

Aus der Beratungspraxis

HIV und Aids als Abschiebungshindernis in Beratung und Praxis

Silke Klumb, Berlin, und Antje Sanogo, München*

1. HIV und Aids in Deutschland und weltweit 2008

Nach aktuellen Schätzungen des Robert-Koch-Instituts leben in Deutschland 60 000–66 000 Menschen mit HIV und Aids (November 2008),¹ UNAIDS schätzt die Zahl der Menschen, die weltweit mit HIV leben, auf 30,3–36,1 Millionen.² 2,2–3,2 Millionen Menschen haben sich im Jahr 2007 neu mit dem Virus infiziert, 1,8–2,3 Millionen starben an Aids. Noch immer leben die meisten Menschen mit HIV und Aids in den Ländern Subsahara-Afrikas und 1,9 Millionen der weltweit insgesamt 2,5 Millionen Neuinfektionen geschehen dort.

2. Die HIV-Erkrankung 2008

HIV und Aids entwickelt sich – in den reichen Industrieländern – immer mehr zu einer gut behandelbaren, chronischen Erkrankung. Aber HIV/Aids ist nach wie vor eine unheilbare Krankheit, die unbehandelt innerhalb von drei bis zehn Jahren zum Tod führt. Mit der Behandlung werden das Fortschreiten der Erkrankung verlangsamt, das Immunsystem stabilisiert und das Auftreten Aids-definierender Erkrankungen verhindert. Die antiretrovirale Kombinationstherapie (ART), die seit 1996 eingesetzt wird, hat diese Entwicklung möglich gemacht. Dank weiterer Forschung wurden in den letzten Jahren etliche neue Medikamente entwickelt, die weniger Nebenwirkungen und einen einfacheren Einnahmemodus haben und auch dann noch wirken, wenn Resistenzen auftreten, die die bisherigen Medikamente unwirksam machen. Neue Medikamentenklassen wurden entwickelt, so dass heute 25 Substanzen zur Verfügung stehen, die in verschiedensten Kombinationen wirksam sind und damit die Behandlungsmöglichkeiten, die zu Anfang auf zehn Jahre angenommen wurden, erheblich verlängern.

Trotzdem werden auch in Deutschland Menschen mit HIV und Aids noch immer ausgegrenzt und stigmatisiert und z. B. nicht in der Arbeitswelt integriert, trotz ihrer durch die antiretrovirale Therapie wieder gewonnenen Leistungsfähigkeit. Viele Menschen verschweigen daher ihre Erkrankung sowohl im Arbeits- als auch im sozialen Umfeld.

Für eine langfristig funktionierende Behandlung müssen nicht nur Kontinuität der Medikamenteinnahme, sondern auch diverse regelmäßige Laboruntersuchungen eingehalten werden. Studien haben gezeigt, dass Therapieunterbrechungen die Lebenserwartung erheblich verkürzen und schwerwiegende Folgen haben.

Die Behandlung einer HIV-Infektion in Deutschland er-

folgt nach den Grundsätzen der Deutsch-Österreichischen Therapieleitlinien.³ Wird bei einer Person die HIV-Infektion durch einen positiven HIV-Antikörpertest diagnostiziert, wird empfohlen, zunächst bei einem HIV-Schwerpunktarzt/einer HIV-Schwerpunktärztin den Immunstatus untersuchen zu lassen. Dabei werden die Höhe der Viruslast im Blut und die Zahl der CD4-Zellen (das sind für das Immunsystem sehr wichtige Zellen, die von HIV zerstört werden) gemessen. Anhand dieser beiden Werte kann festgestellt und überwacht werden, wie sehr das Immunsystem von HIV bereits geschädigt ist.

