



Ostasiatisches Seminar
der Universität zu Köln
**Moderne
China Studien**
www.uni-koeln.de/phil-fak/ostas/

Rheinische Friedrich-
Wilhelms- Universität Bonn
**Regionalwissenschaften
Südostasien**
www.suedostasien.uni-bonn.de/



Task Force: HIV/AIDS in China und Südostasien

Aktueller Stand der Epidemie und Projektansätze
für die Entwicklungszusammenarbeit



Winkelmann, Christine; Schaffar, Wolfram (Hrsg):

*HIV und AIDS in China und Südostasien.
Aktueller Stand der Epidemie und Projektansätze
für die Entwicklungszusammenarbeit.
Eine Studie für das Bundesministerium für
wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung.*

Autoren:

Ellermann, Christian; Haug, Achim; Hörburger, Lenz; Reden, Bettina
von; Schweimnitz, Stephanie; Vogel, Sandra; Wang, Weixing
(für die Expertise zu China, S.1-35)

Stefanie Art, Stefanie; Fitzner, Véronique; Heckenbücker, Stefan;
Inhester, Elisabeth; Köster, Ute; Wassermann, Corinna; Weiland,
Ellen; Wiederhold, Elke
(für die Expertise zu Vietnam, S. 36-67)

©bei den AutorInnen,
Februar 2005

Kontakt:

Christine Winkelmann

Moderne China-Studien
Ostasiatisches Seminar
Universität zu Köln
Albertus-Magnus Platz
50913 Köln
0221-470-5404/5413
christine.winkelmann@uni.koeln.de

Dr. Wolfram Schaffar

Abt. für Südostasienwissenschaft
Asienzentrum
Universität Bonn
Nassestraße 2
53113 Bonn
0228-73 9735
wolfram.schaffar@uni-bonn.de

Inhaltsverzeichnis

Vorwort.....	4
1. Länderprofil China.....	6
1.1 Epidemiologie.....	7
1.2 Die Risikogruppen.....	8
1.3 Das Gesundheitswesen.....	17
1.4 Die Reaktionen des Staates auf die Epidemie.....	24
1.5 Fazit.....	27
2. Projekte in der Volksrepublik China.....	29
2.1. China CARES: Großprojekt der Zentralregierung.....	29
2.2. Médecins Sans Frontières: Beispiel für das Engagement einer international tätigen NRO.....	30
2.3. Hong Kong Red Ribbon Centre: Beispiel für eine halbstaatliche, regional agierende NRO.....	30
2.4. Yunnan: Beispiel einer vorbildlich agierenden Provinzregierung.....	31
3. Projektvorschlag.....	32
3.1. Zielgruppe.....	32
3.2. Verfahren und Methoden.....	33
3.4. Kooperationspartner.....	34
4. Literaturverzeichnis.....	35
5. Länderprofil Vietnam.....	41
5.1. Epidemiologie.....	42
5.2. Staatliche Reaktion.....	43
5.3. Risikogruppen.....	48
5.4. Struktur des staatlichen Gesundheitswesens in Vietnam.....	56
5.5. Fazit.....	60
6. Projekte in Vietnam.....	61
6.1. Drei lokale Projekte als Beispiel zur HIV/AIDS Bekämpfung.....	62
7. Projektvorschlag.....	65
8. Literaturverzeichnis.....	68

Vorwort

Task Force: HIV und AIDS in China und Südostasien

Die vorliegende Expertise geht auf eine Form von Lehrveranstaltung zurück, wie sie von Dr. Claudia Derichs vor einigen Jahren an der Universität Essen/Duisburg eingeführt wurde. Eine Task Force ist, in ihren Worten, eine mobile beratende Einsatztruppe und, von ihrer Funktion und Leistung her betrachtet, ein temporärer *think tank*. Anders als in gewöhnlichen Lehrveranstaltungen verstehen sich die TeilnehmerInnen als Berater, die ein aktuelles Thema mit realpolitischer Relevanz bearbeiten und die Ergebnisse am Ende des Semesters schriftlich und mündlich vor entsprechendem Fachpublikum präsentieren. Die Präsentation nimmt eine besondere Stellung ein, da die Studierenden hier die Chance haben, tatsächliche Politikberatung zu trainieren und die Herausforderung anzunehmen, die eigenen Ergebnisse vor Experten zur Diskussion zu stellen. Ein solcher Einblick ins aktuelle politische Tagesgeschäft stellt für die Studierenden eine besonders wertvolle Erfahrung dar.

In der vorliegenden Studie wird ein Themenbereich untersucht, der nicht erst seit der Welt-Aids-Konferenz in Bangkok im Sommer 2004 und den warnenden Worten aller Beteiligten ins Zentrum der internationalen Aufmerksamkeit gerückt ist: In Asien droht eine AIDS-Epidemie, die in ihrem Ausmaß leicht die Situation in Afrika in den Schatten stellen kann. Experten rechnen allein in China mit bis zu 10 Millionen Infizierten im Jahr 2010 und in Südostasien ist zu erwarten, dass neue Entwicklungs- und Infrastrukturprojekte, die die Länder der Region untereinander vernetzen sollen, die Ausbreitung neu anheizen wird. Für die Entwicklungszusammenarbeit stellen diese Prognosen eine enorme Herausforderung dar. Entscheidend für die Frage, mit welcher Art Projekten die Epidemie eingedämmt werden kann, sind dabei nicht in erster Linie die neuesten medizinischen Erkenntnisse, sondern vielmehr die Kenntnis der kulturellen, politischen und sozio-ökonomischen Situation, in der es zur Ausbreitung des Virus kommt.

Das Bundesministerium für Wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung sowie die ausführenden Organe der deutschen Entwicklungszusammenarbeit sind sich dieser besonderen Problematik bewusst und haben bereits mit institutionellen Strukturen, besonderen Planungsrichtlinien und einer Reihe von Projekten auf diese Herausforderung reagiert. Es bedeutete daher für die Studierenden eine besondere Herausforderung, dass sich Herr Bernhard Kühn, Leiter des Referats Bildung, Gesundheit und Bevölkerungspolitik im Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung bereit erklärte, als Auftraggeber für diese Studie aufzutreten und den Rahmen für die Präsentation und Diskussion der Ergebnisse zu stellen.

Die Gruppe setzte sich aus Studierenden des Fachs Regionalwissenschaften Südostasien der Universität Bonn und des Studiengangs Modernes China der Universität zu Köln zusammen. Beide Studiengänge sind auf das moderne Asien ausgerichtet und bilden z.T. speziell für die Entwicklungszusammenarbeit aus. Seit Frühjahr 2004 haben sich die Studierenden mit dem Thema HIV und AIDS in China und Südostasien befasst und in Rücksprache mit dem BMZ die vorliegende Studie erarbeitet, in der sie neben den spezifischen politischen, kulturellen und sozio-ökonomischen Situation der behandelten Ländern auch Ansätze für Projekte der Entwicklungszusammenarbeit entwickelt haben. Die Studien basieren auf einer Vielzahl von Quellen – neben einschlägigen Publikationen der großen internationalen Organisationen und relevanten Fachzeitschriften wurden auch originalsprachliche Quellen aus China und Vietnam, graue Literatur und

Experteninterviews verarbeitet, wobei die Studierenden auf ihre spezifischen Landeskenntnisse, Auslandserfahrungen und z.T. auf persönliche Netzwerke in den betreffenden Ländern zurückgreifen konnten.

Im Juni 2004 stellten die Studierenden ihre Ergebnisse in einer Präsentation im BMZ dem Fachpublikum vor. Die vorliegende Studie ist auf der Basis dieser Präsentation entstanden und berücksichtigt auch die damals geäußerten Kritikpunkte und Anregungen. Trotzdem sich die Studierenden geschmeichelt fühlten, dass ihre Projektvorschläge von den ExpertInnen sehr wohlwollend diskutiert wurden, konnte die Gruppe aus Mangel an Zeit und Ressourcen jedoch nicht die Anregung aufgreifen, die Projekte bis zur Umsetzungsreife zu spezifizieren. Die Projektvorschläge in ihrer jetzigen Form sollen als Ideen verstanden werden, wie in einem Projekt die spezifischen Situationen der Länder und bisherige Erfahrungen anderer Projektträger berücksichtigt werden können. Wenngleich sich die Studierenden bemüht haben, allgemeingültige Tendenzen herauszuarbeiten und einen repräsentativen Überblick zu gewährleisten, muss eine Studie zu einem so schwierigen und komplexen Thema zwangsläufig unvollständig bleiben. Ebenso spiegeln die hier dargestellten Probleme und Projektvorschläge nicht notwendigerweise die Meinung der beteiligten FachvertreterInnen wieder.

Besonderer Dank gebührt an dieser Stelle dem Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung, namentlich Herrn Bernhard Kühn, Leiter des Referats Bildung, Gesundheit und Bevölkerungspolitik, der sich für diese Kooperation bereit erklärte und uns im Verlauf des Projekts immer wieder als Ansprechpartner zur Verfügung stand. Ebenso möchten wir uns bei allen TeilnehmerInnen bedanken, die die Präsentation verfolgt haben und sich als Diskussionspartner zur Verfügung gestellt haben. Es war diese sehr lebhaft Diskussionspartnern mit einem so hochkarätigen Fachpublikum, die das Projekt zu einer besonderen Erfahrung sowohl für die Studierenden als auch für die Lehrenden werden lies. Wir hoffen mit unserer Studie einen kleinen Beitrag zum Verständnis der HIV/AIDS-Problematik geleistet zu haben, und würden uns freuen, wenn die ein oder andere Anregung aus der Studie in die weitere Diskussion aufgenommen wird.

Bonn und Köln, im Februar 2005,

Dr. Wolfram Schaffar
Christine Winkelmann

1. Länderprofil China

In China, dem bevölkerungsreichsten Land der Welt, ist die Verbreitung von HIV/AIDS nach offiziellen Einschätzungen bisher relativ begrenzt geblieben. Die allgemeine Prävalenz von unter 0,1 Prozent ist auch im Vergleich zu anderen asiatischen Ländern sehr niedrig.¹ Dies darf jedoch über zwei Punkte nicht hinwegtäuschen: Auf der einen Seite treten vor allem unter intravenösen Drogengebern und Opfern eines Blutspendenskandals regional begrenzt sehr hohe Infektionsraten auf,² auf der anderen Seite bedeutet ein geringer Prozentsatz bei einer derzeitigen Bevölkerungsgröße von 1,3 Milliarden Menschen dennoch eine hohe Gesamtzahl. UNAIDS zufolge könnte China bis 2010 das Land mit den meisten HIV-Infizierten weltweit werden.³ Des Weiteren ist die HIV/AIDS-Epidemie in China an einem kritischen Punkt angelangt, da sich das Virus mittlerweile nicht mehr nur in den Risikogruppen sondern auch in der Allgemeinbevölkerung in steigendem Maße ausbreitet.⁴ Seit der Reform- und Öffnungspolitik zu Beginn der 80er Jahre befindet sich das Land im Umbruch. Wachsende Arbeitslosigkeit und Unsicherheit führen zu einem Anstieg von Drogengebrauch und Prostitution und in Verbindung mit Infrastrukturprojekten zu vermehrten Migrationsbewegungen. Von staatlicher Seite wurde die Problematik einer HIV/AIDS-Epidemie bis Ende der 90er Jahre weitgehend ignoriert, so dass sich das Virus zunächst ohne wirksame Gegenmaßnahmen oder eine Aufklärung der Bevölkerung verbreiten konnte. Die in den letzten Jahren rasant ansteigende Zahl von sexuell übertragbaren Krankheiten weist auf die zunehmende Nutzung von sexuellen Dienstleistungen hin, verstärkt das Ansteckungsrisiko mit HIV/AIDS und verweist auf eine geringe Kondomnutzungsrate. Letztere steht in engem Zusammenhang mit einer Politik, die hauptsächlich die Pille oder Spirale als Verhütungsmittel propagierte und Werbung für Kondome bis zum Weltaidstag 2003 als „unmoralisch“ verbot.⁵ Die Übertragung von HIV durch heterosexuelle Kontakte ist zwar bisher nur für ca. 10 Prozent der Neuinfektionen verantwortlich, der Anteil der auf diesem Wege infizierten Personen steigt jedoch

¹ Vgl. Chinese Ministry of Health (CMOH) and UN Theme Group on HIV/AIDS in China: *A Joint Assessment*, 2003, S. 8.

² Zu dieser Problematik führt UNAIDS aus: „Large-scale epidemics always begin as localized outbreaks before spreading more widely across regions and communities. In Nairobi, Kenya, HIV prevalence among female sex workers surged from 4% in 1981 to 61% in 1985, while prevalence among pregnant women rose from 0% in 1981 to only 2% in 1985, before its subsequent steep rise.“ Vgl. UNAIDS: *Global Report 2002*, S. 85.

³ Vgl. UNAIDS: *Epidemic Update. December 2003*, S. 18. In ihrer Bewerbung beim Globalen Fond schätzt das Gesundheitsministerium der VR China selber die Infiziertenzahlen im Jahr 2010 auf 10 Millionen, wenn keine Maßnahmen ergriffen werden. Vgl. Country Coordinating Mechanism (CCM): *Proposal to the Global Fund*, 2003, S. 2.

⁴ Vgl. CMOH et al.: *A Joint Assessment*, 2003, S. 2.

⁵ Settle, E., 2003, S. 78.

kontinuierlich an.⁶ Einen weiteren Risikofaktor für Drogengebraucher bildet die zunehmende Bereitschaft zu intravenösem Drogenkonsum.

1.1 Epidemiologie

Offiziell wird seit dem Jahr 2003 die Zahl der HIV-Infizierten insgesamt in China mit 840.000, die Zahl der AIDS-Kranken mit 80.000 angegeben.⁷ Experten zufolge könnten diese Zahlen jedoch weitaus höher liegen.⁸ Schätzungen gehen bis zum Jahre 2010 von zehn bis 15 Millionen oder mehr Infizierten aus, falls keine effektiven Gegenmaßnahmen getroffen werden. Ein Grund für die unsicheren Zahlen sind die schlechte Datenlage und die Tatsache, dass HIV/AIDS-Zahlen in China insbesondere durch die Beteiligung vieler Politiker im Blutspendenskandal ein politisch sensibles Thema ist.⁹

Im Allgemeinen wird die Verbreitung von HIV/AIDS in China in drei Phasen eingeteilt. Die Phase des Eintritts von HIV/AIDS nach China begann 1985 mit der Diagnose von HIV bei einem zurückgekehrten Überseechinesen in Südwestchina.¹⁰ Bis 1988 traten nur bei einer kleinen Zahl von Ausländern oder Überseechinesen in den Küstenstädten Infektionen mit HIV auf. Entsprechend konzentrierten sich die ersten staatlichen Reaktionen auf restriktive Maßnahmen wie ein Importverbot von Blutprodukten und die verstärkte Kontrolle von einreisenden Ausländern.¹¹

Von 1989 bis 1993 verbreitete sich HIV/AIDS über gemeinsamen Spritzengebrauch oder Prostitution hauptsächlich entlang der Drogenhandelsrouten vom Goldenen Dreieck durch Yunnan. Anfang der 90er Jahre traten erste Fälle von Ansteckungen durch unsaubere Blutspendepraktiken auf.

Mitte der 90er Jahre begann die Phase der Ausbreitung von HIV/AIDS. Es werden seither drei für China spezifische Hauptübertragungswege identifiziert: Erstens durch unhygienische Blutspendepraktiken in den zentralchinesischen Provinzen (besonders

⁶ Vgl. CMOH et al.: *A Joint Assessment*, 2003, S. 13. Außerdem kann man vermuten, dass durch die schlechte Datenlage die durch heterosexuelle Kontakte bedingten Infektionen unterrepräsentiert sind. Vgl. hierzu Gill, B.; Morrison, J. S.; Thompson, D., 2004, S. 14-16. Weltweit sind ca. 90 Prozent der Neuinfektionen durch heterosexuelle Kontakte bedingt. Vgl. WHO: *HIV/AIDS in Asia and the Pacific Region 2003*, 2004, S. 2.

⁷ Vgl. CMOH et al.: *A Joint Assessment*, 2003, S. 1.

⁸ Im Antrag für den Globalen Fond werden für sieben stark betroffene Provinzen Ansteckungsraten von 4 – 40% angegeben, in diesen Provinzen leben zusammen 420 Millionen Menschen (wobei für 25 Provinzen HIV Infektionen durch Blutspenden angegeben werden). Vgl. Human Rights Watch (HRW): *Locked Doors*, 2003, S. 5.

⁹ Vgl. HRW: *Locked Doors*, 2003, S. 13, siehe auch Gill, B.; Morrison, J. S.; Thompson, D., 2004, S. 14-16, 18.

¹⁰ Alle Angaben zum zeitlichen Ablauf können nachgelesen werden in: Settle, E. 2003.

¹¹ Bis heute muss jeder Ausländer, der länger als sechs Monate in China bleiben möchte, einen aktuellen HIV-Test vorweisen. Vgl. Botschaft der VR China in Deutschland: *Merkblatt zur Beantragung eines Visum für die Volksrepublik China*. 27.04.2004. <http://www.china-botschaft.de/ger/11287.html> (abgerufen am 12.12.2004). Erwogen wurde seinerzeit auch ein Verbot von Homosexualität, welches bis heute jedoch nicht eingeführt wurde. Vgl. Settle, E., 2003, S. 11.

Henan), zweitens durch intravenösen Drogengebrauch in Süd- und Westchina und drittens durch ein sich veränderndes Sexualverhalten besonders in den großen Küstenstädten des Ostens. Diese drei voneinander relativ getrennten Epidemien wurden vom anschwellenden Heer der Wanderarbeiter und der insgesamt höheren Mobilität innerhalb der letzten zehn Jahre allmählich vernetzt.¹² Inzwischen wurde in allen 31 Provinzen, autonomen Regionen und regierungsunmittelbaren Städten HIV/AIDS diagnostiziert.

1.2 Die Risikogruppen

1.2.1 Intravenöse Drogengebraucher

Die Volksrepublik China grenzt an drei Länder, die weltweit zu den größten Opiumproduzenten zählen: Im Jahr 2002 stand Afghanistan mit 76 Prozent an der Spitze, gefolgt von Myanmar mit 18 Prozent und Laos mit 2 Prozent.¹³ Ein großer Teil des hier produzierten Opiums wird über die VR China geschmuggelt: 2001 stellte China 25 Prozent des weltweit beschlagnahmten Heroins sicher, 91 Prozent der gesamten Region Ost- und Südostasiens.¹⁴

Der Heroinschmuggel stellt in Hinsicht auf HIV/AIDS ein gravierendes Problem dar. Eine Million Drogenabhängige sind offiziell registriert und ausgelöst durch zunehmende Arbeitslosigkeit und Verunsicherung in Zeiten des wirtschaftlichen Umbruchs ist der Trend zum Drogenkonsum steigend.¹⁵ Nach Schätzungen beläuft sich die tatsächliche Anzahl der Drogengebraucher auf sechs bis sieben Millionen mit einem Anteil des intravenösen Drogenkonsums von 50 Prozent mit steigender Tendenz.¹⁶ 90 Prozent der Betroffenen sind unter 30 Jahre alt, 80 Prozent sind männlich.¹⁷

Die HIV-Epidemie hatte sich in China, beginnend in der Provinz Yunnan im Jahr 1989, entlang der Schmuggelrouten ausgebreitet. Im Jahr 2000 hatten bereits sieben Provinzen entlang der Schmuggelrouten mit einer starken HIV-Epidemie unter intravenösen Drogengebrauchern zu kämpfen.¹⁸ Offiziell stellt intravenöser Drogengebrauch mit 66,5 Prozent der Neuinfektionen den wichtigsten Übertragungsweg dar. Dieser Prozentsatz muss aber mit Vorsicht betrachtet werden, da die Infektionsraten durch den Blutsandal wahrscheinlich höher liegen als die chinesische Führung einräumen will.¹⁹

¹² Jährlich migrieren ca. 100-140 Mio. Menschen. Vgl. Kapitel 1.2.5. zur Migration in China.

¹³ Vgl. UNODC: *Global Illicit Drug Trends*, 2003, S. 15.

¹⁴ Vgl. ebd., S. 53 und S. 56f.

¹⁵ Vgl. *China Registers 1 Million Drug Addicts by Last Yearend*, 25.06.2003 http://english.peopledaily.com.cn/200306/25/eng20030625_118871.shtml (abgerufen am 13.05.2004).

¹⁶ Vgl. Khoshnood, K.; Weber, S., 2003, S. 39.

¹⁷ Vgl. AHRN, <http://www.ahrn.net/regional/china.html>, abgerufen am 04.06.2004.

¹⁸ Vgl. UN Theme Group on HIV/AIDS in China: *HIV/AIDS: China's Titanic Peril*, 2002, S. 15.

¹⁹ Vgl. HRW: *Locked Doors*, 2003, S. 43.

Die Epidemie unter intravenösen Drogengebern konzentriert sich in China auf den ländlichen Raum: Die Prävalenzraten dieser Gruppe in städtischen Gebieten betragen bis zu 20,5 Prozent, in ländlichen Gebieten aber bis zu 82,5 Prozent.²⁰ Insgesamt weisen die Provinzen entlang der Drogenschmuggelrouten dennoch sehr unterschiedlich hohe Prävalenzraten bei intravenösen Drogengebern auf. In den am stärksten betroffenen Provinzen Yunnan und Xinjiang liegt die durchschnittliche Prävalenzrate bei 50 Prozent, Guangxi verzeichnet hingegen nur 20,5 Prozent.²¹

Das geringe Risikobewusstsein dieser Gruppe in Bezug auf HIV/AIDS zeigt sich in den hohen Raten der gemeinsamen Nadelbenutzung, die 2001 im Schnitt bei 45 Prozent lag.²² Es besteht in diesem Bereich dringender Handlungsbedarf. Schätzungen, die von über zwei Millionen HIV-Positiven unter intravenösen Drogengebern und ihren Sexualpartnern bis 2010 ausgehen, könnten sich bestätigen.²³

Die rechtliche Grundlage für staatliches Handeln in Bezug auf Drogen bildet die auf der 17. Tagung des Ständigen Ausschusses des Nationalen Volkskongresses 1990 verabschiedete „Resolution über die Drogenbekämpfung“. In diesem Beschluss wird das Verbot von Drogenschmuggel, -produktion und -gebrauch konkretisiert, sowie der Zwangsentzug von Drogensüchtigen vorgeschrieben.²⁴ Im Jahr 2000 gab es 746 Umerziehungslager und 168 Arbeitslager in denen zusammen 344.000 Drogenabhängige auf unfreiwilliger Basis therapiert wurden.²⁵ China gab bei der Bewerbung für den Globalen Fond Rückfallquoten von 95 Prozent zu, Experten gehen von noch höheren Zahlen aus.²⁶ Zum einen treibt sicherlich die starke Stigmatisierung von Drogengebern, die zu Entwurzelung, Verlust des Arbeitsplatzes und Diskriminierungen in der Öffentlichkeit führen, die „Umerzogenen“ in den erneuten Drogengebrauch.²⁷ Dass nur in wenigen Fällen Methadon als Ersatzdroge benutzt wird, ist möglicherweise ein weiterer Grund für den geringen Erfolg. Erste

²⁰ Vgl. UNAIDS/UNICEF/WHO: *Epidemiological Fact Sheets on HIV/AIDS and Sexually Transmitted Infections*, 2002, S. 4.

