

FÖRDERVEREIN KÖLNER FLÜCHTLINGSRAT E.V.

Förderverein Kölner Flüchtlingsrat e.V. – Kartäusergasse 9-11 – 50678 Köln

div. Verteiler

**Förderverein
Kölner Flüchtlingsrat e.V.**

Haus der Ev. Kirche
Kartäusergasse 9-11
50678 Köln

Fax: 0221 3382 237
home: www.koelner-
fluechtlingsrat.de

Claus-Ulrich Pröiß
Geschäftsführer
Fon: 0221 3382 249
Handy: 0171 7992 847
Email: proelss@koelner-
fluechtlingsrat.de

Thomas Zitzmann
Referent
Fon: 0221 3382 126
Email: zitzmann@koelner-
fluechtlingsrat.de

Köln, den 05.06.2003

**Position des Robert-Koch-Institutes zu gesundheitlichen Risiken für
HIV-positive Migrantinnen und Migranten bei Ausreise in afrikanische
Länder**

Sprechstunden nach Verein-
barung

Anbei ein Schriftverkehr zwischen der Aids-Hilfe Dresden e.V. und dem
Robert-Koch-Institut mit der Bitte um Kenntnisnahme, Weitergabe und ggf.
Veröffentlichung.

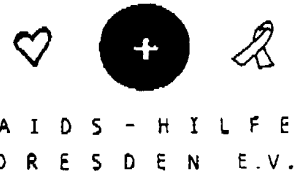
gez. Claus-Ulrich Pröiß

Föv KFR e.V. – gesetzlich vertreten
durch den Vorstand:
Sabine Schmiesing, Rechtsanwältin,
Gabriele Müller-Staudt, Dipl.-Soz.Päd.

Der Verein ist laut Bescheinigung des
Finanzamtes Köln-Altstadt vom
04.09.2002 als gemeinnützig
anerkannt. Spenden und Beiträge sind
steuerlich absetzbar.

**Spendenkonto des Fördervereins
Kölner Flüchtlingsrat e. V.:**

**Stadtsparkasse Köln
BLZ: 370 601 98
Konto-Nr.: 22 10 20 40**



AHD e.V. BISCHOFSWEG 46 01099 DRESDEN

Robert-Koch-Institut
Nordufer 20

13353 Berlin

IHR ZEICHEN

UNSER ZEICHEN

BEARBEITER
M. Schwager

DATUM
25.03.03

Anfrage zu gesundheitlichen Risiken HIV-positiver Migrant/innen bei Ausreise in afrikanische Länder

Sehr geehrte Damen und Herren,

wir begleiten seit 3 Jahren zunehmend Menschen mit HIV/Aids, die aus afrikanischen Ländern stammen. In einigen Fällen sind die Klient/innen vollziehbar ausreisepflichtig. Das heißt, sie halten sich mit einer sog. „Duldung“ in Sachsen auf, ein Vollzug der Ausreise (Abschiebung) ist jederzeit möglich.

Bei der Ausländerbehörde bzw. beim Bundesamt für die Anerkennung ausländischer Flüchtlinge kann die Anerkennung von Abschiebungshindernissen nach § 53/6 AuslG beantragt werden. Hierzu bedarf es einer differenzierten Argumentation, die sich sowohl auf die notwendige medizinische Versorgung im Herkunftsland als auch die aktuelle gesundheitliche Situation des Klienten bezieht.

In diesem Zusammenhang ist es ebenfalls von Bedeutung, welche gesundheitlichen Risiken für HIV-positive Personen entstehen, wenn diese nach Afrika zurückkehren (müssen). Wir wenden uns daher mit den folgenden Fragen an Sie:

1. Welche allgemeinen gesundheitlichen Risiken bestehen für eine Person mit positivem Serostatus bei der Ausreise in ein afrikanisches Land?
2. Welche Rolle spielen hier insbesondere die Klimaumstellung, hygienische Verhältnisse (sauberes Trinkwasser) und das Vorhandensein spezieller Bakterien und Viren?

AIDS-HILFE DRESDEN E.V.

BISCHOFSWEG 46
01099 DRESDEN

TEL: 0351 441 61 42
FAX: 0351 88 444 90
BERATUNG TEL: 0351 194 11

INFOLADEN DER AHD

PRIEHNITZSTR. 18
01099 DRESDEN
TEL: 0351 441 61 43

E-MAIL:
info@dresden.aidshilfe.de
INTERNET:
http://dresden.aidshilfe.de

GEMEINNÜTZIGER UND BESONDERS
FÖRDERUNGSWÜRDIGER VEREIN.
SPENDEN SIND STEUERABZUGSFÄHIG.