Steigt die Viruslast an und fällt die Zahl der CD4-Zellen unter ca. 350/ μ l Blut, ist die HIV-Infektion behandlungsbedürftig. Zu diesem Zeitpunkt wird mit der medikamentösen antiretroviralen Therapie (ART) begonnen. Die eingesetzten Medikamente unterdrücken die Vermehrung der HI-Viren. In der Folge sinkt die Zahl der HI-Viren im Körper und die Zahl der CD4-Zellen steigt wieder an. So kann mit Hilfe der antiretrovralen Therapie (ART) das Immunsystem wieder aufgebaut und gestärkt werden und das Fortschreiten der Erkrankung verhindert werden. Inzwischen ist anzunehmen, dass bei einem optimalen Verlauf der Behandlung der HIV-Erkrankung die Lebenserwartung eines Menschen mit HIV nicht mehr wesentlich unter der eines Nichtinfizierten liegen kann, große Unterschiede im Behandlungserfolg aufgrund vieler (individueller) Faktoren führen allerdings zu einer großen Bandbreite bei der realen Lebenserwartung.⁴ Dabei hängt der nachhaltige Erfolg einer Therapie nicht nur vom dauerhaften und kontinuierlichen Zugang zu Medikamenten ab. Laut Weltgesundheitsorganisation (WHO) sind für die erfolgreiche und nachhaltige Durchführung einer ART folgende Bedingungen unerlässlich:⁵

*Klinisches Management von HIV-Positiven einschließlich:*⁶

- Cotrimoxazol-Prophylaxe
- Management von opportunistischen Infektionen und Komorbidität (psychische Gesundheit und Hepatitis)
- Tuberkulose- (TB) und HIV-Koinfektions-Management
- Palliativ-Pflege (Symptom-Management und Sterbebegleitung)
- Unterstützung der Ernährung
- Antiretrovirale Therapie

* Silke Klumb, Dipl. Erziehungswissenschaftlerin, ist Referentin für Migration in der Bundesgeschäftsstelle der Deutschen AIDS-Hilfe; Antje Sanogo, Dipl. Erziehungswissenschaftlerin, ist Mitarbeiterin der Münchner AIDS-Hilfe.

¹ Epidemiologisches Bulletin, 21.11.2008.

² UNAIDS, Pressemitteilung, 29. Juli 2008.

³ www.rki.de/DE/Content/InfAZ/H/HIV/AIDS/Therapie/Leitlinien.

⁴ Sowohl die körperlichen Voraussetzungen von Menschen wie z. B. Vorerkrankungen als auch die Vielfalt von HI-Viren, die z. B. unterschiedlich aggressiv sein können, tragen dazu bei, dass Behandlungserfolg sehr unterschiedlich sind.

⁵ Vgl. hierzu auch Deutsche AIDS-Hilfe, Stellungnahme zur Mitgabe von antiretroviralen Medikamenten bei der Abschiebung HIV-infizierter Flüchtlinge, November 2008; zu beziehen bei der Deutschen AIDS-Hilfe (DAH), Kontaktdata s. u.

⁶ WHO, Towards universal access 2010, Model Essential Package, 2006.

HIV/Aids-Behandlung und Pflege, einschließlich:⁷

- Behandlungsbereitschaft sowohl für HIV als auch für TB
- Unterstützung der Behandlung mit HAART, TB-Behandlung und -Prophylaxe
- Psychosoziale Unterstützung
- Palliative häusliche Pflege
- Für First-Line-Therapie müssen folgende antiretrovirale Medikamente unbedingt vorhanden sein: Retrovir (Zidovudin); Zerit (Stavudin); Viramune (Nevirapin); Epivir (Lamivudin); Emtriva (Emtricitabin); Viread (Tenofovir); Zia- gen (Abacavir); Sustiva (Efavirenz)
- CD4-Zell-Messung muss zugänglich sein (prinzipiell und von den Kosten her), da aufgrund der meist nicht zugänglichen Messung der Viruslast das Therapie-Monitoring über die CD4-Zell-Messung erfolgen muss.
- Weitere Laborkapazitäten, die auf regionaler Ebene zugänglich sein sollen, sind: virologische HIV-Diagnostik; Hämoglobin-Messung; großes Blutbild (Leberwerte, Alaninamino-Transferase, Nierenfunktion, Glukose, Lipide, Amylase, Elektrolyte, Leukozyten); Diagnostik von TB, Malaria, Hepatitis, andere sexuell übertragbare Krankheiten und opportunistische Infektionen.