²¹ Weitere untersuchte Prävalenzraten unter Drogengebern: Sichuan (2000) vier bis zehn Prozent mit stark steigender Tendenz; Guangdong (2000) 20 Prozent, 82 Prozent der Neuinfektionen in dieser Gruppe. In zwei Provinzen abseits der Drogenschmuggelrouten liegen die Prävalenzraten etwas niedriger: Jiangxi und Gansu je 14,5 Prozent und 8,2 Prozent. Vgl. zu den in diesem Abschnitt genannten Zahlen UNAIDS/UNICEF/WHO: *Epidemiological Fact Sheets*, 2002, S. 13f. und UN Theme Group on HIV/AIDS in China: *HIV/AIDS: China's Titanic Peril*, 2002, S. 23-27.

²² Vgl. UNAIDS/UNICEF/WHO: *Epidemiological Fact Sheets*, 2002, S. S.2. In der am stärksten betroffenen Provinz Jiangxi lag die Rate der gemeinsamen Benutzung von Nadeln 1999 sogar bei 93 Prozent, weitere neun untersuchte Provinzen wiesen im Jahr 2000 Raten von 23 bis 75 Prozent auf. Vgl. zu Jiangxi: UN Theme Group on HIV/AIDS in China: *HIV/AIDS: China's Titanic Peril*, 2002, S. 27 und zu den weiteren Provinzen vgl. UNDP/YOANDAIDS: *China at a Glance*, 2004.

²³ Vgl. WHO: *HIV/AIDS in Asia and the Pacific Region 2003*, 2004, S.15.

²⁴ Vgl. Botschaft der VR China in Deutschland: *Rauschgift-Weißbuch*: <http://www.china-botschaft.de/ger/11287.html> (abgerufen am 09.05.2004).

²⁵ Vgl. UN Theme Group on HIV/AIDS in China: *HIV/AIDS: China's Titanic Peril*, 2002, S. 62.

²⁶ Vgl. HRW: *Locked Doors*, 2003, S. 47.

²⁷ Zu den Lebensbedingungen von Drogengebern in China vgl. HRW: *Locked Doors*, 2003. S. 42-45.

regionale Methadon- und Spritzentauschprojekte in fünf Provinzen wurden von der gegenwärtigen Gesundheitsministerin Wu Yi positiv kommentiert und zu vorbildlichen Maßnahmen erklärt.²⁸ Erste dahingehende Versuche der Provinzregierungen müssen aber nicht nur verbal unterstützt, sondern auch von zentraler Ebene ausgebaut werden. Dazu gehören Änderungen der rechtlichen Grundlage, damit unter anderem Methadon- und Spritzentauschprogramme auf legaler Basis operieren können und Teilnehmer keinen Zwangsentzug und Stigmatisierung zu fürchten haben. Am 1. März 2004 setzte die Regierung von Yunnan als erste Provinzregierung eine solche gesetzliche Grundlage in Kraft.²⁹

Ein weiterer wichtiger Handlungsbedarf ergibt sich aus der starken Verknüpfung der Drogenszene mit der Risikogruppe der Prostituierten, sowohl durch Prostitution zur Geldbeschaffung für Drogen als auch durch Drogengebrauch derjenigen, die sich aus Armut und Verzweiflung prostituieren und sich mit Drogen das Leben erträglicher zu gestalten versuchen. Diese Verknüpfung sorgt zunächst für Ansteckungen der beiden Gruppen untereinander und über sexuelle Dienstleistungen gelangt das Virus anschließend in die Allgemeinbevölkerung.

1.2.2 Prostituierte

In China war Prostitution durch drastische Strafen und Umerziehungsmaßnahmen der Kommunistischen Partei für ungefähr 30 Jahre so gut wie unterbunden.

Mit den Wirtschaftsreformen zu Beginn der achtziger Jahre lockerte sich die Haltung der Regierenden. Gefördert durch ein sich änderndes Sexualverhalten tauchte Prostitution zunächst heimlich in den Wirtschaftssozialzonen und den Großstädten wieder auf und verbreitete sich dann schnell auch in den mittleren und kleineren Städten in Hotels, Tanzbars, Friseursalons und auf bestimmten Straßen. Nach einer Schätzung der chinesischen Regierung betrug die Zahl der Prostituierten im Jahr 2003 um die sechs Millionen, in inoffiziellen Schätzungen wird von bis zu 30 Millionen Prostituierten im Haupt- und Nebenerwerb ausgegangen.³⁰ In der Tat wird die Prostitution von vielen lokalen

²⁸ Vgl. Wu Yi: *Wuyi zhuzhu shiji jijitansuo: quanmiantuijin aizibing fangzhi gongzuo* 吴 抓住机极探囊面推 艾滋病防治工作 [Ansprache der Gesundheitsministerin Wuyi auf der gesamtchinesischen Konferenz zur Präventionsarbeit von HIV und Aids am 6.4.2004], <http://www.moh.gov.cn/zhgl/gzdt/1200405090001.htm> (abgerufen am 9.05.2004).

²⁹ Vgl. *Yunnansheng aizibing fangzhi banfa* 云南省艾滋病防治办法 [Verordnung zur Prävention von HIV und AIDS der Provinz Yunnan], 10.02.2004. <http://www.yn.xinhuanet.com/ylfzh/fagui/021001.htm> (abgerufen am 14.06.04).

³⁰ Vgl. WHO: *Zhongguo xingongzuo zhe 6 Mio.* 中国性工作工作者600万 [Sechs Millionen Prostituierte in China] http://www.zaobao.com/special/newspapers/2003/08/xmrb_190803b.html (abgerufen am 23.06.2004) und Zhao, Dagong 赵达功: *Zhongguo jinü lun* 中国妓女论 [Chinas Prostitution], <http://www.now.com/c/zgyj2000/zgyj0007/g000724.htm> (abgerufen am 26.09. 2004).

Regierungen geduldet oder gar heimlich gestützt, weil sie zur Stimulation anderer Wirtschaftsbereiche beiträgt und Schmiergelder gezahlt werden.³¹ Viele Geschäftsmänner und höhere Beamte suchen zudem selber Prostituierte auf oder sehen den Kontakt zu mehreren Liebhaberinnen als Statussymbol an, so dass aus ihrer Sicht kein Handlungsbedarf gegen Prostitution gegeben scheint.³²

Die Prostituierten rekrutieren sich aus fast allen sozialen Schichten. In der Regel sind sie relativ jung. Für manche geringverdienende Berufsgruppen, wie Studentinnen und Angestellte, dient die Prostitution in verschiedenen Formen als Nebenverdienst. So ist es beispielsweise möglich, für Geschäftsreisen eine sogenannte „zweite Ehefrau“ anzumieten, die monatlich entlohnt wird. „Normale“ Prostituierte finden sich in den weitverbreiteten Karaoke-Bars und ähnlichen Lokalitäten, manche mieten sich einen eigenen Raum und finden ihre Kunden für eine Nacht per Telefon, andere arbeiten als Frisör- und Massagemädchen oder Straßenprostituierte.³³

Unter den Prostituierten ist der Wissensstand über HIV äußerst gering und eine Aufklärungsarbeit dringend notwendig. Nur wenige der befragten weiblichen und männlichen Prostituierten wissen etwas über die Übertragungswege von HIV und nur 20 Prozent benutzen regelmäßig ein Kondom.³⁴ Diejenigen, die nicht regelmäßig ein Kondom verwenden, geben als Hauptgrund die Verweigerung des Kunden an.³⁵ Außerdem sind die in der Prostitution Beschäftigten einer Reihe weiterer gesundheitlicher Risiken ausgesetzt: Von Alkohol- und intravenösem Drogengebrauch sowie verschiedenen Geschlechtskrankheiten sind ca. 60 Prozent betroffen. Hierdurch steigt ihr Risiko, sich mit HIV anzustecken.³⁶

In China ist Prostitution strafbar und eine Legalisierung wird in absehbarer Zeit nicht realisiert werden können. Die Prostituierten unterliegen einer starken Diskriminierung, so werden sie z. B. immer wieder Opfer von Regierungskampagnen. Von der Polizei aufgegriffene Prostituierte werden zwangsweise in Umerziehungslagern interniert, während ihre Kunden meistens nur ein Bußgeld bezahlen müssen. Der Aufenthalt im

³¹ Vgl. Pan, S., 2004, S. 26.

³² *Rapide Zunahme sexuell übertragbarer Krankheiten in China*, 12.03.2003, <http://www.netzeitung.de/servlets/page?section=984&item=230388> (abgerufen am 24.06.2004).

³³ Vgl. Pan, S., 2004, S. 28f.

³⁴ Vgl. Country Coordinating Mechanism (CCM): *Proposal to the Global Fund*, 2003, S. 19.

³⁵ Vgl. Rogers, S. et al., 2002, S. 221.

³⁶ Vgl. Ren Zhaolin 任晓林: *Dangdai Zhongguo gonggong zhengce bianyuan de wujiquan luo touxi* 当代中国公共政策边缘的舞妓群落透析, [Umfassende Analyse der Gruppe der Tanzmädchen, die sich im Grenzbereich gegenwärtiger öffentlicher politischer Richtlinien befinden] http://www.usc.cuhk.edu.hk/wk_wzdetails.asp?id=625 oder <http://bbs3.xilu.com/cgi-bin/bbs/view?forum=hbook&message=2670> (abgerufen am 23.06.2004).

Umerziehungslager erweist sich zudem in den allermeisten Fällen als wirkungslos, da die Frauen nach Entlassung doch wieder ihrer ursprünglichen Tätigkeit nachgehen.³⁷

Um Bestrafung zu entgehen und um sich einen besseren Verdienst zu ermöglichen, ziehen viele Frauen des Milieus von einer Stadt zur anderen und entwickeln so einen sehr hohen Mobilitätsgrad. Die Illegalität und die hohe Mobilität führen zu einer sehr schlechten Erreichbarkeit dieser Risikogruppe zu Aufklärungszwecken oder für gesundheitliche Hilfsmaßnahmen. Die Regierung sollte Prostitution entkriminalisieren und statt dessen Gesundheitsaufklärung und Kondomnutzung bei Prostituierten und deren Kunden fördern. Zudem sollten Prostituierte Zugang zu Behandlung von sexuell übertragbaren Krankheiten erhalten, um die weitere Verbreitung des Virus einzudämmen.

1.2.3 Blutspender

Von einer HIV/AIDS-Epidemie durch Infektionen bei Blutspenden sind offiziell sieben Provinzen in Zentralchina stark betroffen (Henan, Shandong, Hubei, Shaanxi, Shanxi, Anhui und Hebei). Zusammen haben diese Provinzen 420 Millionen Einwohner, von denen sich nach offiziellen Angaben ca. 250.000 Blutspender mit HIV infiziert haben.³⁸ Inoffizielle Schätzungen gehen jedoch von weit höheren Zahlen aus. So wird die Zahl der Infizierten allein in Henan von unabhängigen Ärzten und NRO auf eine Million geschätzt.³⁹ 38 besonders betroffene Dörfer in Henan weisen Infektionsraten von bis zu 80 Prozent bei ehemaligen Blutspendern auf.⁴⁰ Des Weiteren wird geschätzt, dass in 23 weiteren Provinzen illegale Blutspendezentren betrieben werden und somit weitere mögliche Epidemien bereits existieren oder in Zukunft noch ausgelöst werden können.⁴¹

Das Problem entstand Anfang der 90er Jahre in Zentralchina, als lokale und regionale Beamte durch nationalen und internationalen Handel mit Blutplasma Deviseneinnahmen, sowie ein verbessertes Einkommen für die arme ländliche Bevölkerung erzielen wollten.⁴²

³⁷ Vgl. Zhang, Jianchuan 张建川: *Zhongguo aizibing fangzhi de zhengci fenxi* 中国艾滋病防治的政策分析, [Analyse der politischen Richtlinien zur HIV/AIDS-Prävention in China] <http://unpan1.un.org/intradoc/groups/pulic/documents/apcity/unpan011969.pdf> (abgerufen am 26.09. 2004).

³⁸ Vgl. CCM: *Proposal to the Global Fund*, 2003, S. 3 und S. 18.

³⁹ Vgl. *Global Challenges, Blood-Selling Practice in China May Have Infected More than One million Unknown Residents with HIV*, 29.05.2001, http://www.kaisernet.org/daily_reports/rep_index.cfm?hint=1&DR_ID=4829 (abgerufen am 3.05.2004).

⁴⁰ Bis zu 90 Prozent der 15-60jährigen Bevölkerung hat nach Schätzungen Blut gespendet. Vgl. *Henan boots help to HIV/AIDS victims*, 03.03.2004, <http://www.china-aids.org/english7news/news330.htm> und *Workers Daily Says 80 Percent of Henan Village Ravaged by HIV*, 04.01.2002, <http://www.casy.org/chron/bloodsupply.htm> (beide abgerufen am 16.05.2004).

⁴¹ Vgl. *China's full blown AIDS to double to 200.000 in Five years: Report*, 13.01.2003, <http://www.casy.org/chron/Bloodsupply.htm> (abgerufen am 16.05.2004).

⁴² Aus menschlichem Blutplasma können zahlreiche Medikamente hergestellt werden, beispielsweise Gerinnungsfaktorpräparate zur Behandlung der Bluterkrankheit und Medikamente für den lokalen Wundverschluss. Plasma wird des Weiteren bei Flüssigkeitsverlust während langwierigen Operationen angewandt und zur Gewinnung von Immunglobulinen verwendet, die der Behandlung und Vorbeugung von lebensbedrohlichen Krankheiten wie Tetanus, Tollwut oder Hepatitis dienen. Da Plasma auch heute noch nicht künstlich herge-

Die Gesundheitsbehörden ermutigten somit die Bauern zu Plasmaspenden und letztere konnten durch regelmäßiges Spenden ihr monatliches Einkommen vervielfachen.⁴³ Blutspender mit der gleichen Blutgruppe wurden dabei an dieselbe Zentrifuge angeschlossen und die nach der Plasmasphärese übrigbleibenden Blutbestandteile wurden ihnen vermischt zurückgespritzt. Studien, die bereits 1995 darauf hinwiesen, dass sich viele Blutspender durch diese unhygienischen Blutspendepraktiken mit HIV infizierten, wurden unter Verschluss gehalten, da sich der Plasmahandel schnell zu einem lukrativen Geschäft entwickelt hatte. Die entstehenden lokalen Epidemien wurden bis Ende der 90er Jahre vertuscht.⁴⁴

Dank der Bemühungen einiger AIDS-Aktivistinnen, darunter die für ihren mutigen Einsatz bekannt gewordenen Ärztin Gao Yaojie, wurde der Blutspendenskandal Ende der 90er Jahre öffentlich und 1998 wurden die Blutspendezentren verboten.⁴⁵ Bis zum Jahr 2002 beschränkten sich die weiteren Reaktionen der regionalen und staatlichen Regierungen darauf, die Dörfer zunächst von der Außenwelt abzuriegeln, um einer Verbreitung des Virus vorzubeugen. Gleichzeitig konnte durch diese Maßnahme der Zutritt von Außenstehenden verhindert und eine umfangreiche Berichterstattung somit zunächst verhindert werden. Proteste gegen die katastrophale Lage der Betroffenen wurden weitgehend unterdrückt.⁴⁶ Im Jahr 2001 wurden von offizieller Seite erstmals 1.495 HIV-Fälle in Henan bestätigt,⁴⁷ und erst im Jahr 2002 wurde das ganze Ausmaß des Problems in einem ersten Antrag auf Fördermittel des Globalen Fonds angedeutet. Nach der Bewilligung von Mitteln durch den

stellt werden kann, ist man auf die menschliche Plasmaspende angewiesen. Bei der Plasmaspende läuft das Blutplasma in einem geschlossenen Kreislauf durch ein medizinisches Gerät, das Blut und Plasma direkt trennt. Bei dieser Plasmaphärese werden dem Spender die Blutbestandteile ohne Plasma anschließend wieder zugeführt. Eine Plasmaspende ist alle drei Tage möglich und in diesem Rahmen unbedenklich, da der menschliche Körper sehr schnell die Plasmabestandteile neu bildet. Vgl. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung: *Blut+Plasma Spende*, 2003, S. 1-40.

⁴³ Oftmals spendeten arme Bauern mehrere Male pro Woche und erhielten pro Spende 45 RMB (4 USD). Vgl. *Chinese AIDS campaigner faces defamation in central Henan*, 15.9.2003, <http://www.terradaily.com/2003/030915122237.6mxi538z.html> (abgerufen am 3.05.2004).

⁴⁴ Die chinesische Regierung gibt in ihrem Antrag an den Globalen Fond 2003 zu, dass sich dadurch in einigen Dörfern bis zu 60 Prozent der Blutspender mit HIV infiziert hätten. Vgl. CCM: *Proposal to the Global Fund*, 2003, S. 18. Hohe Beamte des Gesundheitsministeriums der Provinz Henan und lokale Kader besaßen jedoch eigene Blutbanken und hielten das Risiko der Ansteckung und das Ausmaß der sich anbahnenden Katastrophe geheim. Vgl. HRW: *Locked Doors*, 2003, S.62 und *Global Challenges, Chinese Health Official Arrested for Leaking Documents About Henan HIV/AIDS Epidemic to Advocacy Group*, 20.8.2003, http://www.kaisernetz.org/daily_reports/rep_index.cfm?hint=1&DR_ID=19450 (abgerufen am 3.05.2004).

⁴⁵ Dr. Gao Yaojie deckte durch ihren ersten Aidspatienten im Jahr 1996 die versteckte Epidemie in Henan auf und bemüht sich seither trotz Strafandrohungen und Schikanen durch lokale Beamte um die Aufklärung und Behandlung der betroffenen Bevölkerung. Ihren Schätzungen zu Folge könnten rund 20 Prozent der Bevölkerung der Provinz Henan HIV-positiv sein. Vgl. *2003 Magsasay Award for Public Service: Citation*, http://www.rmaf.org.ph/2003Awards/citation_ps2003.htm (abgerufen am 11.05.2004) und Rosenberg, 2003, S. 7.

⁴⁶ So wurden z.B. in Shangcai im Jahr 2001 mehrere Männer verhaftet, die im lokalen Krankenhaus Medizin angefordert hatten. Vgl. *Henan AIDS patients jailed for demanding medicine*, 02.12.2001, <http://www.aegis.com/news/afp/2001/AF011223.html> (abgerufen am 03.05.2004).

⁴⁷ Vgl. Rosenthal, E. 2001, <http://www.casy.org/chron/bloodsupply.htm> (abgerufen am 16.05.2004).

Globalen Fond im Jahr 2003 wurde unter dem Titel „China CARES“ ein Hilfsprogramm der Regierung zur medizinischen Versorgung der betroffenen Bevölkerung gestartet. Bis April 2004 hatten in diesem Rahmen allerdings erst 7.000 Patienten kostenlose Medikamente erhalten und mangels ausreichender Betreuung durch ausgebildetes Personal ist eine hohe Abbrecherquote von über 20 Prozent bei der Behandlung mit ARV-Medikamenten festzustellen.⁴⁸

Generell fehlte und fehlt in den betroffenen Gebieten seit Beginn der Epidemie bis heute eine ausreichende medizinische Versorgung. Dies hat zu einer hohen Anzahl an Mutter-Kind-Transmissionen geführt und gipfelt inzwischen in einem Massensterben der Erwachsenengeneration an AIDS. Aktivisten schätzen daher, dass es alleine in der Provinz Henan bis zu eine Million AIDS-Waisen geben wird.⁴⁹ Ein weiteres Problem, das durch die schlechte Versorgung und die Verzweiflung der Betroffenen ausgelöst wird, ist der grassierende Verkauf von gefälschten Medikamenten,⁵⁰ sowie die Mitte der 90er Jahre begonnene und andauernde Flucht vieler zum Teil infizierter Menschen aus betroffenen Regionen, bei der sie die Epidemie in alle Teile des Landes tragen.⁵¹ Zusätzlich hat sich eine unbekannte Anzahl von Menschen, alleine in Shanghai offiziell 6,5 Prozent der HIV-Infizierten, durch die Einnahme von Blutermedikamenten angesteckt, die mit HIV-verseuchtem Plasma hergestellt wurden. Auch sie sind indirekt Opfer des Blutspendenskandals.⁵² Die ursprünglich lokal begrenzte Epidemie durch Blutspenden trägt somit bis heute zu einer weiteren Verbreitung des Virus in ganz China bei.

1.2.4 Männer, die Sex mit Männern haben / Homosexuelle

Homosexualität ist in China nicht illegal, aber mit zahlreichen gesellschaftlichen Tabus belegt. Belangt werden konnten Homosexuelle bis 1997 auf Grund eines Paragraphen, der die Störung der staatlichen Ordnung unter Strafe stellte, so dass sie auch immer wieder Opfer staatlicher Willkür wurden. Erst im April 2001 wurde Homosexualität vom Verband chinesischer Psychiater von der Liste der Geisteskrankheiten gestrichen.⁵³ „Most official

⁴⁸ Vgl. *Over 1000 AIDS patients in Henan go without medicine*, 30.03.2004, http://www.sinopolis.com/Archives/01Life/life_040404_05.htm (abgerufen am 03.05.2004). Siehe auch Gill, B.; Morrison, J. S.; Thompson, D., 2004, S. 10. Zu China CARES vgl. auch Kapitel 1.3.8.

⁴⁹ Vgl. HRW: *Locked Doors*, 2003, S. 5 und *Assistance for HIV Aids orphans intensifies in Henan*, http://fpeng.peopledaily.com.cn/200404/10/eng20040410_139983.shtml (abgerufen am 16.05.2004).

⁵⁰ Im Februar 2004 forderte daher Dr. Gao Yaojie die neue Gesundheitsministerin Wu Yi bei einem Treffen auf, Adoptiveltern für die vielen AIDS-Waisen zu finden und den Verkauf gefälschter Medikamente zu verbieten. Vgl. *Top Chinese Leader meets with country's most famous AIDS Activist*, 03.03.2003, <http://www.casy.org/chron/Bloodsupply.htm> (abgerufen am 16.05.2004).

⁵¹ Vgl. auch Kapitel 1.2.5. zur Migration in China.

⁵² Vgl. *Shanghai Tackles Tainted Blood*, 02.12.2003, <http://www.china.org.cn/english/2003/DEC/81333.htm> (abgerufen am 10.05.2004).