BANKVERBINDUNG:

STADTSPARCASSE DRESDEN
BLZ: 850 551 43
KTO: 394 830 092

3. Erhöhen sich diese Risiken in Abhängigkeit vom Immunstatus der betreffenden Person? Entstehen mit fortgeschrittenem Immundefekt (niedrige Helferzellzahl, hohe Viruslast) höhere Risiken an opportunistischen Infektionen zu erkranken, insbesondere im Vergleich dazu, wenn der HIV-Positive in Deutschland bleiben würde?
4. Inwiefern ist eine regionale Differenzierung (Nordafrika, Subsahara) notwendig?

In unserer Arbeit mit HIV-positiven Migrant/innen traten bisher die folgenden afrikanischen Herkunftsländer auf:

- Angola
- Ghana
- Guinea-Bissau
- Kenia
- Kongo
- Nigeria
- Tunesien

Zur medizinischen Versorgung am Herkunftsort informieren wir uns meist bei Hilfsorganisationen, die ihre Mitarbeiter dort einsetzen.

Wir würden uns freuen, wenn Sie uns zu o.g. Fragen eine Rückmeldung geben können und bedanken uns im voraus.

Mit freundlichen Grüßen,


Matthias Schwager
Dipl.-Sozialpädagoge



Robert Koch-Institut | Postfach 65 02 80 | 13302 Berlin

AIDS-Hilfe Dresden e.V.
Bischofsweg 46
01099 Dresden

**Abteilung für
 Infektions-
 epidemiologie**

Besucheranschrift:
 Seestraße 10
 13353 Berlin

24.03.2003

Gesundheitliche Risiken für HIV-positive Migrant/innen bei Ausreise in afrikanische Länder

Schr geehrter Herr Schwager,

Die HIV-Infektion führt bei den Betroffenen in der Regel ohne antiretrovirale Behandlung früher oder später unweigerlich zum Tode. Insofern können aus medizinischer und humanitärer Sicht keine Bedingungen definiert werden, unter denen eine Abschiebung in ein Land vertretbar sein könnte, in dem solche Behandlungsmöglichkeiten nicht zur Verfügung stehen oder für den einzelnen Betroffenen nicht zugänglich sind. In jedem Fall würde dem Betroffenen dann im Zielstaat einer eventuellen Abschiebung eine erhebliche Verschlimmerung der Erkrankung drohen.

Die von Ausländerbehörden bzw. vom Bundesamt für die Anerkennung ausländischer Flüchtlinge geforderte Differenzierung in Bezug auf die gesundheitliche Situation des Klienten ist grundsätzlich möglich auf Grundlage des klinischen Zustands bzw. der CD4-Zellzahl und Viruslast. Diese Parameter jedoch als Kriterien zur Beurteilung der Abschiebefähigkeit heranzuziehen, halten wir für problematisch. Die Definition von Behandlungsindikationen wie sie in den aktuellen Therapierichtlinien (http://www.rki.de/INFEKT/AIDS_STD/BR_LINIE/BR_LINIE.HTM) vorgenommen wird, geht von der prinzipiellen Verfügbarkeit von Behandlungsmöglichkeiten aus. Zur Beantwortung der Frage der Zulässigkeit einer Abschiebung können sie u. E. nicht herangezogen werden, weil sie sich auf eine Situation beziehen, in der eine Behandlung prinzipiell verfügbar ist und lediglich eine Abwägung darüber stattfinden muss, zu welchem Zeitpunkt der Einsatz der verfügbaren Medikamente dem Infizierten ein Optimum an Lebensverlängerung und Lebensqualität verspricht. Sobald die Alternative nur noch heißt, Therapie jetzt oder nie, würde sich aus medizinischer Sicht immer eine Therapieindikation ergeben.

Die Fragen 1 bis 4 sind daher folgendermaßen zu beantworten:

Man kann bei Vorliegen einer HIV-Infektion von einer Lebenserwartung ohne Behandlung von im Durchschnitt 10 Jahren vom Zeitpunkt der Infektion an gerechnet – bei einer großen Variationsbreite – ausgehen. Der Zeitpunkt der Infektion ist aller-

Ihr Zeichen

Unser Zeichen
 3/2-6719-316/2003

Tel. 01888. 754- 3467
 Fax 01888. 754- 3522

Marcusu@rki.de
 Besucheranschrift
 Robert Koch-Institut
 Nordufer 20
 13353 Berlin

Tel. 01888. 754-0
 Fax 01888. 754-2328
www.rki.de



dings nur bei den wenigsten Infizierten tatsächlich bekannt. Die Lebenserwartung (ab HIV-Diagnose) ist daher wesentlich vom Zeitpunkt der HIV-Diagnose beeinflusst.