3. Behandlung von HIV und Aids in Ländern mit begrenzten Ressourcen

Im Gegensatz zu den guten Behandlungsmöglichkeiten in Deutschland sind die Bedingungen einer HIV-Behandlung in Ländern mit begrenzten Ressourcen schlecht. Der im Jahr 2002 ins Leben gerufene Globale Fonds zur Bekämpfung von AIDS, Tuberkulose und Malaria (GFATM) hat z. B. erreicht, dass aus Mitteln des Fonds 1,76 Millionen Menschen die notwendigen Medikamente (ART) erhalten. Das für 2005 gesetzte globale Entwicklungsziel, 3 Millionen Menschen mit ART zu versorgen, wurde erst im Dezember 2007 erreicht. Angesichts von ca. 10 Millionen Menschen, die dringend eine HIV-Behandlung benötigen, ist dies noch immer eine erschreckende Situation. Ein umfassender Zugang zu Therapie wäre laut der WHO-Definition von »universal access« dann erreicht, wenn 80 % des Bedarfs an Therapien gedeckt sind. Bis 2010 soll dieses Ziel erreicht sein.

Behandlungsprogramme gibt es inzwischen in fast allen Ländern, finanziert aus unterschiedlichen Töpfen und mit Unterstützung verschiedenster Organisationen. Einzelne Pharmafirmen stellen Medikamente in Ländern mit begrenzten Ressourcen zu reduzierten Preisen zur Verfügung, was angesichts der realen Einkommensverhältnisse der Menschen allerdings nicht dazu führt, dass die Medikamente von Menschen aus der breiten Bevölkerung bezahlt werden können. Die desolate Situation der Gesundheitssysteme schlägt sich nach wie vor in der schlechten Versorgung nieder. Aber auch ganz normale Schwierigkeiten machen eine kontinuierliche Behandlung an vielen Orten unmöglich: Ausbleibende Medikamentenlieferungen führen zu Therapieunterbrechungen, die verheerende Folgen für den Verlauf der Krankheit haben, der Zusammenbruch von sowieso

nur spärlich vorhandenem öffentlichen Nahverkehr führt dazu, dass Menschen nicht in das nächste Gesundheitszentrum gelangen können. Für kranke Menschen sind die Wege zur nächsten Versorgungsstation häufig nicht zu bewältigen. Die zu einer Behandlung notwendigen und in Industrieländern selbstverständlichen Untersuchungen sind in vielen Ländern nach wie vor nicht verfügbar, so dass von einer angemessenen Versorgung der Patient(inn)en nicht gesprochen werden kann.

Die Zahl HIV-positiver Menschen mit Zugang zu antiretroviralen Therapien schwankt von Land zu Land. Ein besonderes Problem besteht in dem Gefälle zwischen Stadt und Land: Selbst wenn in den Hauptstädten einzelne Behandlungsprojekte existieren, ist der Zugang für Menschen aus ländlichen Gebieten regelmäßig ausgeschlossen. Ein weiteres Problem besteht darin, dass preiswerte bzw. subventionierte Medikamente in einigen Herkunftsländern nicht kontinuierlich zur Verfügung stehen. In den staatlichen Behandlungsprogrammen kommt es immer wieder zu Unterbrechungen in der Versorgungskette. Beispiele gibt es viele. So wurde Ende 2003 berichtet, dass in den staatlichen Behandlungsprogrammen in Nigeria die Medikamente ausgingen. Die Regierung hatte vergessen, rechtzeitig Nachschub an Medikamenten zu bestellen. In der Folge kam es zu einer Unterbrechung der Versorgung und zu unfreiwilligen Therapiepausen bei den Betroffenen. Ähnliches ereignete sich in der Côte d'Ivoire und in Simbabwe.

Die Zahl der HIV-positiven Menschen, die eine antiretrovirale Therapie benötigen, wird in den nächsten Jahren weiter ansteigen. Aktuelle Zahlen von UNAIDS zur Situation in den Ländern südlich der Sahara zeigen, dass für jeden Menschen, der heute mit einer antiretroviralen Therapie beginnt, sich zwei bis drei Personen neu mit HIV infizieren.