⁵³ Vgl. Gallagher, J., 2001, S. 22.

discourses, at least in the beginning of the country's epidemic, constructed homosexuality as a corrupt Western import, alien to Chinese culture.⁵⁴ Aus diesem Grund wurde der Verbreitung von HIV/AIDS unter Homosexuellen bisher wenig Aufmerksamkeit geschenkt. In den großen Städten bildete sich zwar in den vergangenen Jahren eine homosexuelle Szene mit entsprechenden Bars heraus, der Großteil der homosexuellen Szene trifft sich jedoch weiterhin in öffentlichen Parks und auf öffentlichen Toiletten.⁵⁵

Regierungsstellen gehen nach wie vor nicht von einer besonderen Gefährdung Homosexueller aus. In diesem Zusammenhang wird stets auf die geringe Infektionszahl unter Homosexuellen verwiesen, die im Jahr 2001 angeblich nur 0,2 Prozent aller Fälle ausmachte.⁵⁶ Diese Zahl ist aus vielen Gründen unrealistisch: Bei den nationalen Datenerhebungsverfahren zur Bestimmung von HIV und AIDS wurde bisher die Gruppe der Homosexuellen nahezu ignoriert.⁵⁷ Zudem dient eine niedrige Infektionszahl von Homosexuellen der Demonstration, dass in China ein derartiges Verhalten nicht weit verbreitet sei. Erschwerend kommt hinzu, dass sich viele Männer, die sexuelle Kontakte mit anderen Männern haben,⁵⁸ nicht als homosexuell identifizieren.⁵⁹ Diese Selbstwahrnehmung basiert u. a. auf der Tatsache, dass sie verheiratet sind und eine Familie haben.⁶⁰ Aus diesem Grunde sind sie weder empfänglich bzw. überhaupt erreichbar für die wenigen existierenden Präventionsbemühungen, noch machen sie sich ein realistisches Bild über ihre eigene Gefährdung.⁶¹ Eine Untersuchung aus dem Jahr 2002 mit knapp 500 homosexuellen Männern in Peking fand heraus, dass 3,1 Prozent HIV infiziert waren und 49 Prozent in den vergangenen sechs Monaten ungeschützten Analverkehr hatten.⁶² Vor diesem Hintergrund ist von einer weitaus höheren Gefährdung der chinesischen homosexuellen Bevölkerung auszugehen.

⁵⁴ Jones, R.H., 1999, S. 162.

⁵⁵ Vgl. Jin, R., 1998, S. 70.

⁵⁶ Vgl. CMOH et al.: *A Joint Assessment*, 2003, S. 12.

⁵⁷ Die Datenerhebungsstationen konzentrieren sich auf fünf Risikogruppen: Drogenkonsumenten, Prostituierte, LKW-Fahrer, schwangere Frauen und Patienten mit Geschlechtskrankheiten. Vgl. Choi, K.H., 2003, S. 2126. Siehe auch National Center for HIV, STD and TB Prevention, Centers for Disease Control and Prevention, U.S. Department of Health and Human Services: *Report of an HIV/AIDS Assessment in China*, 2001, S. 22.

⁵⁸ In der Regel werden solche Männer als *MSM, Men Having Sex With Men* bezeichnet, da mit dem Begriff *homosexuell* eine spezifische Identität, die über das Sexualverhalten hinausgeht, verbunden ist.

⁵⁹ Vgl. Jones, R.H., 1999, S. 162-163, 169, 173.

⁶⁰ Diese Lebensweise entspricht traditionelleren chinesischen Vorstellungen, so wurde homosexuelles Verhalten geduldet, so lange der Betreffende trotzdem heiratete und für Nachkommenschaft sorgte. Vgl. hierzu Hirsch, B., 1990 und Chou, W., 2000. In seiner Studie mit knapp 500 homosexuellen Männern findet Choi heraus, dass 64 % der Männer über 39 Jahre und immerhin noch 11% der jüngeren Männer verheiratet sind. Choi, K.H., 2003, S. 2125-2127.

⁶¹ Es gibt einige Aktivisten, die sich speziell für diese gefährdete Gruppe einsetzen, zu nennen wäre hier der in Hongkong lebende Chung To mit der „Ching He Foundation“ und Zhang Beichuan, der eine Zeitschrift zur Aufklärung herausgibt. Siehe auch Rubin, K., 2002, S. 221-227.

⁶² Choi, K.H., 2003, S.2125-2127. Vgl. auch WHO, *HIV/AIDS in Asia and the Pacific Region 2003*, 2004, S. 53, hier wird von einer Prävalenz unter MSM von 1% bis 5 % ausgegangen.

1.2.5 Migranten

China hat seit den neunziger Jahren eine sehr hohe Binnenmigration. Im Jahr 2002 schätzte die ILO (International Labour Organisation) die Zahl der ländlichen Binnenmigranten auf ca. 90 Millionen und geht von einem jährlichen Zuwachs von fast acht Millionen aus.⁶³ Ein Problem ist jedoch die Unsicherheit der Datenerhebung. So sind meistens nur regionale Daten vorhanden oder die Definition von Migration ist äußerst ungenau. Ursachen der Migration sind der Überfluss an Arbeitskräften in ländlichen Gebieten und die großen ländlich-städtischen Einkommensunterschiede. Im Durchschnitt können die Migranten in den Städten das Dreifache ihrer ländlichen Einkommen erzielen. Neben starken Urbanisierungstendenzen innerhalb der Provinzen gibt es Wanderungsströme von den Niedriglohngebieten im Westen in reichere Küstenprovinzen, die durch die stetig wachsende Einkommensschere beschleunigt werden. Die meisten Arbeitssuchenden migrieren temporär und immer in die gleichen Gegenden, ein Beispiel hierfür ist die jährliche saisonale Migration von Männern und Frauen aus Sichuan nach Xinjiang zur Baumwollernte. Im Durchschnitt bleiben die temporären Migranten 6,8 Monate an den neuen Orten und kehren dann in ihre Heimat zurück. Dies ist für die Verbreitung von HIV/AIDS besonders kritisch, da infizierte Heimkehrer das Virus auch in abgelegene Gegenden des Landes tragen und ihre Partner in der Heimat anstecken.⁶⁴

Zwei Drittel der Migranten sind männlich, meist unter 35 Jahre alt und ledig. Sowohl männliche als auch weibliche Migranten sind besonders gefährdet, sich mit HIV anzustecken. Die jungen Männer neigen zu Prostitutionsbesuchen, da sie entfernt von ihrer Familie sind, und auch der Drogenkonsum stellt eine Versuchung dar, um der Perspektivlosigkeit zu entfliehen. Migrierende Frauen sind ebenfalls anfällig dafür, sich durch Prostitution den Lebensunterhalt oder die Weiterreise zu verdienen und sind leichte Opfer von Frauenhändlern. Als Indikator für die besondere Gefährdung dieser Gruppe kann gelten, dass beispielsweise in Shenzhen im Jahr 2000 69 Prozent der Erkrankungen an sexuell übertragbaren Krankheiten bei Migranten festgestellt wurden.⁶⁵

⁶³ Schätzungen gehen außerdem durch Chinas Bevölkerungswachstum von einem Zuwachs von 70 Millionen Erwerbsfähigen innerhalb der nächsten 10 Jahre aus. Zusätzlich wurden zwischen 1998 und 2003 23,7 Millionen Arbeiter aus Staatsbetrieben entlassen und davon nur 18,5 Millionen wieder eingestellt, auch diese gut fünf Millionen Arbeitslosen werden teilweise zu Wanderarbeitern. Vgl. ILO (Hrsg.): *China Forum to address employment, migration issues: Unprecedented meeting to consider strategy for meeting challenges of globalization*. Pressemitteilung am 27.04.2004, <http://www.ilo.org/public/english/bureau/inf/pr/2004/16.htm> (abgerufen am 17.09.2004).

⁶⁴ Vgl. Zhao, Zhong: *Migration, Labor Market Flexibility, and Wage Determination in China*, 21.08.2003, <http://www.worldbank.org/wbi/labormarkets/events/china/readings/oct30/migrationengl.pdf> (abgerufen am 24.05.2004).

⁶⁵ Vgl. *Migration and Health in China: An institutional Analysis*, [http://www.populatioasia.org/publications/research Paper/AMCRP17.pdf](http://www.populatioasia.org/publications/research%20Paper/AMCRP17.pdf), S. 9, (abgerufen am 24.05.2004).

Migranten bilden somit ein vernetzendes Element zwischen ländlicher Allgemeinbevölkerung und den Risikogruppen landesweit. Sie tragen das Virus aus Blutspendegebieten in die Städte, oder tragen es als mobile Prostituierte mit sich, viele bringen es schließlich auch in ihre Heimatregionen zurück. Migration muss daher in allen Untersuchungen und bei der Bekämpfung der Verbreitung von HIV/AIDS in China Beachtung finden und es müssen Maßnahmen gefunden werden, die die Migranten als besonders gefährdete Gruppe vor einer Infektion mit HIV schützen.

1.3 Das Gesundheitswesen

Lange wurde China für sein umfassendes Gesundheitssystem gelobt, das der Bevölkerung eine kostenlose Gesundheitsversorgung bot, ihr ein für ein Entwicklungsland ungewöhnlich gutes Verständnis von Vorsorgemaßnahmen und Hygiene einbrachte und so zu einer generellen Senkung von Erkrankungen beitrug. Als Folge übermäßiger Nutzung der staatlichen oder den ländlichen Kooperativen gehörenden medizinischen Einrichtungen, des verschwenderischen Umgangs mit den kostenlosen Medikamenten und wegen des allgemein steigenden Lebensalters stiegen die Kosten des Gesundheitswesens jedoch um durchschnittlich 19 Prozent pro Jahr und das staatliche finanzierte System erwies sich zunehmend als untragbar für die öffentlichen Kassen. Die daraufhin einsetzenden Privatisierungen führten seit Beginn der 80er Jahre zum Zusammenbruch ganzer Versorgungskreisläufe besonders in ländlichen Gebieten. Aber auch Bevölkerungsgruppen in den Städten verloren mit ihrer Entlassung aus Staatsbetrieben gleichzeitig ihren Anspruch auf eine Gesundheitsversorgung.

1998 wurde daher zunächst eine Reform der städtischen Krankenversicherung und des Gesundheitssystems beschlossen, die drei Ziele verfolgt: Steigerung der Qualität der medizinischen Versorgung, Eindämmung der Kosten und Einbeziehung der Bevölkerungsgruppen, die durch die wirtschaftlichen Reformen durch die Maschen des Wohlfahrtsnetzes gefallen sind – Arbeitslose, Arbeiter in Privatbetrieben, Selbständige und Wanderarbeiter. Priorität liegt dabei auf einer herabgestuften Grundversorgung, die dafür mehr Menschen zugänglich sein soll.⁶⁶ Hoffnung auf weiterführende Reformen und Verbesserungen der Infrastruktur im Gesundheitswesen sowie eine verstärkte Aufmerksamkeit für die HIV/AIDS-Epidemie verspricht die personelle Aufwertung des Gesundheitsministeriums im Frühjahr 2003 während der SARS-Epidemie durch die Ernennung der stellvertretenden Ministerpräsidentin Wu Yi zur Gesundheitsministerin.

⁶⁶ Vgl. Guo, B., 2003, S. 386f.

1.3.1 Die medizinische Versorgung der urbanen Bevölkerung

In einer Statistik der WHO zur Gerechtigkeit im Gesundheitswesen steht China im Jahr 2003 auf Rang 177 von 191 Staaten.⁶⁷ Derzeit verfügen die Städter mit knapp 15 Prozent der Gesamtbevölkerung über zwei Drittel der medizinischen Versorgung.⁶⁸ Dennoch können sich mangels Versicherung nicht alle Städter eine umfassende Gesundheitsversorgung leisten. Im Jahr 2000 wurde in 152 Städten mit dem Aufbau von kommunalen Gesundheitszentren begonnen, die wieder eine erschwingliche Versorgung auch bedürftiger Städter gewährleisten sollen. Das größte Problem ist hier, eine ausreichende Anzahl von Ärzten zu gewinnen, die zu Gunsten der Allgemeinmedizin auf die lukrativeren Angebote in der Spezial- und Apparatedizin verzichten.⁶⁹ Ein weiteres Problem bilden auch fünf Jahre nach Beginn der Gesundheitsreform die Wanderarbeiter, die auf Grund von Arbeitslosigkeit oder mangels Aufenthaltsberechtigung bei Versorgung und Versicherung stark diskriminiert werden.⁷⁰

1.3.2 Die medizinische Versorgung der ländlichen Bevölkerung

Bis 1979 verfügten 85 Prozent aller Dörfer über eine Gesundheitsstation, in der sogenannte „Barfuß-Ärzte“ die Grundbedürfnisse der Bauern deckten und präventive Arbeit leisteten. Auf der Ebene der Volkskommunen und der Gemeinden gab es von der Regierung finanzierte Krankenhäuser oder Kliniken. Im Verlauf der wirtschaftlichen Reformen brachen diese allmählich zusammen oder wurden privatisiert und müssen sich nun aus eigenen Gewinnen finanzieren. Für gesetzlich vorgeschriebene kostenlose Schutzimpfungen müssen Patienten nun beispielsweise Klinikgebühren oder Spritzbesteckgebühren zahlen. Medizinisches Personal wanderte vielfach in die Städte ab. Als Indikator für die Verschlechterung der Versorgung kann gelten, dass sich die Tuberkuloserate in China seither wieder vervierfacht hat und in manchen Regionen die Kindersterblichkeit wieder ansteigt.⁷¹ Laut Gesundheitsministerium gingen 1998 37 Prozent erkrankter Bauern nicht zum Arzt und 65 Prozent der ländlichen Patienten, die ins Krankenhaus hätten eingewiesen werden müssen, erhielten mangels Zahlungsfähigkeit keine Behandlung.⁷² Die durch SARS auf die Gefährlichkeit dieses Mangels hingewiesene Regierung bekräftigte im Mai 2003 die

⁶⁷ Vgl. Döring, O., 2003, S. 450.

⁶⁸ Vgl. Zhang, J., 2003, S. 990. Z.B. verfügen die Einwohner über 1,96 Mio. zu 1,02 Mio. Krankenhausbetten und 2,87 Mio. zu 1,64 Mio. Pflegern und Ärzten in urbanen/ländlichen Gebieten respektive. Vgl. *China Statistical Yearbook 2002*, Tab. 21-34 und 21-35.

⁶⁹ Vgl. Döring, O., 2003, S. 451.

⁷⁰ Vgl. Zhang, J., 2003, S. 993.

⁷¹ Vgl. Döring, 2003, S. 450.

⁷² Vgl. *China to Give Fairer Medical Service to Millions of Farmers*. 25.01.2002. <http://www.china-aids.org/english/News/News066.htm> (abgerufen am 09.05.2004).

beabsichtigte Einführung eines national einheitlichen, genossenschaftlich organisierten Systems der medizinischen Versorgung für die Bauern, eine Umsetzung kann jedoch Jahre oder Jahrzehnte dauern.⁷³

1.3.3 Infrastrukturprobleme

Pro 1000 Einwohner standen in China im Jahr 2001 nur 1,69 Ärzte und 2,39 Krankenhausbetten zur Verfügung.⁷⁴ Die durch die SARS-Krise auf diesen Mangel aufmerksam gewordene neue Gesundheitsministerin Wu Yi beschloss im Mai 2003 daher gemeinsam mit dem Finanzministerium und der staatlichen Kommission für Entwicklung und Reform auf staatlicher und lokaler Ebene bis Anfang 2004 Zentren zur Vorbeugung und Behandlung von Krankheiten unter Regierungskontrolle einzurichten (Centers of Disease Control - CDC). Die CDCs sollen einen besseren Austausch von Daten und schnellere Reaktionen auf Krankheiten wie SARS ermöglichen und die mangelhafte Infrastruktur im Gesundheitswesen ergänzen.⁷⁵ Ein Problem, das auch die CDCs betreffen wird, ist jedoch die mangelhafte Ausbildung des medizinischen Personals. Laut Gesundheitsministerium hatten bis Anfang 2004 nur 1,5 Prozent aller Ärzte in China einen „Master“ oder höheren Studienabschluss. In bestehenden ländlichen Gesundheitszentren sind bis zu 90 Prozent der Angestellten gar nicht medizinisch ausgebildet. Auf Grund geringer gesellschaftlicher Achtung und niedriger Gehältern sind nur wenige Ärzte bereit, sich in ländlichen Gesundheitszentren zu engagieren.⁷⁶

1.3.4 Finanzierung des Gesundheitswesens und Krankenversicherung

Im Jahr 2000 wurden insgesamt 476,4 Milliarden RMB für das öffentliche Gesundheitswesen aufgewandt, davon kamen 288,6 Milliarden (61 Prozent) von Patienten, 116,7 Milliarden (25 Prozent) von Versicherungen und anderen Quellen und nur 70,9 Milliarden (14 Prozent) vom Staat. Der allergrößte Teil wurde also von den betroffenen Individuen selbst getragen.⁷⁷ Im Jahr 2001 betrugen die Ausgaben für die Sozialfürsorge aus dem Budget der Zentralregierung immerhin 98,2 Milliarden RMB, das Fünffache von 1998

⁷³ Vgl. Zhang, J., 2003, S. 993.

⁷⁴ *China Statistical Yearbook 2002*, Tab. 21-36. Zum Vergleich: Deutschland verfügte lt. Statistischem Bundesamt 2001 über 3,6 Ärzte und 6,7 Krankenhausbetten pro 1000 Einwohner. Vgl. Statistisches Bundesamt: *Gesundheitswesen in Deutschland*. http://www.statistik-portal.de/Statistik-Portal/de_jb06_jahrtab52.asp (abgerufen am 09.05.2004).

⁷⁵ Vgl. *China's public healthcare system to see remarkable improvement within 2 years*, http://news.xinhuanet.com/english/2003-05/30/content_896852.htm und Zhang, Feng: *Too few qualified healthcare workers*, http://www.chinadaily.com.cn/english/doc/2004-04/08/content_321746.htm (beide abgerufen am 09.05.2004).

⁷⁶ Vgl. Zhang, Feng: *Too few qualified healthcare workers*, http://www.chinadaily.com.cn/english/doc/2004-04/08/content_321746.htm (abgerufen am 09.05.2004).

⁷⁷ Vgl. *China Statistical Yearbook 2002*, Tab. 21-46.

und deutlich mehr als im Vorjahr, dies reicht jedoch immer noch bei weitem nicht aus, um die neu konzipierte Sozialpolitik durchzusetzen. Vor allem unterhalb der Provinzebene steigen die Transferleistungen für die Sozialfürsorge stetig an und die Provinzregierungen müssen die Last für den Ausgleich der Kassen tragen. In ärmeren Provinzen und nicht zuletzt Provinzen mit höherer Korruption führt dies dazu, dass große Teile der Bevölkerung nicht die kompletten vorgesehenen Leistungen in Anspruch nehmen können oder ganz auf sie verzichten müssen.⁷⁸

Die chinesische Regierung befürchtet, dass sich durch eine mangelhafte soziale Absicherung Unruhe und Instabilität in den Städten verbreiten könnte, daher wird seit Jahren die Entwicklung der Sozialversicherungssysteme in den Städten stärker als auf dem Land vorangetrieben.⁷⁹ So wurde 1998 für die städtische Bevölkerung eine Bestimmung erlassen, die ein dreischichtiges Krankenversicherungsmodell mit staatlicher, betrieblicher und privater Beteiligung vorsieht und eine medizinische Grundversorgung für alle Bürger gesetzlich festlegt. Bis Ende 2001 waren jedoch offiziell erst knapp 20 Prozent der registrierten städtischen Bürger an der neuen medizinischen Grundversicherung beteiligt.⁸⁰

In einigen ländlichen Regionen wurde Anfang der neunziger Jahre eine neue „genossenschaftliche Krankenkasse“ (*nongcun hezuo yiliao*) eingeführt. Die Bauern sollen einmal jährlich einen Beitrag in Höhe von maximal 8 RMB pro Kopf in die Kasse einzahlen, die Höhe des Beitrags soll in der Regel zwischen 1 und 3 Prozent des Nettoeinkommens liegen. In der Gründungsphase zahlt außerdem die jeweilige Kreisregierung eine einmalige Summe als Subvention. Weitere Finanzierung kommt zum Teil aus der Umsatzsteuer von Dorfbetrieben. Im Endeffekt ist bisher jedoch keine medizinische Grundversorgung durch dieses Modell gewährleistet und bisher sind erst durchschnittlich 10 Prozent der ländlichen Bevölkerung Mitglied einer der kollektiven Krankenkassen, wobei es starke regionale Unterschiede gibt.⁸¹

Bei dieser rudimentären Finanzierung ist eine Abdeckung von HIV/AIDS-Behandlungen durch die öffentlichen Kassen unmöglich und gewerbliche Krankenversicherungen schließen bis heute die Abdeckung einer HIV/AIDS-Behandlung vertraglich aus. Die wenigsten Betroffenen können sich privat eine Behandlung leisten. Somit ist ein Großteil der HIV-Infizierten oder AIDS-Kranken auf Hilfsprojekte der Regierung oder NROs angewiesen.

⁷⁸ Vgl. Zhang, J., 2003, S. 994f.

⁷⁹ Vgl. ebd., S. 990 und Guo, B., 2003, S. 391.

⁸⁰ Manche Wissenschaftler setzten die Zahl noch niedriger an: In Kollektivbetrieben wären bis zu 37%, in Gemeinde- und Dorfunternehmen 77% und in Privatunternehmen sogar über 80% der Arbeitnehmer von der medizinischen Versicherung ausgeschlossen. Vgl. Zhang, J., 2003, S. 989.

⁸¹ Vgl. Zhang, J., 2003, S. 990.

1.3.5 Die Diagnose und Erfassung von HIV/AIDS-Positiven

Zwischen 1988 und 1993 etablierte die chinesische Regierung ein erstes Überwachungssystem für HIV/AIDS mit 24 Zentren zur Überwachung von HIV/AIDS und anderen sexuell übertragbaren Krankheiten landesweit. Ab 1995 wurde dieses System ausgebaut und 1998 durch das *National Center for AIDS/STD Prevention and Control* (NCAIDS), bestehend aus einem epidemiologischen Zentrum und dem *National AIDS Reference Laboratory* (NARL) in Nanjing ergänzt, welches heute Daten von ca. 150 Überwachungsstationen zusammenführt. Seit 2003 soll ein gemeinsames Überwachungssystem des chinesischen Gesundheitsministeriums, UNAIDS und WHO dafür sorgen, dass umfassende Tests in der Allgemeinbevölkerung stattfinden.⁸² Bis heute werden die Daten zu HIV und AIDS jedoch immer noch hauptsächlich durch Zwangstests für einige wenige und als besonders gefährdet eingestufte Bevölkerungsgruppen ermittelt, zum Beispiel aufgegriffene Prostituierte und ihre Kunden, sowie Drogenabhängige. Diese Tests erreichen somit nur einen Bruchteil der Bevölkerung.⁸³ Fehlende Testmöglichkeiten oder mangelnde Vertraulichkeit und stark variierende, zum Teil hohe Kosten halten auch Personen, die von AIDS und einer konkreten Gefährdung ihrerseits wissen, davon ab, sich freiwillig testen zu lassen, zumal sie nur in seltenen Fällen mit einer anschließenden Beratung oder gar Behandlung rechnen können. Dies führt dazu, dass nach Schätzungen ca. 90 Prozent der Betroffenen selber nicht wissen, dass sie HIV-positiv sind oder AIDS haben.⁸⁴ Die Konzentration der Tests auf Risikogruppen verhindert zudem ein Gefährdungsbewusstsein in der Allgemeinbevölkerung.