Bei Ausreise in ein Land, in dem keine Behandlungsmöglichkeiten für die HIV-Infektion und/oder auf der Grundlage einer HIV-Infektion sich entwickelnde opportunistische Infektionen bestehen, muss nach im Einzelfall nicht exakt vorhersehbaren Zeiträumen mit der Entwicklung lebensbedrohlicher klinischer Komplikationen gerechnet werden. Inwiefern eine HIV-Erkrankung durch eine Rückkehr in schlechtere hygienische Bedingungen und durch ein erhöhtes Risiko der Exposition gegenüber anderen parasitären, bakteriellen oder viralen Krankheitserregern beschleunigt wird, ist anhand konkreter Daten nicht zu beurteilen, da entsprechende Untersuchungen bislang auf Grund des Fehlens einer medizinischen Betreuung von rückkehrenden Personen nicht möglich waren. Im Rahmen von Langzeitkohortenstudien in Afrika wurde eine mittlere Inkubationsdauer von Infektion bis Erkrankung in ähnlicher Länge (ca. 10 Jahre) wie in Industrieländern festgestellt. Dabei ist jedoch zu berücksichtigen, dass die mittlere Inkubationszeit stark vom Alter zum Zeitpunkt der Infektion abhängt (je höher das Alter, desto kürzer die Inkubationszeit) und das durchschnittliche Alter von HIV-Infizierten in Industriestaaten deutlich höher liegt als in Entwicklungsländern. Außerdem war die medizinische Betreuung von HIV-Infizierten im Rahmen der Langzeitkohortenstudie deutlich besser als sonst üblich. Man muss daher davon ausgehen, dass es bei Ausreise in eine Region mit schlechterer medizinischer Versorgung und erhöhter Exposition gegenüber verschiedenen Krankheitserregern zu einer schnelleren Krankheitsentwicklung kommen kann. Ein bereits kurzfristig hohes Erkrankungs- und Sterberisiko haben HIV-Infizierte mit fortgeschrittenem Immundefekt (T-Helferzellzahl < 200 Zellen/ μ l).

Eine Differenzierung bei der Bewertung, ob ein Abschiebehindernis besteht, ist unter medizinischen Gesichtspunkten in erster Linie nach der Verfügbarkeit von Behandlungsmöglichkeiten vorzunehmen.

In vielen Abschiebungsverfahren wird die Frage, ob für den Betroffenen in seinem Heimatland eine Behandlung seiner Erkrankung möglich ist, auf Grundlage unzureichender und/oder die konkrete Situation des Abzuschiebenden im Abschiebeland nicht berücksichtigender Informationen getroffen (z.B. mangelnde Verfügbarkeit von Medikamenten aus Kostengründen), so dass eine Abschiebung für die Mehrzahl derjenigen, die eine HIV-Erkrankung als Abschiebungshindernis geltend machen, de facto eine Entscheidung über frühzeitigen Tod oder Verlängerung des Lebens bedeutet. Ob die Erkrankung dann innerhalb einer Woche, eines Monats oder eines Jahres nach Erfolg der Abschiebung eintritt, bleibt u. E. für die Bewertung dieser Entscheidung unerheblich.

Bei schwangeren Frauen ohne gesicherten Aufenthaltsstatus kann die Angst vor Diagnose einer HIV-Infektion und die Befürchtung, dann in ihr Heimatland abgeschoben zu werden, dazu führen, dass Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen unterbleiben und/oder eine weitere medizinische Betreuung des Kindes nach seiner Geburt unterbleibt. Beides kann dazu beitragen, dass die medizinisch möglichen und zur Verminderung des Mutter-Kind-Übertragungsrisikos notwendigen Maßnahmen unterbleiben und sich damit das Risiko für das Kind, mit HIV infiziert zu werden, unnötig erhöht.

Die bisweilen kolportierte Befürchtung, HIV-Infizierte kämen aus dem Grund aus Entwicklungsländern nach Deutschland, um hier von den besseren Behandlungs-

möglichkeiten zu profitieren, hat nach unserer Kenntnis mit der aktuellen Realität wenig zu tun.

Auf der Basis einer Einstellung, dass die Bundesrepublik Deutschland keine Verantwortung für das weitere Schicksal hier lebender HIV-infizierter Personen ohne gesicherten Aufenthaltsstatus hat, ist eine die Menschenrechte, ethische und humanitäre Grundsätze respektierende Lösung des Problems kaum möglich (siehe auch einschlägige Entscheidung des Europäischen Gerichtshofes für Menschenrechte zur Abschiebung HIV-infizierter Personen in Länder ohne Therapiemöglichkeiten). Die Bundesrepublik Deutschland hat der Abschlussresolution des UN-Sondergipfels zu AIDS im Juni 2001 zugestimmt. In dieser Resolution bekennen sich alle Unterzeichnerstaaten zu ihrer gemeinsamen weltweiten Verantwortung bei der Bekämpfung und Lösung des AIDS-Problems und zu einer Politik, welche die Gleichheit aller Menschen und ihres Rechts auf eine adäquate Gesundheitsversorgung respektiert.