Wer mit der antiretroviralen Therapie begonnen hat, benötigt diese lebenslang. Die meisten Projekte zur Behandlung von HIV-Positiven in den Herkunftsländern sind jedoch immer nur auf einige Jahre ausgelegt. Es gibt kaum Konzepte für nachhaltige Versorgungsprojekte. Zu der Unsicherheit, ob überhaupt eine Therapiemöglichkeit gefunden werden kann, kommt für von Abschiebung bedrohte Menschen mit HIV die Frage hinzu, wie lange sie den Zugang zu Medikamenten haben werden.

4. Bleiberecht für Flüchtlinge mit HIV und Aids

Mit dem Zuwanderungsgesetz wurden die bis dahin vergebenen Aufenthaltsbefugnisse in Aufenthaltserlaubnisse umgewandelt. Was dem Namen nach eine Verbesserung darstellt, bedeutet für HIV-positive Flüchtlinge häufig eine Schlechterstellung: Die Grundlage der nach dem damals gültigen Ausländergesetz erteilten Aufenthaltsbefugnisse nach § 53 Abs. 6 AuslG ist ein zielstaatsbezogenes Abschiebehindernis, das bereits im Verfahren festgestellt wur-

⁷ WHO, Antiretroviral Therapy for HIV Infection in Adults and Adolescents: Recommendations for a public health approach, 2006.

Aus der Beratungspraxis

de. Im Aufenthaltsgesetz ist für diesen Personenkreis die Anwendung des § 25 Abs. 3 vorgesehen. In einigen Bundesländern haben insbesondere Migrant(inn)en ohne anwaltliche Vertretung entgegen § 101 Abs. 2 AufenthG in der Umwandlung der Aufenthaltsbefugnisse häufig nur Aufenthaltserlaubnisse nach § 25 Abs. 4 oder 5 AufenthG zuerkannt bekommen und fallen damit wieder unter die Bestimmungen des Asylbewerberleistungsgesetzes. Das bedeutet substantielle Leistungskürzungen, die Gewährung von medizinischer Behandlung nur bei akuter Notwendigkeit, ohne freie Arztwahl – so können z. B. Menschen aus Brandenburg nicht mehr zum/zur sie bisher behandelnden HIV-Schwerpunktarzt/-ärztin nach Berlin fahren –, Verlust der Arbeitserlaubnis und keine Teilnahme an Integrationskursen und anderen Eingliederungsmaßnahmen. Diese Regelungen betreffen Menschen, die seit Jahren in Deutschland leben, sich soweit möglich bereits integriert haben, erste Schritte in die Erwerbstätigkeit gegangen sind. Die Rückstufung bedeutet eine erhebliche Einschränkung der Lebensqualität von Migrant(inn)en mit HIV und Aids.

Es muss daher sichergestellt werden, dass Migrant(inn)en, denen wegen ihrer HIV-Infektion ein Abschiebungsverbot zuerkannt worden ist, die ihnen zustehende Aufenthaltserlaubnis nach § 25 Abs. 3 AufenthG tatsächlich erhalten. Das gilt auch für so genannte »Altfälle«.

Ausgehend von der mangelhaften Versorgungssituation mit antiretroviralen Medikamenten in vielen Ländern Subsahara-Afrikas und Asiens haben HIV-positive Migrant(inn)en in den vergangenen Jahren aufgrund der Behandlungsbedürftigkeit der HIV-Infektion eine Duldung bzw. Aufenthaltserlaubnis aufgrund eines zielstaatsbezogenen Abschiebungshindernisses erhalten. In der aktuellen Rechtsprechung werden diese aber immer häufiger abgelehnt aufgrund der zunehmenden Verfügbarkeit von antiretroviralen Medikamenten in den Herkunftsändern. Dabei wird in der Regel auf Stellungnahmen des Auswärtigen Amtes und der deutschen Botschaften vor Ort verwiesen, die jedoch häufig kein realistisches Bild der Versorgungssituation geben.