Generell gilt, dass positive Testergebnisse von Labors oder Krankenhäusern in einem Labor auf Provinzebene mit dem Western-Blot-Verfahren bestätigt werden müssen,⁸⁵ endgültig

⁸² Vgl. *China HIV/AIDS Policy and Regulations Chronology*. <http://www.casy.org/chron/poilyc.htm> (abgerufen am 16.05.2004). Ein weiterer Indikator für die mangelhafte Datenlage ist die Schätzung von UNAIDS, dass nur ca. fünf bis zehn Prozent der tatsächlichen Fälle von sexuell übertragbaren Krankheiten weitergemeldet werden. Vgl. UNAIDS: *China HIV Sentinel Surveillance*, <http://www.unchina.org/un aids/ekey3right2.html> (abgerufen am 17.09.2004).

⁸³ So überwachen 63 der 150 Überwachungszentren allgemein Fälle von sexuell übertragbaren Krankheiten, 38 Zentren überwachen ausschließlich Drogengebraucher und 34 überwachen Prostituierte, während nur neun Stationen sich um Personen mit arbeitsbedingten Fernreisen, wie z.B. Fernfahrer kümmern. Keines dieser offiziellen Überwachungszentren bietet freiwillige Tests für die Allgemeinbevölkerung an. Vgl. Thompson: *HIV/AIDS Epidemic in China Spreads Into the General Population*, 04/2003, <http://www.prb.org/Template.cfm?Section=PRB&template=/ContentManagement/ContentDisplay.cfm&ContentID=9533> (abgerufen am 17.09.2004). Die geringe Übertragbarkeit der Testergebnisse auf die Allgemeinheit und die mangelhafte Zugänglichkeit von freiwilligen, vertraulichen Tests kritisiert auch eine gemeinsame Erhebung von chinesischen und amerikanischen Spezialisten, vgl. Vgl. China Center for Disease Control and Prevention, US Centers for Disease Control and Prevention (Hrsg.): *Joint HIV Surveillance and Laboratory Assessment*, 2002, S. ii.

⁸⁴ Vgl. China Aids Info: *HIV testing in China*. <http://www.china-aids.org/english/testing-main.htm> (abgerufen am 09.05.2004) und HRW: *Locked doors*, 2003, S. 52.

⁸⁵ Bei dem Ersttest handelt es sich um den Elizatest, der eine hohe Fehlerquote hat, so dass positive Testergebnisse durch den teureren und aufwenigeren Western Blot Test bestätigt werden müssen.

positive Ergebnisse werden dann zur Erfassung an das NARL weitergeleitet.⁸⁶ Human Rights Watch stellte jedoch fest, dass viele Krankenhäuser vor einer Behandlung unfreiwillige und von der Methodik unsichere HIV-Schnelltests durchführen und die Patienten aus Furcht vor Ansteckung nach vermeintlich positivem Testergebnis ohne Western-Blot-Bestätigung der Klinik verwiesen.⁸⁷ Die Daten möglicherweise tatsächlicher HIV-Fälle werden nicht in die allgemeine Datenerfassung zu HIV/AIDS eingespeist. Aufklärung und Schulungen des Krankenhauspersonals, sowohl um Diskriminierung abzubauen, als auch um eine vollständigere Datenerhebung zu gewährleisten, sind daher von höchster Wichtigkeit. Eine exakte Datenerhebung wird zudem erschwert von der Furcht lokaler Beamter vor Investitionsverlusten und Standortnachteilen in ihren Provinzen durch eine Epidemie. In vielen Fällen konnte nachgewiesen werden, dass Zahlen bewusst von Kadern beschönigt wurden.

1.3.6 Zugang zu HIV/AIDS-Behandlung

Nur wenige Krankenhäuser sind bereit, HIV-Positive und AIDS-Kranke aufzunehmen und bereits eingerichtete AIDS-Stationen werden teilweise von der Belegschaft aus Angst vor Ansteckung boykottiert.⁸⁸ Hinzu kommt, dass landesweit nur ca. 100 bis 150 Ärzte und Krankenpfleger, davon ca. 20 Prozent in Beijing, ausreichend geschult sind, um eine sinnvolle Behandlung zu gewährleisten, AIDS-definierende Krankheiten zu erkennen und ARV-Nebenwirkungen zu behandeln. Es fehlt dabei mehr an praktischer Erfahrung und Abbau von Vorurteilen als an theoretischem Wissen.⁸⁹ Eine Vorreiterrolle nimmt das *Beijing Ditan Krankenhaus* ein. *Ditan* ist das einzige Krankenhaus in China, das sich an der TREAT Asia HIV/AIDS-Datenbank beteiligt. Hier arbeiten fünf AIDS-Spezialisten, darunter Dr. Zhang Fujie, Forscher für TREAT Asia und Leiter der Abteilung für Behandlung und Versorgung AIDS-Kranker des NCAIDS. *Ditan* bietet Schulungen für Ärzte aus ganz China an.⁹⁰

⁸⁶ Vgl. China Center for Disease Control and Prevention, US Centers for Disease Control and Prevention (Hrsg.): *Joint HIV Surveillance and Laboratory Assessment*, 2002, S. 21f. zu den Richtlinien für Tests.

⁸⁷ HRW: *Locked doors*, 2003, S. 6.

⁸⁸ Vgl. HRW: *Locked Doors*, 2003, S. 34-36.

⁸⁹ Projekte wie das „Harvard doctor/admin training project“ und das staatliche „Hong Kong Red Ribbon Centre“ „HIV Management Program“ versuchen dem Mangel abzuhelfen, bis zu einer ausreichenden Anzahl geschulter Ärzte können aber noch Jahre vergehen. Vgl. China Aids Info: *Access to treatment for people with HIV/AIDS in China*, November 2003, <http://www.china-aids.org/english/access-main.htm> (abgerufen am 09.05.2004).

⁹⁰ Vgl. Treat Asia: *Beijing Ditan Hospital Poised to Play Crucial Role as China Increases Treatment Access*, <http://www.amfar.org/cgi-bin/iowa/asia/news/index.html?record=24> (abgerufen am 09.05.2004).

1.3.7 Der Zugang zu ARV-Medikamenten

Nach dem Beitritt zur WTO möchte die chinesische Regierung beweisen, dass ausländische Patente in China geschützt werden können und lehnt daher den Weg Indiens oder Brasiliens ab, dringend benötigte patentierte ARV-Medikamente im eigenen Land billig herstellen zu lassen.⁹¹ 2002 startete China als erste Gegenmaßnahme die Produktion vier generischer ARV-Medikamente, deren Patente abgelaufen oder von den Produzenten freigegeben waren.⁹² Die aus diesen Medikamenten hergestellten Kombinationen ddI-d4T-NVP und AZT-d4T-NVP sind jedoch problematisch: Sie weisen zum Teil schwere Nebenwirkungen auf, so ist z. B. ddI als generisches Medikament nur in Puderform erhältlich, was die Einnahme erschwert und die Wirkung herabsetzt, NVP darf nicht an Patienten mit Hepatitis-B verabreicht werden (10-20 Prozent der Bevölkerung) und keine dieser Kombinationen ist auf der Liste der WHO für empfohlene Erstbehandlungen vertreten.⁹³ Da viele Patienten das eine oder andere ARV-Medikament nicht vertragen, reichen zudem zwei Alternativen bei der Behandlung nicht aus. Das in fast jedem Land zur Erstbehandlung eingesetzte Lamivudine (3CT), das generisch sehr billig herzustellen wäre, fehlt.⁹⁴ Zwei weitere Generika werden legal im Jahr 2004 in Produktion gehen, die Situation aber nur geringfügig verbessern.⁹⁵

1.3.8 Die Finanzierung der Bekämpfung von HIV/AIDS

Wie oben gezeigt ist HIV/AIDS in der Grundversorgung durch die Krankenversicherungen explizit nicht enthalten, der Großteil der Patienten kann sich eine private Behandlung nicht leisten.⁹⁶ Zuständig für die Bekämpfung der Epidemie sind die Gesundheitsbehörden und vor allem das NCAIDS, eine Unterabteilung des Nationalen Zentrums für Vorbeugung und Bekämpfung von Erkrankungen (China Center for Disease Control and Prevention - CCDC). Das nationale Budget für die HIV/AIDS-Bekämpfung betrug 2003 trotz

⁹¹ Eine privat finanzierte umfassende Behandlung mit importierten ARV-Medikamenten kostet in China daher bis heute ca. 10.000 USD/Jahr. Vgl. Page, Jeremy: *China AIDS Victims Crippled by High Treatment Cost*, <http://www.aegis.com/news/re/2001/RE011118.html> (abgerufen am 09.05.2004).

⁹² Dabei handelt es sich um Didanosin -ddI, Stavudin -d4T, Zidovudin -AZT und Nevirapin -NVP, diese werden von Desano Biopharmaceutical Co Ltd. in Shanghai und der Northeast China Pharmaceutical Group Company hergestellt. Vgl. China Aids Info: *China-ARV Access Fact Sheet*. <http://www.china-aids.org/english/factsheet-ARV.htm> (abgerufen am 09.05.2004).

⁹³ Siehe auch Gill, B.; Morrison, J. S.; Thompson, D., 2004, S. 19-22.

⁹⁴ Von der Firma Hetero in Indien ist z.B. eine Jahresdosis für 65 USD erhältlich. Vgl. Jenkins, L., *Yunnan takes lead in AIDS treatment push Patients to get free anti-HIV cocktail with help of US agency*. <http://www.adarc.org/news/Yunnan.htm> (abgerufen am 09.05.2004) und zu dem ganzen Abschnitt China Aids Info: *China-ARV Access Fact Sheet*. <http://www.china-aids.org/english/factsheet-ARV.htm> (abgerufen am 09.05.2004).

⁹⁵ Vgl. Ma, J.: *More Aids patients stop taking free drugs*, In: South China Morning Post, 01.04.2004.

⁹⁶ Vgl. Page, J. *China AIDS Victims Crippled by High Treatment Cost*. <http://www.aegis.com/news/re/2001/RE011118.html> (abgerufen am 09.05.2004) und HRW: *Locked Doors*, 2003, S. 57.

kontinuierlicher Erhöhung nur 100 Millionen RMB (ca. 10 Millionen Euro), weitere 500 Millionen RMB trugen die lokalen Regierungen bei. Dies reicht bei weitem nicht für eine umfassende Bekämpfung der Epidemie aus.⁹⁷ Im Jahr 2003 bekam die VR China vom Globalen Fond zur Bekämpfung von AIDS, Tuberkulose und Malaria 96 Millionen USD für das China CARES Programm zugesagt, in dem bis zu 40.000 Menschen behandelt werden sollen, eine Umsetzung des Programms wird jedoch durch die zusammengebrochene Infrastruktur des ländlichen Gesundheitswesens stark behindert.⁹⁸

1.4 Die Reaktionen des Staates auf die Epidemie

1.4.1 Staatliche Strukturen

Die Zentralregierung der VR China befindet sich hinsichtlich der HIV/AIDS-Prävention und Bekämpfung in einer schwierigen Situation. Einerseits ist sie formal in der vorteilhaften Lage, uneingeschränkt die Ressourcen des Landes für eine Mobilisierung gegen eine sich ausbreitende Epidemie nutzen zu können. Andererseits sind die inhärenten Probleme der staatlichen Strukturen so groß, dass vorbildliche Pläne und Absichten der Zentralregierung nicht verwirklicht werden können und wirksame Programme mit Umsetzungsproblemen zu kämpfen haben und teilweise von regionaler Seite behindert werden.⁹⁹

Das höchste Gremium der Exekutive, der Staatsrat, hat formal die unbeschränkte Organisations-, Rechtssetzungs- und Personalgewalt im Staat inne und kann Bestimmungen lokaler Behörden ändern oder außer Kraft setzen. Die Provinzregierungen haben sich in vielen Fragen allerdings weitgehende Gestaltungsfreiheit erkämpft. Neben der Zentralregierung und den Regierungen auf Provinz- und lokaler Ebene stehen auf jeder Stufe Parteiorgane der Kommunistischen Partei Chinas (KPCh), denen die Regierungen – wenn auch nicht formal, so doch praktisch – weisungsgebunden sind. Die KPCh ist stark hierarchisch und zentralistisch organisiert und kontrolliert die Rekrutierung der staatlichen Führungskräfte, so dass Entscheidungen über den Parteiweg viel wirksamer auch auf die Provinz- und Lokalebene getragen und umgesetzt werden können.¹⁰⁰ Weil informelle Entscheidungswege, Netzwerke, Beziehungen und Patronage eine große Bedeutung haben,

⁹⁷ Vgl. HRW: *Locked Doors*, 2003, S. 13.

⁹⁸ Mangels ausgebildeten Personals und funktionierender Einrichtungen kann das Gesundheitssystem auf dem Land trotz vorhandenen Geldes zur Bezahlung der Medikamente keine sinnvolle ARV-Behandlung gewährleisten und viele ARV-Patienten brechen die Medikamenteneinnahme nach wenigen Monaten wieder ab. Siehe auch Gill, B.; Morrison, J. S.; Thompson, D., 2004, S. 17.

⁹⁹ Vgl. Heilmann, S., 2002, S. 155f.

¹⁰⁰ Vgl. ebd., S. 66f. und S. 111.

ist eine qualitätsbezogene Auswahl von Führungskräften allerdings nicht gewährleistet.¹⁰¹ Folglich kann die politische Autorität der Führung als geschwächt bezeichnet werden, da das System als ganzes – ein Konglomerat von Organisationen mit spezifischen Interessen, internen Regeln und Beziehungen in Wirtschaft und Gesellschaft – von ihr nicht mehr effektiv kontrolliert werden kann. Einschneidende Reformen oder Programme sind vor Ort zunehmend schwerer durchzusetzen.¹⁰²

Dies resultiert vor allem auch aus der verstärkten wirtschaftlichen Dezentralisierung des Landes. Die finanziell in hohem Maße selbstverantwortlichen Provinzregierungen haben dadurch an politischer Macht gewonnen, sind personell in zentralen Organen der Partei und Regierung vertreten und setzen so regionale Interessen durch. Daneben verzögern oder verweigern die Regionalregierungen die Umsetzung von Entscheidungen der Zentrale, da sie vor allem daran interessiert sind, die lokale Wirtschaft zu fördern.¹⁰³ Der „Anti-Standortfaktor“ HIV/AIDS wird daher nach Möglichkeit vertuscht, eine Bestrafung dafür war bisher kaum zu befürchten. Dies scheint sich nach der SARS-Krise und der internen Aufwertung des Gesundheitsministeriums innerhalb der Zentralregierung langsam zu wandeln. Das Ministerium hat zum Beispiel durchsetzen können, dass lokale Kader bei fehlendem Engagement in der HIV/AIDS-Bekämpfung und -Aufklärung und bei Vertuschung von lokalen Epidemien diszipliniert oder entlassen werden können.¹⁰⁴

Diese Aktivität lässt vermuten, dass zumindest die Zentralregierung die Bedrohung Chinas durch HIV/AIDS erkannt hat und als Reaktion eventuell sogar in eine Art „Krisenmodus“ übergehen wird. Dies bedeutet, dass die Zentrale die üblichen Konsultationsprozesse mit Interessensgruppen abkürzt und Bürokratie und Zwischenebenen überspringt, um Macht zu bündeln und auf ein akutes Problem wirkungsvoll zu reagieren.¹⁰⁵ Durch einen derartigen Prozess konnte die Regierung zum Beispiel die SARS-Krise unter Kontrolle bringen. Inwieweit so eine Strategie aber in Bezug auf die HIV/AIDS-Problematik durchgehalten werden könnte, ist aufgrund ihres Umfangs und ihrer Langfristigkeit sowie aufgrund anderer Krisen, die sich in den Vordergrund drängen, wie zum Beispiel die drohende wirtschaftliche Überhitzung oder die zunehmende Arbeitslosigkeit, fraglich.

¹⁰¹ Vgl. ebd., S. 199.

¹⁰² Vgl. ebd., S. 56f. und S. 63f.

¹⁰³ Vgl. ebd., S. 98.

¹⁰⁴ Vgl. *Health official urges to enhance awareness, investment in AIDS combat*, 09.04.2004, http://news.xinhuanet.com/english/2004-04/09/content_1409047.htm (abgerufen am 12.05.2004).

¹⁰⁵ Zu strukturellen Veränderungen während eines Krisenmodus vgl. Heilmann, S., 2002, S. 43f. Zu gesteigerter Aktivität der Zentralregierung zur Eindämmung von HIV/AIDS vgl. u.a. *China takes urgent measures to curb AIDS spread*, 10.05.2004, http://news.xinhuanet.com/english/2004-05/09/content_1459182.htm (abgerufen am 12.05.2004).

1.4.2 Die Rechtslage

Eine restriktiv-autoritäre Rechtslage im Bereich Meinungs-, Versammlungs- und Pressefreiheit schafft in Verbindung mit der schlechten Durchsetzbarkeit von bestehenden Rechten und einem unzureichenden Justizsystem insgesamt ein Klima, das die Prävention und Bekämpfung von HIV/AIDS stark erschwert. So bestand die HIV/AIDS-Politik Chinas lange Zeit nur in Diskriminierungen der Betroffenen, z.B. durch Beschränkungen der Berufswahl, durch das Verbot des Besuchs von öffentlichen Bädern in einigen Regionen oder durch ein inzwischen aufgehobenes Verbot zu heiraten.¹⁰⁶ Besonders gefährdete Gruppen, wie zum Beispiel Drogengebraucher und Prostituierte, wurden kriminalisiert und durch das System der Administrativhaft in den Untergrund getrieben.¹⁰⁷ Proteste Betroffener werden von der Polizei regelmäßig niedergeschlagen und unliebsame AIDS-Aktivistinnen wie Wan Yanhai werden mit Beschuldigungen wie „Weitergabe von Staatsgeheimnissen“ vorübergehend festgenommen.¹⁰⁸

Die positiven Bekenntnisse zur Anti-Diskriminierung in den nationalen Plänen der Regierung zur Bekämpfung von HIV/AIDS¹⁰⁹ blieben jahrelang ohne konkrete Regelungen. Erst das im August 2004 geänderte Gesetz über ansteckende Krankheiten der VR China legt hier zum ersten Mal ein Verbot der Diskriminierung von Betroffenen auf nationaler Ebene nieder.¹¹⁰ Diese Entwicklung ist an sich begrüßenswert. Ob damit wirklich eine effektive rechtliche Handhabe gegen einen HIV-Infektionsbedingten Arbeitsplatzverlust oder zum Beispiel die Verweigerung von Behandlung durch medizinisches Personal geschaffen wurde, bleibt abzuwarten. Wie häufig in China bedeutet eine Regelung per Gesetz schon auf Grund des schlechten Justizsystems nicht unbedingt eine faktische Änderung der Umstände.

Vorreiter waren positive regionale Beispiele, wie die Stadt Suzhou und die Provinz Yunnan, wo Gesetze verabschiedet wurden, die zum ersten Mal ausdrücklich das Verbot der Diskriminierung von HIV-Infizierten enthielten.¹¹¹ Die Durchsetzungsmöglichkeiten

¹⁰⁶ Vgl. Settle, E., 2003, S. 74.

¹⁰⁷ Vgl. HRW: *Locked Doors*, 2003.

¹⁰⁸ Vgl. Watts, J.: *Hidden from the World*, 25.10.2003, <http://www.guardian.co.uk> (abgerufen am 31.03.2004) und McDonald, H.: *Banned AIDS*, 2002, <http://www.smh.com.au/2002/09/13/1031608326063.html> (abgerufen am 02.05.2004).

¹⁰⁹ Vgl. *National Medium- and Longterm Strategic Plan for HIV/AIDS Prevention and Control (1998-2010)*, und *China Action Plan for Stopping and Controlling AIDS (2001-2005)*, beide vom Staatsrat der VR China erlassen.

¹¹⁰ *Law on the Prevention and Control of Infectious Diseases* (中华人民共和国传染病防治法) am 28.08.2004 vom Ständigen Ausschuss des NVK erlassen, ab 1.12.2004 in Kraft. http://www.legalinfo.gov.cn/flfg/2004-08/31/content_129322.htm (abgerufen am 12.12.2004).

¹¹¹ Vgl. *Yunnansheng aizibing fangzhi banfa*, 云南省艾滋病防治办法 [Verordnung zur Prävention von HIV und AIDS der Provinz Yunnan], 10.02.2004. <http://www.yn.xinhuanet.com/yfzh/fagui/021001.htm> (abgerufen am 14.06.04).

Von manchen Beobachtern wird auch die Anti-Diskriminierungsgesetzgebung in Hongkong als „positives chinesisches Vorbild“ angegeben. Die sozialen, wirtschaftlichen und vor allem politischen Bedingungen sind je-

dieser Rechte bleiben jedoch unklar, vor allem vor dem Hintergrund, dass trotz der liberaleren Gesetze weiterhin hart gegen Prostitution und Drogen vorgegangen wird.¹¹² Besonders betroffen machen auch die Verurteilungen von Infizierten unter Missachtung rechtsstaatlicher Grundsätze.¹¹³ Gute Ansätze in der Bekämpfung von HIV/AIDS werden dadurch konterkariert und Willensäußerungen bleiben bloße Lippenbekenntnisse.

Einige positive Entwicklungen sind jedoch seit 2003 im Rechtsbereich zu verzeichnen: Im April 2004 erfolgte die Änderung der Klassifikation der Infektionskrankheit HIV/AIDS von Stufe A zu Stufe B, was die bisher erlaubte zwangsweise Quarantänisierung von Betroffenen verhindern und die unbegründete Angst vor einer Ansteckung bei alltäglichem Kontakt mit Infizierten verringern soll.¹¹⁴ Anfang 2004 wurde zudem in Shanghai das erste Forschungszentrum zur Rechtslage bezüglich HIV/AIDS gegründet, das sich mit Forschung, Sozialstudien, Rechtsberatung sowie der Erarbeitung von Vorschlägen zu Gesetzesänderungen im Bereich HIV/AIDS beschäftigt.¹¹⁵ Auch für den Blutspendenskandal gab es positive Entwicklungen: so waren erste Klagen von Betroffenen, die sich durch Blutpräparate mit dem Virus angesteckt hatten, vor Gericht erfolgreich.¹¹⁶

1.5 Fazit

Seit den Wirtschaftsreformen Anfang der 80er Jahre hat sich in China eine starke relative Armut entwickelt, Verlierer ist vor allem die Landbevölkerung. Dies und die allgemeine Liberalisierung führt zu erhöhter Drogennutzung, steigender Prostitution, einer hohen Migrationsrate und einem allgemeinen Wertewandel, der besonders in den Städten zu freierem Sexualverhalten führt. Eine Ausbreitung der HIV-Epidemie aus den Risikogruppen in die Allgemeinbevölkerung hat dadurch bereits begonnen und muss durch geeignete Maßnahmen schnellstmöglich gestoppt werden. Der Hauptübertragungsweg für HIV ist

doch zu unterschiedlich, um wirklich praktikabel zu sein.

¹¹² Vgl. Davis, D.S., 2003, S. 119.

¹¹³ Nach einem Bericht der South China Morning Post wurden im August 2004 sechs HIV-Infizierte gezwungen sich der „Störung der öffentlichen Ordnung“ oder des „Betrugs“ schuldig zu bekennen. Diese hatten entweder versucht ein Krankenhaus wegen der HIV Infektion auf Schadensersatz zu verklagen oder waren Aktiv für Aids Waisen und andere Betroffene. Vgl. Chan, S.: *AIDS villagers “forced to admit charges”*, In: South China Morning Post 12.12.2004.