Auch der deutsche *Nationale AIDS-Beirat* appelliert an die zuständigen Ressorts von Bund und Ländern, die Beratungsqualität beim HIV-Antikörpertest von Zuwanderern zu sichern. Solche Tests sollten ausschließlich mit Einwilligung des informierten und einsichtsfähigen Betroffenen erfolgen. Weiter führt der Nationale AIDS-Beirat in seinem Votum aus:

Der Umfang ärztlicher Leistungen, auf die Migrantinnen und Migranten Anspruch haben, differiert je nach deren Aufenthaltsstatus. So orientieren sich die Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) an den Bedürfnissen eines in aller Regel nur vorübergehenden Aufenthalts. Zwar bietet das AsylbLG auch die Möglichkeit für darüber hinausgehende Leistungen, wenn diese im Einzelfall zur Sicherung der Gesundheit unerlässlich sind. Dennoch existieren in der Praxis insbesondere für HIV-Infizierte aber auch für AIDS-Kranke nicht unerhebliche Erschwernisse beim Zugang zu ärztlicher Behandlung. Diese Situation wird den Erfordernissen einer lebenslang bestehenden und behandlungsbedürftigen Erkrankung wie z.B. der HIV-Infektion mit ihren fließenden Übergängen in die manifeste Aids-erkrankung nicht gerecht.

Menschen, die sich unerlaubt in der Bundesrepublik aufhalten und den zuständigen Behörden unbekannt sind, erhalten keine Sozialleistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz. Werden solche „illegalen“ oder klandestinen Migranten im Krankheits- oder Beratungsfall öffentlichen Stellen bekannt, müssen sie damit rechnen, dass wegen ihrer Ausreisepflicht aufenthaltsbeendende Maßnahmen gegen sie ergriffen werden. Aus diesem Grund unterbleiben nicht selten auch dringend notwendige medizinische Behandlungen.

Dies entspricht weder den medizinischen Erfordernissen noch dem öffentlichen Interesse, einer möglichen Weiterverbreitung der Infektion wirksam gegenzusteuern, und es entspricht auch nicht den Intentionen des § 19 Infektionsschutzgesetz (IfSG).

Der Nationale AIDS-Beirat hat daher das Bundesministerium für Gesundheit aufgefordert, zusammen mit Kostenträgern und anderen möglichen Partnern die Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass alle HIV-infizierten bzw. Aids-kranken Migrantinnen und Migranten einen ungehinderten Zugang zu einer qualifizierten gesundheitlichen und psychosozialen Versorgung sowie zu angemessener Beratung erhalten.

Mit Hilfe eines auf dem schon erwähnten UN-Sondergipfel beschlossenen weltweiten Fonds zur Bekämpfung von AIDS, Malaria und Tuberkulose ist ein erster Schritt hin zu einer Reduzierung des ungleichen Zugangs zu Behandlungsmöglichkeiten erfolgt. Vorausgesetzt, dieser Fonds wird adäquat finanziell ausgestattet, was nach Berechnungen von UNAIDS und WHO etwa 7-10 Mrd. US\$ jährlich erfordern würde, könnte innerhalb weniger Jahre eine angemessene medizinische Versorgung von Kranken auch in ihren Heimatländern organisiert werden. Die Gewährleistung einer wirksamen und angemessenen medizinischen Versorgung könnte in den meisten Entwicklungsländern für einen Bruchteil der in den hochentwickelten Industriestaaten anfallenden Kosten realisiert werden. Die Anerkennung einer nach ärztlichem Urteil behandlungsbedürftigen HIV-Infektion als Abschiebungshindernis solange, wie in dem Herkunftsland des Patienten eine angemessene medizinische Versorgung nicht gewährleistet ist, würde daher de facto der Mehrzahl dieser Menschen erlauben, zu überleben, es würde die Ernsthaftigkeit des deutschen Engagements bei der weltweiten Bekämpfung von AIDS unterstreichen und müsste keineswegs zu einer die deutschen Sozialsysteme über Gebühr beanspruchenden Belastung durch gezielte Zuwanderung aus stark von AIDS betroffenen Regionen führen. Nicht zuletzt würde es den in die Verfahren involvierten deutschen Staatsbürgern eine Situation ersparen, in der sie das Lebensrecht von hilfsbedürftigen Personen mit zweierlei Maß messen müssen.

Mit freundlichen Grüßen
Im Auftrag