Der BayVGH hat festgehalten, dass zu einer eine Abschiebung rechtfertigenden Versorgung im Herkunftsland folgende Punkte erfüllt sein müssen:⁸

- Verfügbarkeit von ART und Labortests etc. zum Therapiemonitoring
- Erreichbarkeit der entsprechenden Behandlungszentren
- Bezahlbarkeit der Leistungen
- persönliche soziale und finanzielle Situation der betroffenen Person inklusive deren Familie (zu erwartende Möglichkeiten der Erwerbstätigkeit, Erwerbstätigkeit der Familienmitglieder, Wohnsituation etc.)

Diese Kriterien werden jedoch in der Regel von Gerichten und in Stellungnahmen nicht überprüft. Nach wie vor werden Stellungnahmen von Nichtregierungsorganisationen, Ärzte ohne Grenzen und anderen Organisationen, die eine wesentlich realistischere Einschätzung aus ihrer Arbeit vor Ort geben können, nicht berücksichtigt – der Ak-

tionsplan der Bundesregierung zur Bekämpfung von HIV und Aids räumt die Möglichkeit ein, entsprechende Berichte in die Beschlussfindung einzubeziehen, fordert dies aber nicht systematisch.⁹

Trotz der Fortschritte der letzten Jahre, behandlungsbedürftige HIV-infizierte Menschen in den Entwicklungsländern zu versorgen, muss festgestellt werden, dass die Behandlungsprojekte in der Regel nach wie vor Modellcharakter haben. Dies zeigt sich schon daran, dass deren Finanzierung immer nur für einige Jahre gesichert ist. Es gibt keine Konzepte für langfristige Finanzierungsmodelle unabhängig vom Geber-Willen der Industrieländer und der Privatwirtschaft. Somit muss davon ausgegangen werden, dass der Zugang zu Behandlungsmöglichkeiten für abgeschobene HIV-positive Flüchtlinge nicht nachhaltig gesichert ist. Abgesehen von der Frage der Kosten für die Medikamente ist vor allem der Zugang zu den notwendigen Laboruntersuchungen und die regelmäßige ärztliche Betreuung der Therapie nicht gewährleistet.

Die Feststellung eines Abschiebungshindernisses wird meist mit der Begründung verweigert, dass für den betroffenen Flüchtling in seinem Herkunftsland die Behandlung möglich sei. Wie bereits dargestellt, kann man aus Sicht der Aidshilfen jedoch nicht davon ausgehen, dass der Zugang zu Behandlung in dem für eine wirksame ART notwendigen Maße gewährleistet ist.

Indem HIV-positive Flüchtlinge der Gefahr ausgeliefert werden, durch die Abschiebung ihren Zugang zu notwendiger Therapie zu verlieren, werden sie in ihrem Menschenrecht auf Gesundheit verletzt. Das Recht auf Gesundheit ist im Internationalen Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte vom 19. Dezember 1966 niedergelegt. In Artikel 12 heißt es:

»Die Vertragsstaaten erkennen das Recht eines jeden auf das für ihn erreichbare Höchstmaß an körperlicher und geistiger Gesundheit an.«

Selbst wenn unter dem Begriff »Höchstmaß an Gesundheit« nicht notwendigerweise ein »deutscher« Therapiestandard verstanden werden muss, ist im Fall von HIV unbedingt zu berücksichtigen, dass eine wirksame Therapie mit dem bloßen Vorhandensein von Medikamenten nicht erreichbar ist. Wie bereits dargestellt, sind hierfür erhebliche Ressourcen in der medizinischen Versorgungsstruktur und an Laborkapazität notwendig.

Die Entscheidung über ein Abschiebungsverbot sollte aus Sicht der Aidshilfen unter Berücksichtigung der folgenden Punkte erfolgen:

- Eine HIV-Infektion verläuft ohne Behandlung immer tödlich, unabhängig davon, in welchem klinischen Stadium

⁸ BayVGH, Urteil vom 6.3.2007 - 9 B 06.30682 - ASYLMAGAZIN 5/2007, S. 16.