¹¹⁴ Vgl. China Aids Info: *Legal Focus*, 02.04.2004, <http://www.china-aids.org/english/news/news338.htm> (abgerufen am 06.06.2004) und *Enforced isolation of AIDS patient dropped*, 07.04.2004, http://www.chinadaily.com.cn/english/doc/2004-04/07/content_321326.htm (abgerufen am 13.05.2004), sowie die Informationsseite der chinesischen Regierung zu Gesetzesänderungen http://www.legalinfo.gov.cn/flfg/2004-08/31/content_129322.htm (abgerufen am 05.09.2004).

¹¹⁵ Vgl. *China sets first Aids legal research center*, 7.04.2004, http://news.xinhuanet.com/english/2004-04/07/content_1406503.htm (abgerufen am 13.05.2004).

¹¹⁶ Vgl. China Aids Info: *Chinese farmer wins ‘AIDS blood’ case*, 12.05.2004, <http://www.china-aids.org/english/News/News349.htm> (abgerufen am 06.06.2004).

vermutlich entgegen den Angaben der Regierung der illegale Bluthandel, der vielen Bauern ein nachwievordringend benötigtes zusätzliches Einkommen bietet. Staatliche Maßnahmen greifen bisher in allen Bereichen zu kurz und die Arbeit von Nichtregierungsorganisationen wird weiterhin massiv behindert. Dies ist vor allem auf eine starke Unterschätzung des Ausmaßes der Epidemie und ihrer zukünftigen Auswirkungen auf das Funktionieren der Gesellschaft und der Wirtschaft zurückzuführen, sowie auf die Schwierigkeiten der Zentralregierung, auf die Provinzregierungen Einfluss auszuüben. Auf Grund des nach den Wirtschaftsreformen in ländlichen Gebieten zusammengebrochenen Gesundheitssystems ist eine Behandlung und Vorbeugung von HIV/AIDS kaum möglich und die Rechtslage gibt Nichtregierungsorganisationen und staatlichen Stellen wenig Unterstützung in der Arbeit gegen die Epidemie.

2. Projekte in der Volksrepublik China

Im Folgenden wird an ausgewählten Beispielen die bestehende Projektlandschaft zur Eindämmung der HIV/AIDS-Epidemie in der VR China dargestellt.

2.1. China CARES: Großprojekt der Zentralregierung¹¹⁷

China CARES ist das größte Programm der chinesischen Regierung zur Eindämmung von HIV/AIDS, das durch den *Global Fund to fight AIDS, Tuberculosis and Malaria* seit 2003 mit 98 Millionen USD für fünf Jahre gefördert wird. Die Regierung selbst will weitere 147 Millionen USD investieren. Das Projektziel ist der Aufbau von medizinischen Einrichtungen und die Durchführung von Präventionskampagnen in 56 ressourcenarmen Regionen in Zentralchina in den Provinzen Henan, Hebei, Shandong, Hubei, Anhui, Shaanxi und Shanxi mit insgesamt 600 Dörfern in 120 Kreisen, die durch Blutspenden besonders hohe HIV/AIDS-Raten aufweisen. Jährlich sollen sich 300.000 Menschen freiwillig auf HIV testen und beraten lassen und bis 2008 sollen 90 Prozent aller HIV-Infizierten in ihren Gemeinden Zugang zu einer medizinischen Grundversorgung und psychologischer Unterstützung haben. 90 Prozent aller Patienten, die für eine ARV-Behandlung in Frage kommen, sollen diese dann auch erhalten. Problematisch für das Erreichen dieser Ziele ist allerdings die Annahme der Regierung, es handele sich in den genannten Regionen um höchstens 250.000 HIV-Infizierte und ca. 40.000 AIDS-Kranke. Diese Zahlen scheinen viel zu niedrig, wenn plausible Schätzungen von einer Million HIV-Infizierten alleine in Henan ausgehen.

Ziel des Projekts ist die Reduzierung von Neuinfektionen, die lokale Eindämmung der Epidemie, eine Reduzierung der Sterblichkeit und die Erhöhung der Lebensqualität der Betroffenen. Bis 2010 wird eine Nutzung der Forschungsergebnisse für eine Ausweitung der freien Ausgabe von ARV-Medikamenten an Bedürftige in ganz China angestrebt.

Die bisherige Umsetzung ist besonders durch die problematische Personal- und Materialausstattung im ländlichen China geprägt. So verzeichnen Kritiker bei der Ausgabe von ARV-Medikamenten an gut 7.000 Personen bis April 2004 mangels ausreichender Betreuung und Aufklärung Abbrecherquoten zwischen 25-70 Prozent in verschiedenen

¹¹⁷ Vollständiger Titel lt. Antrag beim Globalen Fond zur Bekämpfung von AIDS, Tuberkulose und Malaria: „China CARES (China Comprehensive AIDS RESponse) - A Community-Based HIV Treatment, Care and Prevention Programme in Central China.“ Vgl. Country Coordinating Mechanism (CCM): *Proposal to the Global Fund 2003*. http://www.theglobalfund.org/search/docs/3CHNH_616_0_full.pdf (abgerufen am 20.04.2004). S. 1-3.

Regionen.¹¹⁸ Zur Umsetzung der weiteren Ziele wie Aufklärung, vertrauliche Testmöglichkeiten, Behandlung opportunistischer Infektionen und die Stärkung der medizinischen Infrastruktur gibt es bisher keine Angaben.

2.2. Médecins Sans Frontières: Beispiel für das Engagement einer international tätigen NRO

Am 28.05.2003 eröffnete Médecins Sans Frontières in Zusammenarbeit mit dem örtlichen Gesundheitszentrum in Xiangfan, Hubei eine HIV/AIDS-Klinik mit kostenloser Behandlung von bis zu 500 Patienten. Der Fokus liegt auf der Behandlung von opportunistischen Infektionen wie Tuberkulose und Lungenentzündung mit kostenloser Ausgabe von Cotrimoxazole. In einer zweiten Phase soll eine kostenlose, ärztlich betreute ARV-Behandlung von bis zu 500 ausgewählten Patienten erfolgen. Weitere Ziele sind die Aufklärung über HIV/AIDS, die Organisation von Selbsthilfegruppen für Betroffene, die Reduzierung der Stigmatisierung und die Ermutigung zu freiwilligen HIV-Tests. Zur Projektumsetzung liegen bisher keine öffentlich zugänglichen Daten vor.¹¹⁹

2.3. Hong Kong Red Ribbon Centre: Beispiel für eine halbstaatliche, regional agierende NRO

Das in Hongkong angesiedelte „Red Ribbon Centre“ ist beispielhaft in seiner Präventions- und Forschungsarbeit zum Thema HIV/AIDS. Es wurde 1996 gegründet und ist dem Hongkonger Gesundheitsministerium untergeordnet. Seit 1998 fungiert es auch als Zentrum zur technischen Unterstützung in Zusammenarbeit mit UNAIDS.¹²⁰

Das „Red Ribbon Centre“ zeichnet sich durch eine umfassende Zusammenarbeit mit allen Risikogruppen und Betroffenen aus.¹²¹ Als Forschungszentrum initiiert es epidemiologische, soziologische und verhaltensbezogene Studien bezüglich der Epidemie und wirksamen Interventionsmaßnahmen.¹²² Neben der Forschungsarbeit steht weiterhin

¹¹⁸ Vgl. Ma, J.: *More Aids patients stop taking free drugs*. In: South China Morning Post, 01.04.2004. CSIS spricht von 20 % Abbrecherquote, wobei es sich hier um die offiziell anerkannten Zahlen handelt. Vgl. Gill, B.; Morrison, J.S.; Thompson, D., 2004, S. 10.

¹¹⁹ Vgl. Médecins Sans Frontières: *MSF opens free HIV/AIDS treatment clinic in China*. <http://www.msf.org/countries/page.cfm?articleid=51C32EF0-0D58-4F49-AE61323AE2E087AD> und ebd.: *MSF to open Aids clinic in Hubei*. <http://www.msf.org/countries/page.cfm?articleid=DFDA9EF4-A613-4434-85DF050F83> (beide abgerufen am 09.05.2004).

¹²⁰ Vgl. Red Ribbon Centre (Hrsg.): *Red Ribbon Centre – UNAIDS Collaborating Centre for Technical Support. Technical Collaboration Report 2002*, S. 2, <http://www.info.gov.hk/aids/pdf/un aids02.pdf> (abgerufen am 10.08.2004).

¹²¹ Vgl. Virtual Aids Office of Hong Kong, Red Ribbon Centre <http://www.info.gov.hk/aids/rrc/english/sitemap.htm> (abgerufen am 14.02.2005).

¹²² Das „Red Ribbon Centre“ vergibt jährlich Stipendien, um aktuelle epidemiologische Arbeiten zu unterstützen und innovative Lösungsansätze hinsichtlich der Prävention und Bekämpfung der Epidemie zu fördern. Vgl. Virtual Aids Office of Hong Kong, *Red Ribbon Centre*

eine umfassende Aufklärung der Allgemeinbevölkerung und der Risikogruppen durch flächendeckende Medienkampagnen und die Bereitstellung von Informationsmaterialien im Vordergrund. Darüber hinaus bemüht sich das Zentrum intensiv um eine verstärkte Zusammenarbeit mit dem chinesischen Festland besonders im Hinblick auf die Aus- und Weiterbildung von medizinischem Personal und Kadern.¹²³

Insgesamt ist das „Red Ribbon Centre“ vor allem über den „Aids Trust Fund“ solide finanziert und gut in die staatlichen Strukturen Hongkongs und in internationale Organisationsnetzwerke eingebunden.

2.4. Yunnan: Beispiel einer vorbildlich agierenden Provinzregierung

In der VR China sticht die Provinz Yunnan durch eine sehr aktive Provinzregierung bezüglich der Bekämpfung der HIV/AIDS-Epidemie hervor. Dank der fortschrittlichen Gesetzgebung ist es vielen internationalen und auch ersten chinesischen Organisationen gelungen, sich mit Pilotprojekten in Yunnan anzusiedeln. Beispielhaft wird hier die Arbeit des Australischen Roten Kreuzes (ARK) dargestellt, das bereits seit 1994 in Zusammenarbeit mit dem chinesischen AIDS-Präventions-, Kontroll- und Forschungszentrum vor Ort tätig ist und Projekte durchführt, die in anderen Provinzen nicht möglich wären.

Wesentlicher Bestandteil der Arbeit des ARK ist die Aus- und Weiterbildung von Multiplikatoren, wobei die Zusammenarbeit mit intravenösen Drogengebern einen besonderen Stellenwert hat. So führte das ARK 2003 erste Workshops in Entzugslagern der Provinz durch und gründete das „Sunshine Homeland“, das bei der Reintegration und Betreuung von Drogenabhängigen hilft. Darüber hinaus ist das ARK aktiv in der Öffentlichkeitsarbeit, zum Beispiel bei der Erstellung von Informationsmaterialien auch in den Sprachen der örtlichen Minderheiten oder bei sogenannten HIV/AIDS-Ralleys.¹²⁴

<http://www.info.gov.hk/aids/rrc/english/sitemap.htm> (abgerufen am 14.02.2005).

¹²³ Zwischen 1999 und 2003 stieg die Zahl der Besucher vom Festland im Red Ribbon Centre kontinuierlich. Vgl. Red Ribbon Centre (Hrsg.): *Red Ribbon Centre – UNAIDS Collaborating Centre for Technical Support. Report for Year 2003*, S.10-12, <http://www.info.gov.hk/aids/pdf/unaid3.pdf> (abgerufen am 10.08.2004).

¹²⁴ Zu den Aktivitäten des ARK in der VR China vgl. Australian Red Cross Around the World Development Programs *China*, http://www.redcross.org.au/ourservices_aroundtheworld_developmentprograms_ntheastasia_china.htm (abgerufen am 10.08.2004).

3. Projektvorschlag

Wie man am Projekt „China Cares“ sieht, richtet die Regierung ihren Fokus momentan auf die Behandlung von durch Blutspenden Infizierte. Auch andere Projekte beschäftigen sich vor allem mit der medikamentösen Behandlung von HIV-Infizierten und AIDS-Kranken. Weniger Projekte gibt es zu Prostituierten, zu Migranten und zu Männern, die Sex mit Männern haben, sowie zur Aufklärung der Allgemeinbevölkerung. Dabei fällt auf, dass die Rate der Neuinfektionen durch heterosexuelle Kontakte stetig steigt und diese in wenigen Jahren den Hauptübertragungsweg für HIV ausmachen könnten.

Bei der Durchführung eines Projekts in der VR China muss beachtet werden, dass die besonders gefährdeten Gruppen der Drogengebraucher, der Prostituierten, sowie der illegalen Wanderarbeiter nachwievor stark kriminalisiert werden, so dass ein Projekt mit Personen aus diesen Gruppen von staatlichen Stellen anerkannt und unterstützt werden muss. Eine Einmischung der Polizei und Festnahmen von Projektteilnehmern müssen von vorneherein ausgeschlossen werden und dies muss potentiellen Teilnehmern mit entsprechenden Garantien vermittelt werden können. Die starke Stigmatisierung HIV-Infizierter und die schlechte Datenlage müssen in die Planung einbezogen werden, da dies die Identifizierung Betroffener erschwert. Auf Grund der chinesischen Rechtslage gilt, dass Projekte nur mit einem chinesischen Partner vor Ort und in einer genau eingegrenzten Region durchgeführt werden dürfen, eine überregionale Vernetzung von Projekten und Organisationen ist nicht erlaubt.

Ein Projektvorschlag soll im Folgenden die oben genannten Vorgaben illustrieren.

3.1. Zielgruppe

Aufgrund der seit dem Beginn der Wirtschaftsreformen stetig steigenden Zahl von Prostituierten und aufgrund ihrer „Schlüsselstellung“ bezüglich der Ausbreitung der Epidemie in der Allgemeinbevölkerung scheint es sinnvoll, ein Projekt für Prostituierte durchzuführen. Prostituierte in der VR China sind generell wenig aufgeklärt über die gesundheitlichen Risiken ihrer Tätigkeit und praktizieren kaum „Safer Sex“. Die seltene Nutzung von Kondomen und eine hohe Rate an sexuell übertragbaren Krankheiten erhöhen ihr Risiko, sich mit HIV anzustecken. Kunden tragen das Virus anschließend weiter in ihre Familien. Durch ein 100 Prozent Kondomprogramm kann die Ansteckung sowohl von Prostituierten als auch von ihren Kunden dauerhaft verringert werden, wie auch das Beispiel Thailand zeigt.

Aus verschiedenen Gründen scheint die Provinz Sichuan für eine Projekt besonders geeignet. Neben Prostitution ist die Provinz Sichuan auch von einer zunehmenden Zahl von Migranten und vom Durchlauf der Drogenhandelsroute betroffen, so dass hier drei besonders gefährdete Gruppen aufeinander treffen. Das Potential für Neuansteckungen ist hier daher besonders hoch. Für Sichuan spricht des weiteren die Tatsache, dass erste Studien über Prostitution bereits vorliegen, die unter anderem zeigen, dass hier tätige Prostituierte weniger mobil sind als in anderen Gegenden Chinas.¹²⁵ Sie wären für ein Projekt daher als Zielgruppe besser erreichbar als Prostituierte in anderen Provinzen, die ihren Aufenthaltsort häufiger wechseln.

3.2. Verfahren und Methoden

Ziel des Projektes soll sein, die Kondomnutzungsrate der Prostituierten im ausgewählten Kreis auf 100 Prozent zu steigern.

Nach einer Evaluation der Situation von Prostituierten und Kunden vor Ort muss auf eine konstruktive Zusammenarbeit mit lokalen Behörden und der Polizei hingearbeitet werden, um Unterstützung bei der Umsetzung des Projekts zu erhalten.

Zentraler Bestandteil des Projektes ist die Zusammenarbeit mit den sogenannten „Hennen“, älteren Prostituierten, die sich um ca. vier bis fünf jüngere Prostituierte oder Neuankömmlinge kümmern und so einen entsprechend großen Einfluss auf „ihre Mädchen“ ausüben. Sie sind zunächst zur Informationsgewinnung heranzuziehen und im Anschluss zu Multiplikatorinnen auszubilden. Nach Abschluss ihrer Ausbildung sollen sie die Aufklärungsarbeit „von Prostituierten für Prostituierte“ über gesundheitliche Risiken hinsichtlich HIV und AIDS, aber auch über andere sexuell übertragbare Krankheiten, übernehmen. Der freie Zugang zu Kondomen, sowie die Aufklärung über die richtige Verwendung und Lagerung von Kondomen muss Bestandteil der Projektarbeit sein.

Neben der reinen Wissensvermittlung soll das Projekt auch die medizinische Betreuung der Prostituierten anstreben und den Prostituierten als Anreiz zur Teilnahme die Behandlung von Geschlechtskrankheiten, sowie vertrauliche HIV-Tests mit anschließender Beratung anbieten. Hierfür muss das medizinische Personal vor Ort fortgebildet werden. Die Gründung eines Frauenzentrums als Informations- und Anlaufstelle für Prostituierte könnte das Projekt unterstützend begleiten.¹²⁶

¹²⁵ Vgl. Futures Group Europe, Horizon Market Research (Hrsg.): *2001 Behavioural Surveillance Survey Yunnan and Sichuan. Gatekeeper Report*, 2001, S.9.

¹²⁶ In Yunnan wurde eine ähnliche Maßnahme erfolgreich durchgeführt. Vgl. *HIV/AIDS Project Digest*, <http://chinadevelopmentbrief.org/prarticle.asp?sec=19&sub=1&art=1040187815> (abgerufen am 02.05.2004).

3.4. Kooperationspartner

Neben den lokalen Behörden, der Polizei und den „Hennen“ sind auf nationaler und Provinzebene die Gesundheitsministerien und die „Zentren zur Prävention und Kontrolle von Geschlechtskrankheiten und HIV/AIDS“ zu kontaktieren. Außerdem bietet sich eine Zusammenarbeit mit der „Futures Group Europe“ an, die mit ihren Studien zur Situation von Prostituierten und HIV/AIDS in China, insbesondere in den Provinzen Sichuan und Yunnan, bereits erste Forschungs- und Evaluationsarbeit geleistet hat.¹²⁷ Der chinesische Experte Pan Suiming, der erste Untersuchungen zu den verschiedenen Ausprägungen von Prostitution in der VR China angefertigt hat, kann wertvolle Unterstützung geben.

¹²⁷ Futures Group Europe stellen auf ihrer Webseite <http://www.futuresgroup.com> verschiedene Studien zur Verfügung. Hier von Interesse: Futures Group Europe, Horizon Market Research (Hrsg.): *2001 Behavioural Surveillance Survey in Yunnan and Sichuan. Gatekeeper Report*, 2001.

4. Literaturverzeichnis

- 2003 Magsasay Award for Public Service: Citation, http://www.rmaf.org.ph/2003Awards/citation_ps2003.htm (abgerufen am 11.05.2004).
- Asian Harm Reduction Network, <http://www.ahrn.net/regional/china.html> (abgerufen am 04.06.04).
- Assistance for HIV Aids Orphans Intensifies in Henan. In: People's Daily, http://fpeng.peopledaily.com.cn/200404/10/eng20040410_139983.shtml (abgerufen am 16.05.2004).
- Australian Red Cross Around the World Development Programs China, http://www.redcross.org.au/ourservices_aroundtheworld_developmentprograms_ntheasia_china.htm (abgerufen am 10.08.2004).
- Botschaft der VR China in Deutschland: Merkblatt zur Beantragung eines Visum für die Volksrepublik China. 27.04.2004. <http://www.china-botschaft.de/ger/11287.html> (abgerufen am 12.12.2004).
- Botschaft der VR China in Deutschland: Rauschgift-Weißbuch. <http://www.china-botschaft.de/ger/11287.html> (abgerufen am 09.05.2004).
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung: Blut+Plasma Spende, 2003, S.1-40.
- Chan, Siu-sin: *Aids Villagers „Forced to Admit Charges“*. In: South China Morning Post, 12. 12. 2004.
- China Aids Info: Access to Treatment for People with HIV/AIDS in China (November 2003). <http://www.china-aids.org/english/access-main.htm> (abgerufen am 09.05.2004).
- China Aids Info: China-ARV Access Fact Sheet. <http://www.china-aids.org/english/factsheet-ARV.htm> (abgerufen am 09.05.2004).
- China Aids Info: Chinese Farmer Wins ‚AIDS Blood‘ Case, 12.05.2004, <http://www.china-aids.org/english/News/News349.htm> (abgerufen am 06.06.2004).
- China Aids Info: HIV Testing in China. <http://www.china-aids.org/english/testing-main.htm> (abgerufen am 09.05.2004).
- China Aids Info: Legal Focus, 02.04.2004, <http://www.china-aids.org/english/news/news338.htm> (abgerufen am 06.06.2004).
- China CARES (China Comprehensive Aids RESponse) – A Community-Based HIV Treatment, Care and Prevention Program in Central China. Proposal to the Global Fund, http://www.theglobalfund.org/en/files/boardmeeting6/gfb66_annexV/3CHNH_741_0_full.pdf (abgerufen am 14.02.2005).
- China HIV/AIDS Policy and Regulations Chronology. <http://www.casy.org/chron/poilty.htm> (abgerufen am 16.05.2004).
- China Registers 1 Million Drug Addicts by Last Yearend 25.06.2003 http://english.peopledaily.com.cn/200306/25/eng20030625_118871.shtml (abgerufen am 13.05.2004).
- China Sets First AIDS Legal Research Center, 7.04.2004, http://news.xinuanet.com/english/2004-04/07/content_1406503.htm (abgerufen am 13.05.2004).
- China Statistical Yearbook 2002. China Statistics Press, Beijing 2002.
- China Takes Urgent Measures to Curb AIDS Spread, 10.05.2004, http://news.xinuanet.com/english/2004-05/09/content_1459182.htm (abgerufen am 12.05.2004).
- China to Give Fairer Medical Service to Millions of Farmers. In: People's Daily 25.01.2002. <http://www.china-aids.org/english/News/News066.htm> (abgerufen am 09.05.2004).

