethilfe sollte auf die Stärkung dezentraler Strukturen geachtet und die Integration von Gender und sexueller/reproduktiver Gesundheit in HIV/AIDS-Programmen eingefordert und konkret unterstützt werden. Weiters sollten Programme zur sozialen Absicherung der Bevölkerung und der Frauenförderung unterstützt werden. „Gender-Budgeting“ ist ein Instrument, das hier wirksam eingesetzt werden kann und soll.

Allgemeine Budgethilfe alleine wird kaum zu Fortschritten im Bereich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit führen, vor allem nicht für die Ärmsten und am meisten marginalisierten Gruppen; zudem wird der Zugang zu Verhütungsmitteln in manchen Gesellschaften sehr kontrovers gesehen. Budgethilfe ist vor allem in fragilen Staaten hinsichtlich der Einbeziehung der Zivilgesellschaften problematisch, da Organisationen, die mit Basisgruppen und den am meisten marginalisierten Gruppen der Bevölkerung arbeiten, zumeist keinen Zugang zu öffentlichen Institutionen haben. Programme der sexuellen und reproduktiven Gesundheit und Rechte sollten daher durch eine Mischung von Finanzierungsmechanismen gesichert werden.

6.4. Forderungen und Empfehlungen

- *Wir fordern die Einhaltung des EU-12-Punkte-Aktionsplans zur Verwirklichung der Millenniumentwicklungsziele von April 2010⁴⁶ mit Veröffentlichung eines Stufenplans zur Aufstockung der Mittel für Entwicklungszusammenarbeit, mehr Transparenz sowie politische Kohärenz.*
- *Die dringend notwendige Mittelaufstockung der Entwicklungszusammenarbeit sollte bi- und multilateralen Programmen vor allem in den Bereichen Frauenrechte, Bildung und Gesundheit (mit Schwerpunkt auf Basisgesundheit, sexueller und reproduktiver Gesundheit sowie HIV/AIDS) zugute kommen.*
- *Zur Finanzierung empfehlen wir, alle innovativen Vorschläge für Finanzierungsmechanismen mit hohem Einnahme-Potenzial umzusetzen. Dazu zählen die Einführung einer Flugticketabgabe⁴⁷, die Einführung einer Finanztransaktionssteuer (bzw. Wiedereinführung der Börsenumsatzsteuer bis zur Einführung einer europaweiten Finanztransaktionssteuer) ebenso wie die Einführung bzw. Erhöhung vermögensbezogener Steuern.⁴⁸*

⁴⁵ OECD DAC (2010): Aid in Support of Gender Equality and Women's Empowerment, <http://www.oecd.org/dataoecd/40/7/42759705.pdf>

⁴⁶ http://www.parlament.gv.at/cgi-bin/eukp.pdf?P_EU=XXIV.pdf/EU/02/97/029712.pdf

⁴⁷ Vgl. www.unitaid.eu

⁴⁸ Weitere Finanzierungsvorschläge siehe: WIDE (2010): „Kassasturz. Finanzkrise und Entwicklung aus feministischer Sicht“, http://www.oneworld.at/wide/2010/WIDE-Positionspapier_Kassasturz-2010.pdf

7. Zusammenfassung

WIDE Österreich fordert anlässlich der Weltaidskonferenz von 18.-23.7.2010 in Wien die österreichische Bundesregierung und die internationale Staatengemeinschaft auf, im Kampf gegen HIV/AIDS gezielte Maßnahmen gegen die zunehmende Betroffenheit von Frauen ins Auge zu fassen. Besonders in den Hochprävalenzländern muss der Zugang von Frauen zu Bildung und zum Arbeitsmarkt verbessert werden. Das gestiegene Infektionsrisiko von Frauen hängt eng mit ihrer ökonomischen Diskriminierung, fehlendem Zugang zu sexuellen und reproduktiven Rechten und dem hohen Ausmaß an Gewalt gegen Frauen zusammen.

Die Pflege von Aidskranken und die Versorgung von Aidswaisen lasten überwiegend auf den Schultern von Frauen. Regierungen sind aufgefordert, Systeme der Abgeltung für diese Leistungen der Care-Ökonomie zu entwickeln und einzuführen.

Eine weitere Forderung ist die Priorisierung des Menschenrechts auf Gesundheit gegenüber den intellektuellen Eigentumsrechten der Pharmakonzerne, welche den billigen Nachbau von AIDS-Medikamenten bis heute stark einschränken.

Dringend notwendig ist eine Aufstockung der EZA-Mittel, insbesondere für bi- und multilaterale Programme in den Bereichen Frauenrechte, Bildung und Gesundheit (mit Schwerpunkt auf Basisgesundheit, sexueller und reproduktiver Gesundheit sowie HIV/AIDS). Zur Finanzierung empfiehlt WIDE, innovative Vorschläge zur Entwicklungsfinanzierung aufzugreifen.

Darüber hinaus fordert WIDE verstärkte frauenspezifische Forschung und Partizipation von Frauen, damit Präventions – und Behandlungsprogramme auf die besonderen Bedürfnisse von Frauen abgestimmt und von diesen auch angenommen werden können.