⁹ Bundesministerium für Gesundheit, Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung und Bundesministerium für Bildung und Forschung. Aktionsplan zur Umsetzung der HIV/AIDS-Bekämpfungsstrategie der Bundesregierung, März 2007, S. 24–25.

sich der Betroffene befindet.

- Grundsätzlich gibt es in den meisten Herkunftsändern keinen zuverlässigen, über langfristige Zeiträume nachhaltigen Zugang zu Medikamenten, solange die durchschnittliche Versorgung mit Therapie unter 80% (aktuell bei ca. 30%) liegt.
- Im Einzelfall sollte für das jeweilige Herkunftsland anhand der Empfehlungen der WHO überprüft werden, ob ausnahmsweise der Zugang zu Therapie gewährleistet ist. Dabei sollten vorrangig Gutachten und Berichte von kompetenten Organisationen oder Ärzten eingeholt werden. Die Auskünfte von Botschaften allein sind nicht ausreichend, um die Versorgungssituation zu beurteilen.
- Die Möglichkeiten des Zugangs zu Medikamenten im Herkunftsland muss für die konkrete Einzelperson finanziell und sozial möglich sein: Wenn nach Rückkehr keine berechtigte Aussicht auf eine angemessene eigene Berufstätigkeit besteht und daher die finanzielle Abhängigkeit von Familie und sozialem Umfeld droht, können Menschen nicht für ihre Medikamente und Untersuchungen aufkommen.

5. Situation nach einer Abschiebung von HIV-positiven Flüchtlingen

Eine Abschiebung hat für die meisten Menschen katastrophale Folgen, eine gescheiterte Migrationsgeschichte stellt einen Bruch in jeder Lebensbiographie dar. Geht mit diesem Scheitern jedoch auch noch die Diagnose einer nach wie vor tödlichen Erkrankung einher, die in den meisten Herkunftsändern noch wesentlich stärker Ausgrenzung und Stigmatisierung zur Folge hat, ist eine Rückkehr in das bekannte soziale Umfeld für die meisten Menschen unmöglich. Die Erwartung, dass die Familie für entstehende Behandlungskosten aufkommt, ist in der Regel unvorstellbar, zumal der migrierte Familianteil nicht selten den Auftrag hatte, aus der Ferne für den Lebensunterhalt der Zurückgebliebenen zu sorgen.

Sind Menschen mit HIV und Aids in Deutschland bereits behandelt worden, ist eine Fortführung der Behandlung im Herkunftsland häufig (fast) unmöglich, da nur eine begrenzte Auswahl an Medikamenten (die in Deutschland teilweise gar nicht mehr eingesetzt werden) zur Verfügung steht.

Erfahrungen der Beratungsarbeit der Aidshilfen zeigen, dass im Vorfeld Kontaktaufnahmen zu Hilfsorganisationen, die Behandlungsprogramme anbieten, regelmäßig scheitern. Gesicherte Perspektiven können für die betroffenen Flüchtlinge nicht erarbeitet werden. Vor Ort wird die Aufnahme in kostenlose Programme häufig unmöglich, da die Programme ausschließlich Menschen aufnehmen, die bisher noch nicht behandelt worden sind.

Das Hauptproblem für abgeschobene Flüchtlinge besteht vor allem in den hohen Kosten für die Medikamente sowie im mangelnden Zugang und den Kosten für die zur Therapie nötigen Laboruntersuchungen. In den konkreten Einzelfällen der von uns betreuten Flüchtlinge liegen die

Kosten für Medikamente häufig weit über den Kosten, die durch das Auswärtige Amt und die Deutschen Botschaften berichtet werden.