- China's Full Blown AIDS to Double to 200.000 in Five Years: Report, Agence France Press, 13.01.2003, In: Lexis-Nexus Academic Universe, <http://www.casy.org/chron/BloodSupply.htm> (abgerufen am 16.05.2004).
- China's Public Healthcare System to See Remarkable Improvement within 2 Years. http://news.xinhuanet.com/english/2003-05/30/content_896852.htm (09.05.2004).
- Chinese AIDS Campaigner Faces Defamation in Central Henan, 15.09.2003, <http://www.terradaily.com/2003/030915122237.6mxi538z.html> (abgerufen am 03.05.2004).
- Chinese Ministry of Health and UN Theme Group on AIDS/HIV in China: A Joint Assessment, 2003. http://www.casy.org/engdocs/new_joint_en.pdf (abgerufen 02.02.2005).
- Choi, Kyung Hee et al.: Emerging HIV-1 Epidemic in China in Men Who Have Sex With Men. In: Lancet, 316, 9375, 21.06.2003, S. 2125-2128.
- Chou, Wah-shan: Tongzhi: Politics of Same-Sex Eroticism in Chinese Societies. Haworth Press, New York 2000.
- Country Coordinating Mechanism (CCM): Proposal to the Global Fund 2003. http://www.theglobalfund.org/search/docs/3CHNH_616_0_full.pdf (abgerufen am 20.04.2004).
- Davis, Deborah S.: The Legal Dimension: An Interview with Jonathan Hecht. In: Yale China Health Journal, Autumn 2003, Volume 2, 2003. S. 119-129.
- Döring, Ole: Anspruch und Wirklichkeit: Im Umgang mit SARS zeigen sich Chinas politische Schwachstellen. In: China aktuell, 04, 2003. Institut für Asienkunde, Hamburg 2003. S. 449-460.
- Enforced Isolation of AIDS Patient Dropped, 07.04.2004, www.chinadaily.com.cn/english/doc/2004-04/07/content_321326.htm (abgerufen am 13.05.2004).
- Futures Group Europe, Horizon Market Research: 2001 Behavioural Surveillance Survey in Yunan and Sichuan. Gatekeeper Report 2001. <http://www.51condom.com/english/resources/Ourreports/2001BSSgatekeeper.pdf> (abgerufen am 09.08.2004).
- Gallagher, John: Normal, China. In: Advocate, 836, 24.04.2001, S. 22-24.
- Gill, Bates; Morrison, J. Stephen; Thompson, Drew (Hrsg.): Defusing China's Time Bomb. Sustaining the Momentum of China's HIV/AIDS Response. A Report of the CSIS HIV/AIDS Delegation to China, April 13-18, 2004. Center for Strategic and International Studies, Washington D.C. 2004. http://www.csis.org/china/040617_China_AIDS_Timebomb.pdf (abgerufen am 02.02.2005).
- Global Challenges, Blood-Selling Practice in China May Infected More than One million Unknowing Residents with HIV, 29.5.2001, http://www.kaisernetwork.org/daily_reports/rep_index.cfm?hint=1&DR_ID=4829 (abgerufen am 03.05.2004).
- Global Challenges, Chinese Health Official Arrested for Leaking Documents About Henan HIV/AIDS Epidemic to Advocacy Group, 20.8.2003, http://www.kaisernetwork.org/daily_reports/rep_index.cfm?hint=1&DR_ID=19450 (abgerufen am 03.05.2004).
- Guo, Baogang: Transforming China's Urban Health-care System. In: Asian Survey, Vol. 43, Nr. 2, März/April 2003. University of California Press, 2003. S. 385-403.
- Health official urges to enhance awareness, investment in AIDS combat, 09.04.2004, http://news.xinhuanet.com/english/2004-04/09/content_1409047.htm (abgerufen am 12.05.2004).
- Heilmann, Sebastian: Das politische System der Volksrepublik China. Westdeutscher Verlag, Wiesbaden 2002.

- Henan AIDS Patients Jailed for Demanding Medicine. 02.12.01.
<http://www.aegis.com/news/afp/2001/af011223.html>. (abgerufen am 03.05.2004).
- Henan Boots Help to HIV/AIDS Victims. 03.03.2004 <http://www.china-aids.org/english7news/news330.htm> (abgerufen am 16.05.2004).
- Hinsch, Bret: Passions of the Cut Sleeve: The Male Homosexual Tradition in China. UCP, Berkeley 1990.
- HIV/Aids Project Digest. In:
<http://chinadevelopmentbrief.org/prtparticle.asp?sec=19&sub=1&art=1040187815>
 (abgerufen am 02.05.2004).
- Human Rights Watch (Hrsg.): Locked Doors: The Human Rights for People living with HIV/AIDS in China. Vol. 15, 7 (C), September 2003.
<http://www.hrw.org/reports/2003/china0803> (abgerufen am 03.04.2004).
- ILO (Hrsg.): China Forum to Address Employment, Migration Issues: Unprecedented Meeting to Consider Strategy for Meeting Challenges of Globalization. Pressemitteilung am 27.04.2004,
<http://www.ilo.org/public/english/bureau/inf/pr/2004/16.htm>, (abgerufen am 17.09.2004).
- Jenkins, Leigh: Yunnan Takes Lead in AIDS Treatment Push Patients to Get Free Anti-HIV Cocktail with Help of US Agency. <http://www.adarc.org/news/Yunnan.htm>, (abgerufen am 09.05.2004).
- Jin, Ren: Homosexuals in Beijing. In: Button, Michael (Hrsg.): Streetlife in China. Cambridge, Cambridge University Press 1998, S. 70-74.
- Jones, Rodney H.: Mediated Action and Sexual Risk: Searching for „Culture“ in Discourses of Homosexuality and AIDS Prevention in China. In: Culture, Health and Sexuality, 1,2,1999, S. 161-180.
- Khoshnood, Kaveh; Weber, Stephanie: Social Vulnerability of Injection Drug Users to HIV/AIDS in China: Determinants and Responses. In: The Yale-China Health Journal 2:2003, S.37-44.
- Law on the Prevention and Control of Infections Diseases (中华人民共和国传染病防治法) am 28.08.2004 vom Ständigen Ausschuß des NVK erlassen, ab 1.12.2004 in Kraft.
http://www.legalinfo.gov.cn/flfg/2004-08/31/content_129322.htm (abgerufen am 12.12.2004).
- Ma, Josephine: More AIDS Patients Stop Taking Free Drugs. South China Morning Post, 01.04.2004.
- McDonald, Hamish: Banned AIDS, 2002,
www.smh.com.au/2002/09/13/1031608326063.html (abgerufen am 02.05.2004).
- Médecins Sans Frontières: MSF Opens Free HIV/AIDS Treatment Clinic in China.
<http://www.msf.org/countries/page.cfm?articleid=51C32EF0-0D58-4F49-AE61323AE2E087AD> (abgerufen am 09.05.2004).
- Médecins Sans Frontières: MSF to Open AIDS Clinic in Hubei.
<http://www.msf.org/countries/page.cfm?articleid=DFDA9EF4-A613-4434-85DF050F83> (abgerufen am 09.05.2004).
- Migration and Health in China: An Institutional Analysis,
[www.populatioasia.org/publications/research Paper/AMCRP17.pdf](http://www.populatioasia.org/publications/research%20Paper/AMCRP17.pdf) (abgerufen am 24.05.2004).
- National Center for HIV, STD, and TB Prevention, Centers for Disease Control and Prevention, US Department and Health and Human Services: Report of an HIV/AIDS Assessment in China. 2001.
- Over 1000 AIDS Patients in Henan Go Without Medicine, In: The Beijing News, 30.3.2004, http://www.sinopolis.com/Archives/01Life/life_040404_05.htm (abgerufen am 03.05.2004).

- Page, Jeremy: China AIDS Victims Crippled by High Treatment Cost.
<http://www.aegis.com/news/re/2001/RE011118.html> (abgerufen am 09.05.2004).
- Pan Suiming: Three 'Red Light Districts' in China. In: Evelyne Micollier (Hrsg.): Sexual Cultures in East Asia. The Social Construction of Sexuality and Sexual Risk in a Time of AIDS. RoutledgeCurzon, London 2004. S. 23-53.
- People's Daily Online: China Registers 1 Million Drug Addicts by Last Yearend.
 25.06.2003 http://english.peopledaily.com.cn/200306/25/eng20030625_118871.shtml
 (abgerufen am 13.05.2004).
- Rapide Zunahme sexuell übertragbarer Krankheiten in China, 12.03.2003,
<http://www.netzeitung.de/servlets/page?section=984&item=230388> (abgerufen am 24.06.2004).
- Red Ribbon Centre: Red Ribbon Centre – UNAIDS Collaborating Centre for Technical Support. Technical Collaboration Report 2002.
<http://www.info.gov.hk/aids/pdf/un aids02.pdf> (abgerufen am 10.08.2004).
- Red Ribbon Centre: Red Ribbon Centre – UNAIDS Collaborating Centre for Technical Support. Report for Year 2003. <http://www.info.gov.hk/aids/pdf/un aids03.pdf>
 (abgerufen am 10.08.2004).
- Ren Zhaolin 任晓林: Dangdai Zhongguo gonggong zhengce bianyuan de wuji qunluo touxi 当代中国公共政策边缘的舞妓群落透析, (Umfassende Analyse der Gruppe der Tanzmädchen, die sich im Grenzbereich gegenwärtiger öffentlicher politischer Richtlinien befinden) http://www.usc.cuhk.edu.hk/wk_wzdetails.asp?id=625 oder <http://bbs3.xilu.com/cgi-bin/bbs/view?forum=hbook&message=2670>, (abgerufen am 23.06.2004).
- Rogers, Susan J.; Liu, Ying; Tan, Tao Xin; Kee, Fung; Kaufman, Joan: Reaching and Identifying the STD/HIV Risk of Sex Workers in Beijing. In: AIDS Education and Prevention 14, 3, 2002, S. 217-227.
- Rosenberg, Alana; Merson, Michael: The Challenge of HIV/AIDS in China: An Overview. In: Yale-China Health Journal, Volume 2., Yale 2003. S. 7-21.
- Rosenthal, Elisabeth: Spread of AIDS in Rural China Ignites Protest, in: New York Times, 11. Dezember 2001, <http://www.casy.org/chron/bloodsupply.htm> (abgerufen am 03.05.2004).
- Rubin, Kyna: The Butterfly and the Sword: Aids in China. In: Health Affairs, 21, 3, 2002, S. 221-227.
- Settle, Edmund: Aids in China: An Anotated Chronology 1885 – 2003. Monterey, California 2003.
- Shanghai Tackles Tainted Blood, In: China Daily, 02.12.2003,
<http://www.china.org.cn/english/2003/DEC/81333.htm> (abgerufen am 10.05.2004).
- Staatsrat der VR China: China's Action Plan for Reducing and Preventing the Spread of HIV/AIDS (2001 – 2005), 2001, State Council Office Document 2001-40.
<http://www.china-aids.org/english/five-Year-Plan.htm> (abgerufen am 22.03.2004).
- Staatsrat der VR China: National Medium- and Longterm Strategic Plan for HIV/AIDS Prevention und Control (1998-2010). STATE COUNCIL Document GF (1998)38. 26.10.1998. <http://www.usembassy-china.org.cn/sandt/hivpolicypr98-2010.htm>
 (abgerufen am 12.12.2004).
- Statistisches Bundesamt: Gesundheitswesen in Deutschland. http://www.statistik-portal.de/Statistik-Portal/de_jb06_jahrtab52.asp (abgerufen am 09.05.2004).
- Thompson: HIV/AIDS Epidemic in China Spreads Into the General Population, 04/2003,
<http://www.prb.org/Template.cfm?Section=PRB&template=/ContentManagement/ContentDisplay.cfm&ContentID=9533> (abgerufen am 17.09.2004).
- Top Chinese Leader Meets with Country's Most Famous AIDS Activist, Agence France Press, 03.03.2003, <http://www.casy.org/chron/Bloodsupply.htm> (abgerufen am 03.05.2004).

- Treat Asia: Beijing Ditan Hospital Poised to Play Crucial Role as China Increases Treatment Access, <http://www.amfar.org/cgi-bin/iowa/asia/news/index.html?record=24> (abgerufen am 09.05.2004).
- UN Theme Group on HIV/AIDS in China for the UN Country Team: HIV/AIDS: China's Titanic Peril: 2001 Update of the AIDS Situation and Needs Assessment Report. June 2002. <http://www.youandaids.org/unfiles/chinastitanicperillast.pdf> (angerufen am 02.02.2005).
- UNAIDS/ UNICEF/ WHO: Epidemiological Fact Sheets on HIV/AIDS and Sexually Transmitted Infections. 2002.
- UNAIDS: AIDS Epidemic Update 2003. UNAIDS, Genf 2003. <http://www.unaids.org/Unaid/EN/Resources/Publications/corporate+publications/aids+epidemic+update+-+december+2003.asp> (abgerufen am 02.02.2005).
- UNAIDS: China HIV Sentinel Surveillance, <http://www.unchina.org/unaid/ekey3right2.html> (abgerufen am 17.09.2004).
- UNAIDS: Global Report. UNAIDS, Genf 2002. http://www.unaids.org/Unaid/EN/Resources/Publications/Corporate+publications/Report+on+the+global+HIV_AIDS+epidemic+2002+.asp (abgerufen am 02.02.2005).
- UNDP/YOANDAIDS: China at a glance, 2004. <http://www.youandaids.org/Asia%20Pacific%20at%20a%20Glance/China/index.asp> (abgerufen am 11.03.2004).
- UNODC: Global Illicit Drug Trends 2003. United Nations Publications, New York 2003.
- Virtual Aids Office of Hong Kong, Red Ribon Centre, <http://www.info.gov.hk/aids/rrc/english/sitemap.htm> (abgerufen am 14.02.2005).
- Watts, Jonathan: Hidden from the World, 25.10.2003, <http://www.guardian.co.uk> (abgerufen am 31.03.2004).
- WHO, HIV/AIDS in Asia and the Pacific Region 2003. Geneva 2004.
- WHO: Zhongguo xingongzuozhe 6 Mio. 中国性工作者 600 万, (Sechs Millionen Prostitutierte in China). <http://www.zaobao.com/special/newspapers/2003/08/xmrb190803b.html> (abgerufen am 23.06.2004).
- Workers Daily Says 80 Percent of Henan Village Ravaged by HIV, in: South China morning post, 4.1.2002, <http://www.casy.org/chron/bloodsupply.htm> (abgerufen am 03.05.2004).
- Wu Yi: 吴 抓住机极探索面推 艾滋病防治工作 Wuyi zhuazhu shiji jiji tansuo: quanmiantuijin aizibing fangzhi gongzuo, Ansprache der Gesundheitsministerin Wuyi auf der gesamtchinesischen Konferenz zur Präventionsarbeit von HIV und AIDS am 6.4.2004, <http://www.moh.gov.cn/zghl/gzdt/1200405090001.htm> (abgerufen am 9.05.2004).
- Yunnansheng aizibing fangzhi banfa (云南省艾滋病防治 法 (Verordnung zur Prävention von HIV und AIDS der Provinz Yunnan vom 10.02.2004). <http://www.yn.xinhuanet.com/yfzh/fagui/021001.htm> (abgerufen am 14.06.04).
- Zhang, Feng: Too Few Qualified Healthcare Workers. http://www.chinadaily.com.cn/english/doc/2004-04/08/content_321746.htm, 09.05.2004.
- Zhang, Jianchuan 张建川: Zhongguo aizibing fangzhi de zhengci fenxi 中国艾滋病防治的政策分析, (Analyse der politischen Richtlinien zur HIV/AIDS-Prävention in China) <http://unpan1.un.org/intradoc/groups/pulic/documents/apcity/unpan011969.pdf> (abgerufen am 26.09. 2004).
- Zhang, Junhua: Der Aufbau eines sozialen Sicherungssystems in der VR China – eine kritische Betrachtung (Teil 2). In: China aktuell, August 2003. Institut für Asienkunde, Hamburg 2003. S. 986-997.
- Zhao, Dagong 赵达功: Zhongguo Jinü lun 中国妓女论 (Chinas Prostitution), <http://www.now.com/c/zgyj2000/zgyj0007/g000724.htm> (abgerufen am 26.09. 2004).

Zhao, Zhong: Migration, Labor Market Flexibility, and Wage Determination in China- A Review, China Center for Economic Research (CCER), 2003,
<http://www.worldbank.org/wbi/labormarkets/events/china/readings/oct30/migrationeng1.pdf> (abgerufen am 24.05.2004).

5. Länderprofil Vietnam

Die HIV/AIDS Epidemie in Vietnam wird von verschiedenen Faktoren charakterisiert. Dies sind zum einen das durchschnittliche Alter der Bevölkerung: Vietnam ist ein sehr junges Land, da die Hälfte der 81,5 Millionen¹²⁸ Einwohner noch unter 25 Jahren¹²⁹ sind und daher besonders gefährdet sind. Zum anderen ist das Land aber trotz des starken Wirtschaftswachstums, das nach den 1986 eingeführten Wirtschaftsreformen einsetzte und gegenwärtig 7,2 % beträgt,¹³⁰ noch sehr ländlich geprägt: Nur ein Viertel der Bevölkerung lebt in urbanen Räumen.¹³¹

Durch die Öffnung des Landes und verstärkt durch die Globalisierung haben sich in Vietnam in den vergangenen zwei Jahrzehnten Wertvorstellungen, traditionell geltende Normen und dadurch bedingt der allgemeine Lebensstil der Vietnamesen verändert. Der rapide soziale und wirtschaftliche Wandel hat dazu geführt, dass sich Prostitution und Drogengebrauch merklich ausgebreitet haben. Die Regierung reagierte auf beide Probleme mit der „Kampagne gegen soziale Übel“¹³², die mit dem Auftreten der ersten HIV-Fälle in Vietnam Anfang der 90er Jahre auch auf den Bereich AIDS ausgedehnt wurde. Die in diesem Rahmen erlassenen Gesetze kriminalisierten daher nicht nur Prostituierte und Drogenabhängige, sondern auch HIV-Infizierte und machte sie somit zum Opfer institutionalisierter Diskriminierung. So hat zwar die vietnamesische Regierung sehr schnell auf die drohende Epidemie reagiert, doch hat sie gleichzeitig durch die Stigmatisierung und Kriminalisierung der HIV-Infizierten eine ablehnende Haltung gegenüber Opfern dieser Krankheit in der Allgemeinbevölkerung entstehen lassen, was negative Auswirkungen auf Interventionsprogramme hat.

Im Folgenden soll ein Überblick über die Entwicklung und die aktuelle Situation der HIV/AIDS-Epidemie in Vietnam gegeben werden. Politische Richtlinien zur Bekämpfung von HIV und AIDS werden ebenso vorgestellt, wie einzelne Bevölkerungsgruppen, die besonders gefährdet sind, Opfer einer HIV-Infektion zu werden. Anschließend wird das Gesundheitssystem Vietnams untersucht, vor allem hinsichtlich der Frage, ob es überhaupt in seinem gegenwärtigen Zustand in der Lage ist, eine zentrale Rolle im Kampf gegen die

¹²⁸ Vgl. Population Reference Bureau: *2004 World Population Data Sheet*, S. 10. <http://www.prb.org/wpds> (abgerufen am 16.08.2004).

¹²⁹ Vgl. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division: *World Population Prospects, The 2002 Revision and World Urbanization Prospects, The 2001 Revision*. <http://esa.un.org/unpp> (abgerufen am 04.01.2005).

¹³⁰ Vgl. UNDP: *Basic Facts about Vietnam*. <http://www.undp.org.vn/undp/fact/base.htm> (abgerufen am 16.08.2004).

¹³¹ Population Reference Bureau: *2004 World Population Data Sheet*, S. 10. <http://www.prb.org/wpds> (abgerufen am 16.08.2004).

¹³² Vgl. Khuat, T.H.; Nguyen, T. V. A.; Ogden, J., 2004, S. 5.

Ausbreitung der HIV/AIDS Epidemie zu spielen. Den Abschluss bildet ein cursorischer Überblick über bereits bestehende Projekte und die Vorstellung eines Projektvorschlags.

5.1. Epidemiologie

1990 wurde der erste HIV- Fall in Vietnam bekannt. Bis 1992 kamen nur sehr wenige Fälle hinzu und erst 1993 konnte mit 1171 Fällen ein plötzlicher Anstieg verzeichnet werden.¹³³ Dieser Verlauf lässt sich einerseits mit einer verbesserten Datenerhebung durch die 1989 verabschiedete Gesundheitsreform erklären und könnte andererseits mit der Öffnung des Landes und dem damit einhergehenden Drogenhandel zusammenhängen. Zwischen 1993 und 1996 kam es zu einem Anstieg von ca. 1000 bis 2000 Fällen pro Jahr. Seit 1999 ist ein jährlicher Anstieg um ca. 10 000 Fälle zu verzeichnen. 2003 wurden in Vietnam 72 240 Infizierte, 11 020 an AIDS erkrankte Menschen und 6 195 Todesfälle registriert.

Die Zahlen sind jedoch auf Grund unzureichender Datenerhebung fragwürdig. Schätzungen des vietnamesischen Gesundheitsministeriums gingen 2002 von ca. 160 000 Infizierten aus. 85,5% der HIV- Infizierten sind Männer, der Frauenanteil ist mit 14,15% noch relativ niedrig.¹³⁴ Diese Differenz ist damit zu erklären, dass überwiegend Männer intravenös Drogen konsumieren und der intravenöse Drogengebrauch den Hauptübertragungsweg für HIV in Vietnam darstellt. Frauen greifen hingegen aus kulturellen und gesellschaftlichen Gründen kaum zu intravenös gespritzten Drogen. Eine zusätzliche Gefahr für Männer, sich mit dem HI-Virus anzustecken, besteht im ungeschützten Geschlechtsverkehr mit Prostituierten.

Des Weiteren werden durch das vietnamesische Testverfahren überwiegend Männer und Personen der Risikogruppen erfasst. Die Tests finden hauptsächlich beim Militär und in Krankenhäusern statt. Aus diesem Grund kann man auch bei den Risikogruppen mit einer Abweichung der registrierten Fälle von den wirklich existierenden Fällen rechnen.

58,7% der Infizierten sind Jugendliche zwischen 13 und 29 Jahren. Die Prävalenz in der Gesamtbevölkerung ist mit 0,28% im Vergleich zu anderen südostasiatischen Ländern relativ gering¹³⁵. Betroffen sind größtenteils die Grenzen zu China, Kambodscha und die Mekongregion mit den dortigen Groß- und Touristenstädten wie Hanoi, Ho Chi Minh Stadt (HCMC), Nha Trang und Hai Phong.¹³⁶

¹³³ Ministry of Health, October 2003, zitiert in: UNDP: *Millennium Development Goals. Vietnam: Closing the Millennium Gap*. <http://www.undp.org.vn/ehome.htm>.

¹³⁴ Ebd.

¹³⁵ Ebd.

¹³⁶ UNAIDS: *HIV/AIDS Prevention and Care in Viet Nam*. <http://www.unaids.org.vn/facts/mappingreport/report-map01.htm> (abgerufen am 06.05.2004).