Fallbeispiel: Herr S., Flüchtling aus Burkina Faso

In einem Beschluss des VG München¹⁰ von 2005 wurde die Herstellung der aufschiebenden Wirkung der Klage von Herrn S. abgewiesen. Die Klage richtete sich gegen die Ablehnung der Durchführung eines weiteren Asylverfahrens, in dem es unter anderem um die Feststellung von Abschiebungshindernissen aufgrund der HIV-Infektion von Herrn S. ging. In dem Beschluss wird die Ablehnung u. a. wie folgt begründet: »Auf eine kostenlose Behandlung dürfte der Antragsteller aber nicht angewiesen sein, weil er sich seit mehr als vier Jahren in Deutschland aufhält und mutmaßlich sich etwas Geld angespart hat. Das Gericht meint dies nicht zynisch, es ist einfach so.«

Folgende Kosten wären im Falle einer Rückkehr für Herrn S. für medizinische Behandlung und Medikamente mindestens angefallen:

Kaletra = Lopinavir/Ritonavir = min. 391 Euro/Jahr

Viread = Tenofovir = min. 235 Euro/Jahr

Zerit = Stavudin (d4T) = min. 24 Euro/Jahr

Laborkosten = min. 360 Euro/Jahr

Gesamt = min. 1010 Euro/Jahr

Selbst wenn Herr S. etwas Geld angespart hätte, müsste er mit diesem Geld vor allem den Lebensunterhalt für sich und seine Familie bestreiten, bis er wieder über ein Einkommen im Heimatland verfügt. Dahingestellt sei, ob dies aufgrund seines Gesundheitszustandes ohne Behandlung überhaupt noch möglich wäre.

Nachdem die obige Kostenrechnung und die Lebenshaltungskosten von Herrn S. beim Verwaltungsgericht vorgetragen worden waren, wurde im September 2007 in der Hauptverhandlung schließlich doch ein Abschiebungsverbot festgestellt.¹¹

6. Fazit

In der Beratungspraxis werden die Aidshilfen ständig mit Fragen konfrontiert, die auch in Politik und Rechtsprechung noch kontrovers diskutiert werden: Was umfasst das Menschenrecht auf Gesundheit? Gilt es, eine bestmögliche medizinische Versorgung zu gewährleisten oder geht es »nur« um die Verhinderung von Tod oder einer bedrohlichen Verschlechterung des Gesundheitszustandes? Wie sind die Auswirkungen von AsylbLG (Krankenhilfe, abgesenkter Regelsatz, Sachleistungsprinzip), des AsylVfG (Gemeinschaftsunterbringung, gegebenenfalls Zwangstests) und des AufenthG (Abschiebungshindernis nur bei erheblicher, konkreter Gefahr für Leib und Leben) einzuschätzen und sind sie als Verletzung des Menschenrechts auf Gesundheit zu betrachten? Diese Fragen werden auch im Mittelpunkt eines Fächertags stehen, den die Bundesgeschäftsstelle der Deutschen AIDS-Hilfe in Kooperation mit der Münchner AIDS-

¹⁰ VG München, Beschluss vom 18.7.2005 - M 21 S 05.60127 -.

¹¹ VG München, Urteil vom 31.10.2007 - M 21 K 05.50859 -.

Aus der Beratungspraxis

Hilfe zum Tag der Menschenrechte veranstaltet. Die Ergebnisse des Fachtags können Anfang 2009 bei der Deutschen AIDS-Hilfe angefordert werden.

Aus Sicht der Aidshilfen spricht die in diesem Artikel beschriebene Versorgungssituation in den Herkunftsändern dafür, dass Migrantinnen und Migranten mit HIV und Aids ein Bleiberecht zugesprochen werden sollte.¹² Darüber hinaus fordern die Aidshilfen,

- dass die Stellungnahmen von NGOs systematisch und selbstverständlich in die Rechtsprechung einbezogen werden,
- dass individuelle Fallprüfungen systematisch durchgeführt werden,
- dass die unmenschliche Praxis der Medikamentenmitgabe für einen begrenzten Zeitraum beendet wird,
- dass Menschen, die medizinische Behandlung benötigen, diese in Deutschland gewährt wird und die Integration der Menschen nicht behindert wird,
- dass gesundheitsschädigende Voraussetzungen wie z. B. die Ungewissheit der Aufenthaltssituation, die Unterbringung in Gemeinschaftsunterkünften, die Ernährung mit Lebensmittelpaketen, beendet werden.

Kontakt:

Deutsche AIDS-Hilfe e. V.