5.2. Staatliche Reaktion

Anders als China hat Vietnam nicht die Augen vor den Gefahren einer HIV/AIDS Epidemie verschlossen. Schon vor Auftreten der ersten HIV-Infektionen hat die Regierung mit der Einführung eines „Nationalen Programms zur Vorsorge und Kontrolle von HIV/AIDS“ (NAP) auf eine mögliche Verbreitung von HIV und AIDS in Vietnam reagiert.¹³⁷

Anfangs war das Programm noch dem Unterkomitee des Gesundheitsministeriums zur Vorsorge und Kontrolle von Infektionskrankheiten zugeordnet, bis mit dem ersten HIV-Fall in Vietnam 1990 das „Nationale Komitee zur Vorsorge und Kontrolle von HIV/AIDS (NAK)“ gegründet wurde.¹³⁸ In Zusammenarbeit mit der WHO arbeitete die Regierung den ersten mittelfristigen Plan zur AIDS-Bekämpfung für die Jahre 1991-1993 aus, der schließlich in neun von damals insgesamt 53 Provinzen implementiert wurde. Ende 1993 unterstützte das „UN/WHO Globale AIDS Programm“ Vietnam bei der Entwicklung seiner mittelfristigen „Strategien zur AIDS-Prävention und Kontrolle für 1994-2000“. Neben den langfristigen Zielen wurde außerdem ein kurzfristiges Programm für den Zeitraum 1994-1995 erstellt.¹³⁹ Für die Planung, das Management und die Koordination des Nationalen AIDS Plans wurde 1994 mit dem Nationalen AIDS Büro (NAB) ein eigener organisatorischer Unterbau für das NAK geschaffen. Gleichzeitig sollten Verantwortungsbereiche und Organisation des NAK gestärkt werden, indem es vom Gesundheitsministerium getrennt und direkt der Regierung unterstellt wurde.¹⁴⁰ Der Zeitraum von 1994-1995 markiert damit den eigentlichen Beginn des nationalen AIDS-Programms. Doch trotz dieser frühen Reaktion hat gerade die Regierung stark zur Diskriminierung und Stigmatisierung von HIV-Infizierten beigetragen, als sie die Bekämpfung der Epidemie in engen Zusammenhang mit ihrer zu Anfang der 90er Jahre beginnenden „Kampagne gegen soziale Übel“ brachte.¹⁴¹ Dies hat dazu geführt, dass in der Bevölkerung die Überzeugung herrscht, man könne sich nur mit HIV infizieren, wenn man mit einem dieser kriminalisierten Bereiche in Berührung kommt.

¹³⁷ Vgl. Chung A.; Kane, T. (Hrsg.), 2001, S. 31f.

¹³⁸ Vgl. Pham, B.S. et al., 2002, S. 89.

¹³⁹ Ebd. S. 28.

¹⁴⁰ Vgl. Chung A.; Kane, T. (Hrsg.), 2000, S. 32.

¹⁴¹ Prostitution und illegaler Drogengebrauch werden in Vietnam als „soziale Übel“ bezeichnet, weil sie negative Auswirkungen auf die Bevölkerung haben. Nach der Öffnung des Landes 1986 kam es zu einem enormen Anstieg dieses „sozialen Missverhaltens“, woraufhin die Regierung mit einem Beschluss zur „Vernichtung von Drogen und Prostitution“ (Beschluss No 87/CP (GOV 1993) zur Stärkung des Managements von kulturellen Aktivitäten und kulturellen Dienstleistungen, Artikel 1, Kapitel 1) reagierte, der Zwangseinweisungen in Rehabilitationszentren, Gefängnis oder härtere Strafen nach sich ziehen konnte. Vgl. Khuat, T.H.; Nguyen, T.V. A.; Ogden, J., 2004, S. 4f.

Eine entscheidende Veränderung der Organisationsstruktur erfolgte im Jahr 1997, als das NAP über den Gesundheitssektor hinaus zu einem multisektoralen Programm¹⁴² weiterentwickelt wurde, das sich nunmehr neben dem Gesundheitsaspekt besonders auch auf die Bereiche Bildung, Kultur und soziale Fürsorge konzentrierte. Sowohl auf Provinz- als auch auf Distriktebene wurden AIDS-Komitees und dazugehörige AIDS-Büros nach dem Muster des NAK geschaffen. Auf Kommunalebene wurde die lokale Verwaltung in Zusammenarbeit mit den kommunalen Gesundheitszentren mit der AIDS-Vorsorge und Kontrolle betraut. Mit diesem System hatte Vietnam ein weitreichendes HIV/AIDS-Netzwerk im ganzen Land aufgebaut, das alle Verwaltungsebenen erfasste und in der Lage war, nationale und auch internationale Ressourcen zur Eindämmung der Epidemie zu mobilisieren.¹⁴³ Doch durch einen Mangel an Kommunikation, Koordinierung und gemeinsamer Planung, aber auch durch Fehlallokation und Korruption innerhalb dieses Netzwerkes traten erhebliche Probleme bei der Umsetzung von Programmen und Projekten auf.¹⁴⁴ Auch die unzureichende Mobilisierung der Kommunen für den Kampf gegen HIV/AIDS und die fehlende Einbindung des privaten Sektors und der Nichtregierungsorganisationen (NRO) in das NAP standen den grundsätzlich positiven Ansätzen des staatlichen HIV/AIDS-Programms entgegen.¹⁴⁵

Aufgrund des auch in Vietnam zu beobachtenden Zusammenhangs zwischen Drogengebrauch, Prostitution und der Verbreitung von HIV/AIDS schloss die Regierung im Jahr 2000 das NAK mit den Komitees zur Vorsorge und Kontrolle von illegalen Drogen und Prostitution zum „Nationalen Komitee zur Prävention und Kontrolle von AIDS, Drogen and Prostitution“ (NKADP) zusammen. Das NAK wurde umbenannt zum ständigen nationalen AIDS Büro (NASB) und dem Gesundheitsministerium unterstellt, das nun ausführendes Organ des NKADP darstellt.¹⁴⁶ Dieser Schritt ist jedoch schon deswegen als ambivalent zu bewerten, da er in den Augen der Bevölkerung die bis dahin geführte Politik der Regierung bestätigt, die HIV/AIDS mit den „sozialen Übeln“ in Zusammenhang gebracht hatte.¹⁴⁷ Schwerer wog jedoch die Tatsache, dass die Stellung des AIDS-Komitees in der Regierungsstruktur herabgesetzt wurde und Einflussmöglichkeiten auf andere Regierungseinheiten damit stark eingeschränkt wurden. Völlig verloren gingen die Einflussmöglichkeiten im Jahr 2003, als das NASB mit der Abteilung für Präventive Medizin zu einer gemeinsamen Abteilung für Präventive Medizin und Kontrolle von

¹⁴² Vgl. Pham B. S. et al., 2002, S. 8.

¹⁴³ Ebd. S. 89.

¹⁴⁴ Ebd. S. 102.

¹⁴⁵ Ebd. S. 111f.

¹⁴⁶ Ebd. S. 9.

¹⁴⁷ Vgl. Khuat, T.H.; Nguyen, T.V.A.; Ogden J., 2004, S. 6.

HIV/AIDS zusammengeführt und erst darunter eine Abteilung zur Kontrolle von HIV/AIDS eingerichtet wurde.¹⁴⁸ Im Gegensatz zu früher fühlen sich andere Ministerien seit der Gründung des NKADP nun nicht mehr verpflichtet, das AIDS-Programm in ihre Organisation einzubinden. Seit es dem Gesundheitsministerium unterstellt ist, wird HIV/AIDS hauptsächlich als ein medizinisches Problem angesehen.¹⁴⁹

Seit kurzem aber kann man diesbezüglich ein Umdenken in der Staats- und Parteiführung erkennen. 2002 fand erstmals ein „Forum zur Entwicklung von politischen Richtlinien zu HIV/AIDS“ statt, das die Kommunikation und Koordination von Regierung und internationalen Organisationen intensivieren soll. Ferner wurden Konferenzen und Seminare zu HIV/AIDS abgehalten, an denen mehr als 300 Provinzgouverneure aus dem ganzen Land teilnahmen.¹⁵⁰ Mit dem „Nationalen Strategieplan zur Vorsorge und Kontrolle von HIV/AIDS in Vietnam bis 2010 mit Blick auf 2020“ ist mit Hilfe der UNDP und der australischen Regierung im März 2004 erstmals ein umfangreiches strategisches Dokument vom Gesundheitsministerium verabschiedet worden, welches anerkennt, dass HIV/AIDS gravierende Auswirkungen auf die Entwicklung des Landes und seine gesamte Bevölkerung hat.¹⁵¹ Hauptziel dieses Papiers ist es, die Partizipation und die multisektorale Koordination von Staat, privatem Sektor, NROs und Bevölkerung weiter zu stärken¹⁵² und damit die HIV-Prävalenz bis zum Jahr 2010 nicht über 0,3% steigen zu lassen.¹⁵³ Bekräftigt wurde der Wandel der Regierungshaltung als Präsident Tran Duc Luong im September 2004 im Bach Ma Krankenhaus, in dem AIDS-Patienten behandelt werden, die Diskriminierung von HIV-Infizierten offen thematisierte.¹⁵⁴

5.2.1. Rechtlicher Rahmen

Im Zuge dieser organisatorischen Entwicklung wurde eine Reihe von Verordnungen erlassen, die den rechtlichen Rahmen der HIV/AIDS-Bekämpfung in Vietnam definierten. Schon 1988 verfasste das Gesundheitsministerium ein Rundschreiben, das Maßnahmen und

¹⁴⁸ Vgl. Dam, M. 2004, S.31.

¹⁴⁹ Interview mit Frau Le Thu Ha, Project Executive Officer der GTZ in Hanoi am 22.09.2004.

¹⁵⁰ Vgl. Socialist Republic of Vietnam: *Country Report on Follow-up to the Declaration of Commitment on HIV/AIDS, Hanoi 2003*. http://www.unaids.org/NetTools/Misc/DocInfo.aspx?LANG=en&href=http%3a%2f%2fgva-doc-owl%2fWEBcontent%2fDocuments%2fpub%2fTopics%2fUNGASS2003%2fAsia-Pacific%2fViet_Nam_UNGASSreport_2003_en%26%2346%3bpdf (abgerufen am 01.02.2005). S. 6.

¹⁵¹ Vgl. UNDP: *Vietnam's Provincial Leaders Roll out New National HIV/AIDS Strategy* <http://www.undp.org.vn/undp/unews/mr/2004/eng/0507e.htm> (abgerufen am 21.08.2004).

¹⁵² Vgl. Dam, M. 2004, S. 52.

¹⁵³ Vgl. USAID: *Country Profile Vietnam 2004*, S. 1, http://www.synergyaids.com/Profiles_Web/Profiles_PDFs/Vietnam_profile_Apr2004.pdf (abgerufen am 21.08.2004).

¹⁵⁴ Vgl. *Vietnam's President visits HIV/AIDS Ward for first time*. Associated Press, August 2004, <http://www.aegis.com/news/ap/2004/AP040842.html>, <http://www.utopia-asia.com/aidsvie.htm> (abgerufen am 02.02.2005).

Richtlinien zur Prävention und Kontrolle von AIDS zum Inhalt hatte.¹⁵⁵ Es folgten weitere Dokumente, die später die Grundlage für die Verabschiedung der drei grundlegenden Gesetze zur HIV/AIDS-Bekämpfung bildeten: Die Anordnung der Kommunistischen Partei Vietnams (KPVN) im März 1995, die Verordnung der Nationalversammlung vom Juni 1995 und der Beschluss der Regierung im Jahr 1996.¹⁵⁶ Mit diesen allgemeinen Richtlinien wurde die Verantwortung und Zusammenarbeit der einzelnen Regierungseinheiten, der wirtschaftlichen und sozialen Organisationen, der Armee und jedes Einzelnen in Vietnam zur Bekämpfung von HIV/AIDS bestimmt. Zusätzlich wurden Mittel und Wege zur Kontrolle der Epidemie und zur Stärkung des gesellschaftlichen Bewusstseins festgelegt. Mit Hilfe von Informations- und Aufklärungsmaterial soll ein verantwortungsbewusster Lebensstil, aber auch das Verbot von Drogen und Prostitution vermittelt werden. Weiterhin werden anonyme und sichere Tests und der Schutz vor Diskriminierung schon in diesen Dokumenten garantiert.¹⁵⁷ Bis heute sind mehr als 40 weitere Anordnungen erlassen worden, darunter das Verbot der Diskriminierung von HIV/AIDS-Kranken, sowie ein Gesetz, das die absichtliche Infizierung anderer mit HIV unter Strafe stellt.¹⁵⁸

Durch fehlende Rechtssicherheit und -gleichheit in Verbindung mit Willkür, Korruption und Amtsmissbrauch ist die Einhaltung und Durchsetzung von Gesetzen und Regelungen, besonders auf lokaler Ebene, eher die Ausnahme. Vietnam hat einen positiven rechtlichen Rahmen zur Bekämpfung von HIV/AIDS geschaffen, jedoch ist die Umsetzung dieser grundlegenden Gesetze nicht immer gewährleistet.¹⁵⁹

5.2.2. Finanzierung

Am Anfang war das NAP stark unterfinanziert und erst als 1993 ein ernsthafter Anstieg der HIV-Infektionen bekannt wurde, investierte die Regierung 1 Mio. US\$.¹⁶⁰ Seitdem stellt sie angesichts der begrenzten finanziellen Mittel Vietnams jedes Jahr verhältnismäßig großzügig Gelder zur Verfügung – 2002 waren es ungefähr 4 Mio. US\$. Weitere Unterstützung erhält das Programm von internationalen Organisationen und zum Teil auch von den lokalen Verwaltungen. In der Zeit von 1996 bis 2000 kamen 60% des Gesamtbudgets von der Regierung, 15% von lokaler Ebene und 25% aus ausländischen Quellen.¹⁶¹ In den Jahren 2000 und 2001 betrug der Anteil der Regierung jedoch nur noch

¹⁵⁵ Vgl. Pham B.S. et al., 2002, S. 32.

¹⁵⁶ Vgl. UNAIDS: *Legal Documentation on HIV/AIDS in Vietnam, 2000.*
<http://www.unaids.org.vn/local/gov/Legaldocu.pdf> (abgerufen am 22.4. 2004).

¹⁵⁷ Vgl. Khuat, T.H.; Nguyen, T.V.A.; Ogden, J., 2004, S. 6. S. 38ff.

¹⁵⁸ Ebd. S. 25.

¹⁵⁹ Vgl. Frehner, W.; Winklbauer, M., 2003.

¹⁶⁰ Vgl. Chung A., Kane, T. (Hrsg.), 2000, S. 31.

¹⁶¹ Vgl. UNAIDS: *National and International Financing of the Response to HIV/AIDS in Vietnam, 2002.* S.1.
<http://www.undp.org.vn/projects/vie98006/surveill/Finan02.pdf> (abgerufen am 8.5.2004).

29%, während die internationale Unterstützung 71% ausmachte. Für 2002/2003 liegt das Verhältnis von staatlicher zu internationaler Unterstützung bei einem Gesamtbudget von US\$ 55,761,662 bei 15% zu 85%.¹⁶² Der Grund für den Rückgang des prozentualen Anteils der Regierung liegt darin, dass die ausländische Unterstützung im Kampf gegen HIV/AIDS stetig zunahm, während die finanzielle Hilfe der Regierung weitgehend konstant blieb.¹⁶³

5.2.3. Datenerhebungssystem für HIV/AIDS

Bereits 1987 hat man durch HIV-Tests versucht, die Ausbreitung von HIV und AIDS zu verstehen und zu kontrollieren. Vietnam war eines der wenigen Länder in Asien, das schon früh ein gut entwickeltes Datenerhebungssystem für HIV aufgebaut hat - 1994 operierte dieses System bereits in acht Provinzen. Heute werden in 31 von 61 speziell nach HIV-Risikofaktoren ausgewählten Provinzen derartige Datenerhebungen durchgeführt. Problematisch ist hierbei, dass der HIV-Test obligatorisch ist für Drogenabhängige, Prostituierte, Blutspender und Gefangene und den Betroffenen häufig in sogenannten Rehabilitationszentren Blut ohne ihre Zustimmung zwecks Bestimmung des Serostatus entnommen wird. Regelmäßige Stichproben werden außerdem von Schwangeren, Tuberkulose-Patienten und Wehrpflichtigen genommen.¹⁶⁴ Die Möglichkeit, sich freiwillig testen zu lassen, wurde zwischen 1996 und 2000 immer mehr ausgeweitet. Auch wenn diese freiwilligen Tests bisher nur sehr selten in Anspruch genommen wurden, ist der Zugang zu ihnen mittlerweile zumindest theoretisch in allen Provinzgesundheitszentren und in den meisten Distrikten gewährleistet.¹⁶⁵

Die Ergebnisse aller Tests werden von den Zentren für Präventive Medizin auf Provinzebene zu den Pasteur-Instituten in Ho Chi Minh-Stadt und Nha Trang geschickt und dann an das Nationale Institut für Hygiene und Epidemiologie (NIHE) weitergeleitet. Hier werden sie ausgewertet und danach dem Gesundheitsministerium und dem NAK vorgelegt.

Die Ergebnisse zeigen, dass die HIV/AIDS-Prävalenz von Provinz zu Provinz und von Bevölkerungsgruppe zu Bevölkerungsgruppe stark variiert und sich die Betroffenen immer weniger bestimmten Gruppen zuordnen lassen. In einer gerade begonnen zweiten Phase bemüht man sich zudem um die Gewinnung von qualitativen Daten, die Aufschluss über das Verhalten von besonders gefährdeten Personen gewähren sollen. Trotz des früh etablierten Datenerhebungssystem sind die Daten oft nicht ganz zuverlässig, was sich z. B. auch in den variierenden Angaben zur Entwicklung der Epidemie widerspiegelt.

¹⁶² Ebd.

¹⁶³ Vgl. AIDS International Research Programm: *Background Information on HIV/AIDS in Vietnam* <http://www.sph.emory.edu/AITRP/vietnam.html> (abgerufen am 12.04.2004).

¹⁶⁴ Vgl. Nguyen T.H. et al., 2002.

¹⁶⁵ Vgl. Pham B.S. et al., 2002, S. 50.

Problematisch ist z. B., dass die Weitergabe der Daten von den Provinzen an die Zentrale immer noch lückenhaft ist.¹⁶⁶ Dennoch kann man sagen, dass die in Vietnam gewonnenen Daten durch die große Zahl der involvierten Provinzen und der Bevölkerungsstudien zumindest einen groben Überblick über die allgemeine HIV/AIDS-Situation geben.

5.3. Risikogruppen

5.3.1. Drogenabhängige

Drogenkonsum in Form von Opiumrauchen hat - vor allem bei den ethnischen Minderheiten - in Vietnam eine lange Tradition. Heroinkonsum tauchte zum ersten Mal in den 70er Jahren in Südvietnam unter amerikanischen und vietnamesischen Soldaten auf.¹⁶⁷ Im Norden gab es zu dieser Zeit kaum Heroinkonsumenten.

Erst mit den Wirtschaftsreformen in den 80er Jahren im Zuge von Doi-Moi hat sich der Drogenkonsum verändert und ist zu einem Problem für das ganze Land geworden. Auf der einen Seite hat die Öffnung des Landes und die Nähe zum "Goldenen Dreieck" (Laos, Myanmar, Thailand) zu einem Anstieg des Drogenschmuggels nach Vietnam geführt. Auf der anderen Seite haben die Reformen auch die Arbeitslosigkeit unter den Vietnamesen ansteigen lassen. Diese beiden Faktoren zusammen haben dazu beigetragen, dass zunächst nur im Süden, bald darauf aber auch im Norden Vietnams der Drogenkonsum anstieg.¹⁶⁸

Die Verbindung zwischen intravenösem Drogengebrauch und der Infektion mit dem HI-Virus wurde 1993 hergestellt, als ein explosionsartiger Anstieg von HIV-Infektionen unter intravenösen Drogengebern (IDGs) in Ho Chi Minh-Stadt festgestellt wurde.¹⁶⁹ Heute ist intravenöser Drogengebrauch der Hauptübertragungsweg für HIV. Nach offiziellen Angaben waren 2003 57% der HIV-Infizierten IDGs.¹⁷⁰ Damit zählt Vietnam zu den Ländern Südostasiens mit dem höchsten Anteil an HIV-Infizierten unter den IDGs.¹⁷¹

Die aktuelle Situation

Offiziellen Angaben zufolge konnte Vietnam die Zahl der Drogengebraucher von ca. 175 000 im Jahr 1995 auf etwa 100 000 im Jahr 2000 senken. Im darauf folgenden Jahr ist die Zahl jedoch wieder um 13% gestiegen. Das entspricht 113 903 Drogengebrauchern.¹⁷²

¹⁶⁶ Ebd. S. 87.

¹⁶⁷ Vgl. Dao, Q.V., 2002, S. 3.

¹⁶⁸ Ebd.

¹⁶⁹ Vgl. Vu, T., 2001, S. 12.

¹⁷⁰ Ministry of Health, October 2003; zitiert in: UNDP Country Team Vietnam: *Millennium Development Goals. Vietnam: Closing the Millennium Gap*. S. 37. <http://www.undp.org.vn/ehome.htm>.

¹⁷¹ Vgl. UNODC: *Country Profile Vietnam, 2003*,

http://www.unodc.org/pdf/vietnam/country_profile_vietnam.pdf (abgerufen am 02.02.2005), S. 30.

¹⁷² Ebd., S. 28.

Schätzungen gehen allerdings von weitaus höheren Zahlen aus.¹⁷³ Seit den 90er Jahren ist der Drogenkonsum von einem eher ländlichen Problem zu einem städtischen geworden. Eine Studie vom UNO Büro für Drogen- und Verbrechensbekämpfung (UN Office on Drugs and Crime UNODC) und dem Ministerium für Arbeit, Kriegsinvalide und Soziales (MOLISA) zeigt, dass 1999 die große Mehrheit (75,3%) der Drogenabhängigen in Städten lebte.¹⁷⁴

Zu den Drogengebrauchern zählen vor allem junge Männer. Etwa 80% der Drogengebraucher waren 1999 laut einer Studie vom Internationalen Drogenkontrollprogramm der UN (UNDCP) und MOLISA unter 35 Jahre alt, die Gruppe der 18-25jährigen hatte mit 46% den höchsten Anteil an Drogenkonsumenten. Der Anteil der Frauen unter den Drogengebrauchern lag lediglich bei 5.9%.¹⁷⁵ Allerdings ist davon auszugehen, dass der Anteil der Frauen - besonders der Anteil der Prostituierten - heute schon höher ist und weiter ansteigen wird.

Ein wichtiger Grund für Drogenkonsum scheint Arbeitslosigkeit zu sein. So waren z. B. 1999 etwa 42% aller Drogenabhängigen arbeitslos. In Hanoi und HCMC lag der Anteil der Arbeitslosen unter den Drogenabhängigen sogar bei über 50%.¹⁷⁶ Aufgrund der Altersstruktur der vietnamesischen Bevölkerung sind vor allem junge Leute von Arbeitslosigkeit betroffen, was auch den hohen Anteil an Drogenabhängigen unter den unter 35jährigen erklärt.

Die bevorzugte Droge der Drogengebraucher ist Heroin. Laut UNODC und MOLISA konsumieren 70% der Drogengebraucher Heroin, während lediglich 28% Opium bevorzugen.¹⁷⁷ Von den Heroingebrauchern konsumieren 75% die Droge mindestens einmal am Tag und 25% von ihnen sind IDGs.¹⁷⁸ Der Preis für Heroin und Opium ist relativ niedrig und wird mit 2-2,5 US Dollar pro Injektion angegeben¹⁷⁹.

Risikoverhalten der IDGs

Der wichtigste Übertragungsweg von HIV unter den IDGs ist das Teilen von Spritzen und Nadeln. Obwohl es nicht illegal ist, Spritzen ohne ein Rezept zu kaufen oder bei sich zu tragen, und trotz einer relativ hohen Verfügbarkeit von Nadeln und Spritzen - man kann sie

¹⁷³ UNAIDS schätzte die Zahl der Drogengebraucher in einer Veröffentlichung von 2001 auf 185 000 (Vgl. Dao, Q.V., 2002, S. 3.).