Silke Klumb

Referentin für Migration

Wilhelmstraße 138

10963 Berlin

Tel. 030/69008718

silke.klumb@dah.aidshilfe.de

www.aids-laenderberichte.de

Münchener AIDS-Hilfe

Antje Sanogo

Lindwurmstraße 71

80337 München

Tel. 089/54333114

antje.sanogo@muenchner-aidshilfe.de

www.muenchner-aidshilfe.de/forum

HIV und Aufenthalt

RAin Kerstin Miller, Köln

Anfang des Jahres riefen die Vereinten Nationen eine internationale Arbeitsgruppe »Task Force Travel Restrictions« ins Leben, die sich mit Einreisebeschränkungen für HIV-Positive beschäftigt. Dieses Thema ist auch für Europa aktuell. So ist u. a. in Polen, Zypern, Spanien, Griechenland, Polen und Bulgarien bei längerfristigen Aufenthalten vor der Einreise ein HIV-Test obligatorisch. Wie sieht es in Deutschland aus? Welche Auswirkungen hat die Erkrankung hier auf die Einreise und den Aufenthalt?¹

I. Einreise

Fall: Herr S. aus Russland beantragt ein Studentenvizum. Im Rahmen des Verfahrens wird bekannt, dass er HIV-positiv ist. Nun befürchtet er, kein Visum zu erhalten.

Eine HIV-Infektion kann für den Betroffenen im Rahmen eines Visumverfahrens erhebliche Konsequenzen haben. § 5 Abs. 1 Nr. 3 AufenthG sieht bei Aufenthaltstiteln, auf die kein Anspruch besteht, die Möglichkeit vor, den Aufenthalt zu versagen, wenn dieser die Interessen der Bundesrepublik beeinträchtigt oder gefährdet (vgl. auch Art. 5 Abs. 1 e) Schengener Grenzkodex). So wird die Auffassung vertreten, bereits die Feststellung oder sogar der Verdacht einer HIV-Infektion genüge, um den Versagungsgrund des § 5 Abs. 1 Nr. 3 AufenthG zu erfüllen.² Dem ist nicht zu folgen. Angeichts der damit einhergehenden Stigmatisierung und Diskriminierung HIV-Infizierter und der ansonsten uferlosen Auslegungsmöglichkeit des § 5 Abs. 1 Nr. 3 AufenthG ist davon auszugehen, dass eine Versagung nur dann möglich ist, wenn tatsächlich davon auszugehen ist, dass eine Gefährdung der öffentlichen Gesundheit konkret – durch ein entsprechendes Verhalten des Ausländers – zu befürchten ist.

Darüber hinaus gibt auch § 5 Abs. 1 Nr. 2 AufenthG in Verbindung mit § 55 Abs. 2 Nr. 5 AufenthG die Möglichkeit, einen Aufenthaltstitel und damit ein Visum zu versagen, wenn durch das Verhalten des Ausländers die öffentliche Gesundheit gefährdet wird. Neben der festgestellten HIV-Erkrankung muss somit hinzukommen, dass der Betroffene durch sein tatsächliches Verhalten die Verbreitung der Krankheit fördert.³ Ist eine Verbreitung jedoch unter Kontrolle (regelmäßige gesundheitliche Kontrolle, verantwortungsbewusstes Verhalten), besteht keine Gefahr für die öffentliche Gesundheit.⁴

Problematisch sind Visumverfahren, in denen eine Ermessensentscheidung der Botschaft – bzw. im Rahmen der behördlichen Beteiligung der Ausländerbehörde – er-

¹ Vgl. auch Heinhold, HIV-Infektion als Abschiebungshindernis, InfAuslR 2000, 333 ff.

² Renner, AuslR, § 5 AufenthG Rn. 34; vgl. auch Nr. 5.1.3.1.6 der Vorläufigen Anwendungshinweise zum AufenthG.

³ HK-AuslR, § 55 Rn. 31.

⁴ VGH Baden-Württemberg, NJW 1987, 2953.

¹² Diese Forderung steht auch im Mittelpunkt einer Postkartenkampagne, die die Deutsche AIDS-Hilfe am 10.12.2008 starten wird. Die Postkarten können unter versand@dah.aidshilfe.de kostenlos angefordert werden.