¹⁷⁴ Vgl. UNODC: *Country Profile Vietnam, 2003*,

http://www.unodc.org/pdf/vietnam/country_profile_vietnam.pdf (abgerufen am 02.02.2005), S. 28.

¹⁷⁵ Ebd., S. 29.

¹⁷⁶ Ebd., S. 29.

¹⁷⁷ Ebd., S. 29.

¹⁷⁸ Vgl. Vu, T., 2001, S. 15.

¹⁷⁹ Vgl. UNODC: *Country Profile Vietnam, 2003*, http://www.unodc.org/pdf/vietnam/country_profile_vietnam.pdf (abgerufen am 02.02.2005), S. 27; siehe auch: Tran, T.N. et al., 2001b, S. 183.

in Apotheken sowie in Krankenhäusern und sogar von Dealern für etwa 1000 VND¹⁸⁰ erwerben - wird geschätzt, dass 80% aller IDGs ihre Nadeln und Spritzen miteinander teilen.¹⁸¹ Allerdings scheint die gemeinsame Nutzung von Nadeln zurückzugehen, da IDGs zumindest ein sehr vages Risikobewusstsein auszubilden scheinen. So sagten Teilnehmer der Studie von Tran et al. aus, dass sie wüssten, wie gefährlich die gemeinsame Spritzenutzung sei, gaben aber dennoch an, dass sie ebenfalls Spritzen mit anderen teilen. Sie waren der Auffassung, dass sie das Risiko einer Infektion senken können, wenn sie nur mit Leuten, die gesund aussehen und ihnen bekannt sind, Spritzen gemeinsam nutzen.¹⁸²

Erschwerend kommt hinzu, dass die meisten IDGs nicht wissen, ob sie HIV- infiziert sind. Besonders die Angst vor den Folgen, die ein Leben mit dem Virus mit sich bringen (Stigmatisierung, keine Behandlung, keine Heilung), aber auch schlechte Beratung vor und nach dem Test und die Kosten für den Test, die von den Getesteten selbst getragen werden müssen, führen dazu, dass sich kaum jemand freiwillig testen lässt.¹⁸³

Neben der gemeinsamen Nadelnutzung stellt der ungeschützte Geschlechtsverkehr einen weiteren wichtigen Übertragungsweg für HIV dar. Besonders die jungen IDGs gelten als sexuell sehr aktiv und haben häufig ungeschützten Geschlechtsverkehr mit Prostituierten und/oder festen Partnerinnen. Aus dem „HIV/AIDS Behavioral Surveillance Survey“ (BSS) von 2000 geht hervor, dass lediglich zwischen 28% (Hanoi) und 56% (Hai Phong) der befragten IDGs konsequent beim Geschlechtsverkehr mit Prostituierten ein Kondom benutzten. Beim Geschlechtsverkehr mit festen Partnern ist der Kondomgebrauch wesentlich geringer.¹⁸⁴ So kann man davon ausgehen, dass hohen Infektionszahlen unter IDGs hohe Zahlen unter Prostituierten folgen werden; eine Verbreitung in der Allgemeinbevölkerung ist dann ebenfalls die Folge.¹⁸⁵

Reaktion der Regierung

Die Regierung hat sich im Jahr 1993 erstmals der Drogenproblematik zugewandt, indem sie 1993 das "Nationale Programm zur Drogenprävention und -kontrolle" implementiert hat. Ziele dieses Programms sind unter anderem, den Drogenschmuggel besser kontrollieren zu können, Gesetze bezüglich Drogen und deren Missbrauch zu entwickeln und Behandlungsmöglichkeiten für Drogengebraucher anzubieten.¹⁸⁶ Eine Folge dieses

¹⁸⁰ Vgl. Dao, Q.V., 2003, S. 25; 1000VND entsprechen etwa 0,05 Euro. <http://www.oanda.com/convert/classic> (abgerufen am 17.08.2004).

¹⁸¹ Vgl. UNODC: *Country Profile Vietnam, 2003*, http://www.unodc.org/pdf/vietnam/country_profile_vietnam.pdf (abgerufen am 02.02.2005), S. 30.

¹⁸² Vgl. Tran, T.N. et al., 2004(b); Dao, Q.V., 2003, S. 70.

¹⁸³ Vgl. Tran, T.N. et al., 2004 (b), S.185, sowie Tran, T.N. et al., 2004 (a), S. 192.

¹⁸⁴ Vgl. Chung, A; Kane, T., 2001, S. 14.

¹⁸⁵ Vgl. Tran, T.N. et al., 2004 (a).

¹⁸⁶ Vgl. Dao, Q.V., 2003, S. 5.

Programms ist auch die Verabschiedung des ersten Gesetzes zur Kontrolle und Prävention von Drogen und deren Konsum im Jahr 2000. Das neue Gesetz, das am 1. Juni 2001 in Kraft trat, erkennt an, dass die Existenz von Drogen ein gesellschaftliches Problem ist und dass Drogenabhängige keine Kriminellen sind. Abhängige können effizienter behandelt werden, da der Behandlungszeitraum von aufgegriffenen Drogengebern verlängert wurde und neben der Entgiftung auch die Rehabilitation der Patienten beinhalten soll.¹⁸⁷

Allerdings ist eine erfolgreiche Umsetzung dieses Gesetzes eher zweifelhaft. Die Regierung hat zwar ihre Bemühungen verstärkt, Drogengebern zu behandeln und ihnen bei der Resozialisierung zu helfen¹⁸⁸, aber den Entzugszentren fehlt es an ausgebildetem Personal und Geld für die Behandlung der Drogengebern. Aufgrund dessen werden in der Regel in diesen Zentren auch nur Entgiftungen vorgenommen und die Rückfallquoten sind mit 80-90% entsprechend hoch.¹⁸⁹

5.3.2. Prostituierte

Weibliche Prostituierte

Obwohl in Vietnam bisher von einer HIV/AIDS- Epidemie ausgegangen wird, die sich vor allem auf die Hauptrisikogruppen IDGs und Prostituierte konzentriert, ist zu erwarten, dass sich HIV/AIDS über die „Brücke“ Prostitution in naher Zukunft auch unter der allgemeinen Bevölkerung ausbreiten wird. In den letzten Jahren ist die Zahl der HIV- infizierten Prostituierten stark angestiegen (1994: 0,6%, 2000: 3,5%).¹⁹⁰ HIV-Tests, die in Rehabilitationszentren für Prostituierte in Hanoi durchgeführt wurden, weisen in den Jahren 1997 bis 2002 einen Anstieg der HIV-Fälle von 0,8% auf 14,5% auf.¹⁹¹ In den südlichen Provinzen an der Grenze zu Kambodscha stieg die Zahl der HIV-infizierten Prostituierten am stärksten (1994: 0,8%; 1995: 5,1%; 1999: 14,7%).¹⁹²

Obwohl Prostitution in Vietnam illegal ist, blühte das Gewerbe in den letzten 15 Jahren wieder auf und verbreitet sich.¹⁹³ Während offizielle Zahlen von 70 000 Prostituierten im Jahr 1995 (MOLISA) berichten, schwanken Schätzungen zwischen 300 000 und 500 000.¹⁹⁴

Eine steigende Nachfrage nach sexuellen Dienstleistungen ist in allen

¹⁸⁷ Vgl. UNODC: *Country Profile Vietnam, 2003*,

http://www.unodc.org/pdf/vietnam/country_profile_vietnam.pdf (abgerufen am 02.02.2005), S. 35.

¹⁸⁸ Von 1999 bis 2001 stieg die Zahl der behandelten Abhängigen jedes Jahr um etwa 23% (UNODC: *Country Profile Vietnam, 2003*, http://www.unodc.org/pdf/vietnam/country_profile_vietnam.pdf (abgerufen am 02.02.2005), S. 39).

¹⁸⁹ Vgl. UNODC: *Country Profile Vietnam, 2003*, http://www.unodc.org/pdf/vietnam/country_profile_vietnam.pdf (abgerufen am 02.02.2005), S. 39.

¹⁹⁰ Vgl. Elmer, L., 2001, S. 3.

¹⁹¹ Vgl. Tran, T.N. et al., 2004, S. 189.

¹⁹² Vgl. Elmer, L., 2001, S. 3.

¹⁹³ Vgl. Wolffers, I.; Kelly, P.; Kwaak, A., 2004, S. 271.

¹⁹⁴ Vgl. Elmer, L. 2001, S. 4.

Gesellschaftsschichten zu erkennen. Zu den wirtschaftlichen Faktoren, die Prostitution fördern, kommt hinzu, dass in Vietnam außerehelicher Geschlechtsverkehr gegen Bezahlung eine lange Tradition hat und in den letzten Jahren u.a. aufgrund des sich verändernden Lebensstils auch unter Jugendlichen wieder in Mode kommt.¹⁹⁵ Arbeitslosigkeit oder unterbezahlte Jobs und die daraus entstehende Armut sind Hauptgründe dafür, dass viele Frauen in der Prostitution den einzigen Ausweg sehen, um ihre Familie ernähren zu können.¹⁹⁶

Risikoverhalten und Wissen über HIV/AIDS bei Prostituierten

Selbst wenn Studien zufolge ein Großteil der Befragten von HIV/AIDS gehört hat und angeblich weiß, wie man sich vor einer Infektion schützt, sind im Hinblick auf die Übertragung von HIV viele Fehlinformationen im Umlauf. So gehen Prostituierte zum Teil davon aus, dass allein das Berühren einer HIV-infizierten Person zur HIV-Übertragung führt.¹⁹⁷ Hingegen sieht ein Großteil der Prostituierten keinerlei Gefahr bei ungeschütztem Geschlechtsverkehr mit bekannten Personen. Je vertrauter der Geschlechtspartner, desto seltener werden Kondome genutzt. So werden beim Geschlechtsverkehr mit festen Partnern oder Ehemännern kaum Kondome verwendet. Die Entscheidung, ein Kondom zu benutzen, wird außerdem von der äußeren Erscheinung der Kunden abhängig gemacht.¹⁹⁸

Obwohl sich Prostituierte ihrer gesundheitlichen Gefährdung bewusst sind und Kondome benutzen wollen, kommt es sehr häufig zu ungeschütztem Geschlechtsverkehr, da die Entscheidung für oder gegen ein Kondom beim Kunden liegt und dieser den Gebrauch oft verweigert. Außerdem bieten Männer häufig mehr Geld für Geschlechtsverkehr ohne Kondom, was für viele Frauen einen großen finanziellen Anreiz darstellt und das Risiko einer HIV-Infektion in den Hintergrund stellt.¹⁹⁹ Des Weiteren stellt es für Frauen eine Gefahr dar, Kondome in der Tasche zu haben, da diese ein Indiz für Prostitution darstellen.²⁰⁰ Bei Razzien aufgegriffene Prostituierte werden für wenige Monate in Rehabilitationszentren gebracht, wo sie auf HIV getestet werden. Freiwillig lassen sich nur wenige Prostituierte testen, da sie Angst vor dem Ergebnis und einem Leben mit HIV haben.²⁰¹ Anhand der Untersuchungen in den Rehabilitationszentren zeigt sich, dass viele Prostituierte an sexuell übertragbaren Krankheiten leiden, die das Risiko für eine HIV-

¹⁹⁵ Vgl. Doussantousse, S., Tooke, L., 2002, S. 3.

¹⁹⁶ Vgl. Elmer, L., 2001, S.8.

¹⁹⁷ Vgl. Chung, A; Kane, T., 2001, S. 40.

¹⁹⁸ Vgl. Elmer, L., 2001, S. 14.

¹⁹⁹ Vgl. Tran, T.N. et al., 2004 (a).

²⁰⁰ Vgl. Doussantousse, S., Tooke, L., 2002, S. 2.

²⁰¹ Vgl. Tran, T.N. et al., 2004 (a), S. 192.

Infektion erhöhen. Ein Großteil der Betroffenen geht aus finanziellen Gründen nicht in eine Klinik, sondern behandelt sich selbst.²⁰²

Frauen- und Kinderhandel

Meistens kommen die gehandelten Frauen aus großen bäuerlichen Familien mit schwachem sozialem Umfeld und unzureichender Bildung; oft sind die Familien zerrüttet und leben in extremer Armut.²⁰³ Auf Grund der schlechten Bildung ist das Wissen der gehandelten Kinder und Frauen über HIV und den Übertragungsweg von HIV sehr gering, was sie einer starken Gefährdung durch HIV aussetzt. Durch das Entreißen der jungen Menschen aus ihrer gewohnten Umgebung fehlt ihnen jeglicher vertraute soziale Kontakt. Dies macht sie empfänglicher für ein hohes Risikoverhalten.

Problematisch ist, dass der Menschenhandel ein sehr undurchschaubares, nicht greifbares Problem darstellt. Bisher gibt es nur wenige und unzuverlässige Daten und Fakten über den Menschenhandel. Klar ist, dass die Zahlen deutlich ansteigen. Vietnam ist hauptsächlich sendendes Land.²⁰⁴ Hauptgrund des Handels ist Prostitution, aber auch andere Tätigkeiten wie Hausmädchentätigkeiten, Bauarbeiten, organisiertes Betteln, Adoption und Heirat ins Ausland sind Gründe für den Menschenhandel.²⁰⁵

Für die Verbreitung von HIV sind Prostitution aber auch organisiertes Betteln die schwerwiegendsten Gründe. Beim organisierten Betteln ist die Gefahr der Ansteckung mit HIV durch infizierte Nadeln gegeben, da die Kinder gezwungen werden Drogen zu nehmen, um in der Nacht länger arbeiten zu können. Der Handel findet nicht nur grenzüberschreitend, hauptsächlich nach Kambodscha und China, sondern auch innerhalb Vietnams statt. Frauen und Kinder werden vom Land in die Städte gehandelt, in der Regel nach Hanoi und Ho Chi Minh-Stadt. Viele Frauen kehren nach dem unfreiwilligen Aufenthalt im Ausland wieder in ihre Heimat zurück. Zwischen 1996 und 2000 wurden an der Grenze zu China 7918 Frauen und Kinder registriert, die nach China gehandelt wurden und nach Vietnam zurückkamen.²⁰⁶

5.3.3. Männer, die Sex mit Männern haben

Es gibt in Vietnam keine Gesetze, die Männern den Sex mit Männern (MSM) verbieten. Dennoch kommt es über andere gesetzliche Bestimmungen, wie Gesetze gegen Ehebruch

²⁰² Vgl. Elmer, L., 2001, S. 15.

²⁰³ Ebd.

²⁰⁴ Die Länder, die in den Handel involviert sind, werden in sendende, Transit- und empfangende Länder eingeteilt.

²⁰⁵ Vgl. Derks, A., 2000, S. 12.

²⁰⁶ Vgl. Dang, N.A.; Tacoli, C.; Hoang, X.T., 2003, S. 14.

oder Missachtung der öffentlichen Moral, zu Verhaftungen. Bis 2000 wurden MSM weitgehend ignoriert. Obwohl sie bisher in keiner HIV-Statistik auftauchen, finden sie jedoch seit kurzem Beachtung in den Medien, wobei die Berichterstattung zumeist negativ ist. So rief z.B. ein Artikel in der staatlich gesteuerten Presse von 2002 dazu auf, Homosexualität auch als „soziales Übel“ anzusehen.²⁰⁷ Positive Ansätze für den zunehmend offener werdenden Umgang mit MSM sind der 2000 in Hanoi erschienene Roman *Eine Welt ohne Frauen* von Bui Anh Tan, und ein hoffnungsvoller Artikel in der kommunistischen Jugendzeitschrift *Manche wurden schwul geboren, wie manche als Linkshänder geboren wurden*.²⁰⁸ Daneben existieren Internetforen, in denen sich Homosexuelle austauschen können, diese werden jedoch aus Angst vor Diskriminierung kaum genutzt.

In Vietnam muss – wie in vielen anderen Ländern Asiens – deutlich zwischen Homosexualität und MSM unterschieden werden. Der Geschlechtsverkehr mit einem anderen Mann wird eher als sexueller Akt als eine spezifische Identität begriffen. Gleichgeschlechtliche Kontakte finden daher meist anonym, oft mit männlichen Prostituierten statt. Außerdem sind viele MSM verheiratet und haben Kinder. Da es in Vietnam keinerlei Aufklärung über ihr spezifisches Risiko gibt, sind sich die Männer ihres Risikoverhaltens nicht bewusst. Nur selten schützen sie sich mit Kondomen vor HIV und Geschlechtskrankheiten.²⁰⁹ Der ungeschützte Geschlechtsverkehr sowohl mit Männern, als auch mit der Ehefrau oder weiblichen Prostituierten fördert einen versteckten, bisher kaum beachteten Übertragungsweg auf die Allgemeinbevölkerung.

Es gibt Nichtregierungsorganisationen,²¹⁰ die mit Homosexuellen als Zielgruppe in der HIV Prävention arbeiten. Diese sind jedoch zu klein, um starken Einfluss auszuüben. Außerdem ist es auf Grund der Geheimhaltung ihrer sexuellen Orientierung und der fehlenden Organisation in einer spezifischen Szene schwer, die Gruppe der MSM für Aufklärungsarbeit zu erreichen. Gegenwärtig nimmt die Regierung das größer werdende Problem der Übertragung von HIV durch MSM wahr.²¹¹

Männliche Prostitution

Während weibliche Prostitution kriminalisiert und hauptsächlich für die HIV-Übertragung verantwortlich gemacht wird, wird die wachsende Zahl von männlichen Prostituierten

²⁰⁷ Vgl. Doussantousse, S.; Nguyen, T.N.A; Tooke, L., 2002.

²⁰⁸ Ebd.

²⁰⁹ Ebd.

²¹⁰ So engagiert sich z.B. die “Nguyen Friendship Society” in Ho Chi Minh-Stadt (vgl. <http://www.govietnam.com/nfs/> (abgerufen am 02.02.2005) sowie http://www.ilga.info/Information/links_to_main_lgbt_campaigning_01.htm (abgerufen am 02.02.2005)).

²¹¹ Vgl. Vereinzelt Quellen berichten jedoch, dass sie die Übertragung von HIV durch intravenöse Drogen und Prostitution als weitaus größere Probleme betrachtet. Vgl. hierzu Tran, L.T., *Heads in the Sand*. <http://www.utopia-asia.com/tipsviet.htm> (abgerufen am 08.05.2004).

weitgehend ignoriert. Über männliche Prostitution finden sich keine gesetzlichen Regelungen und Verordnungen.

Männer, die sich prostituieren haben zumeist keine homosexuelle Identität. Anders als bei den in Punkt 4.3 beschriebenen MSM, besteht bei männlichen Prostituierten eher heterosexuelle Neigung. Ihre Motivation ist rein ökonomischer Art. Schätzungen, die von einem hohen Anteil an IDGs unter den männlichen Prostituierten ausgehen, können als realistisch angesehen werden, da sicherlich auch für Männer Prostitution oft der letzte Weg zur Finanzierung von Drogen ist. Männliche Prostituierte sind sich ebenso wenig wie Homosexuelle oder MSM über ihr Risikoverhalten bewusst und weisen ebenso geringe Kenntnisse über HIV/AIDS auf. Sehr wenige wurden bisher auf HIV getestet. Unter männlichen Prostituierten ist außerdem ein unachtsamer Umgang mit der eigenen Gesundheit zu beobachten.²¹²

5.3.4. Binnenmigranten und mobile Bevölkerung

Weltweite Studien über mobile Bevölkerungsgruppen haben gezeigt, dass Migration und Mobilität die Verwundbarkeit bezüglich HIV erhöhen. In verschiedenen Ländern und Regionen mit hoher Mobilität sowie entlang Transportrouten und Grenzübergängen wurden durchschnittlich höhere HIV-Infektionsraten verzeichnet.²¹³ „Being a migrant, in and of itself, is not a risk factor; it is the activities undertaken during the migration process that are the risk factors.“²¹⁴ Die räumliche Trennung von festen Sexualpartnern sowie die Anonymität in mobilen Bevölkerungsgruppen beeinflussen das sexuelle Verhalten²¹⁵ und erhöhen das HIV- Infektionsrisiko, da das Wissen über die Epidemie innerhalb dieser Bevölkerungsgruppe generell gering ist.²¹⁶ Insgesamt hat durch die höhere Wirtschaftsaktivität seit den Wirtschaftsreformen die Zahl der Migranten zugenommen.²¹⁷ Aber erst 1989 wurden im Zuge des zweiten nationalen Zensus erstmals Daten über Migration erhoben. Jedoch spiegelt der Zensus nicht das gesamte Ausmaß der Mobilität in Vietnam wider, da nicht alle Migranten statistisch erfasst wurden.²¹⁸ Hinzu kommt, dass die Land-Stadt-Migration einen wesentlich höheren Stellenwert einnimmt als von offizieller Seite angenommen wird.²¹⁹

²¹² Vgl. Doussantousse, S.; Nguyen, T.N.A.; Tooke, L., 2002. S. 1f.

²¹³ Vgl. UNAIDS: *Population Mobility and AIDS. UNAIDS Technical update, 2001*, S. 4.

²¹⁴ Vgl. UNAIDS/ IOM: *Migration and AIDS*, 1998, S. 455.

²¹⁵ Vgl. UNAIDS/ IOM: *Migration and AIDS*, 1998, S. 458.

²¹⁶ Vgl. UNAIDS: *Population Mobility and AIDS. UNAIDS Technical update, 2001*, S. 11.

²¹⁷ Vgl. Nguyen, D.T.; Nguyen, T.S.; Nguyen, T.T., 2000, S.3.

²¹⁸ Vgl. Dang, N.A, Goldstein, S.; McNally, J.W., 1997, S. 322.

²¹⁹ Vgl. Nguyen, H.B., et al., 1999, S. 197.

Hauptursache für die Migration stellen ökonomische Gründe dar, daher wandern die meisten Migranten in urbanisierte und industrialisierte Regionen.²²⁰ Als industrielle Zentren Vietnams stellen sowohl Hanoi, als auch Ho Chi Minh-Stadt einen starken Anziehungspunkt für Migranten dar, die sich hauptsächlich aus jungen Menschen, besonders aus jungen Frauen zusammensetzen.²²¹ Der Gruppe der mobilen Bevölkerung gehören verschiedene Berufsgruppen wie Kraftwagenfahrer, Straßenbauarbeiter, Händler, Polizisten, Seefahrer und Prostituierte an. Seefahrer suchen häufig Prostituierte auf, ebenso Kraftwagenfahrer, die sich durch zunehmenden Drogenkonsum einem zusätzlichen Infektionsrisiko aussetzen.²²² Landesweit gibt es entlang der wichtigen Handelsstraßen, an vielgenutzten Grenzübergängen und den Häfen Sexgewerbe. Die verschiedenen mobilen Bevölkerungsgruppen, zu denen auch Prostituierte zählen, sind untereinander und auch mit der Allgemeinbevölkerung verknüpft, so dass die Ausbreitung des HI-Virus landesweit beschleunigt wird.²²³

Der Ausbau des Straßennetzes fördert Mobilität und zukünftig wird die grenzüberschreitende Mobilität noch zunehmen, denn es sind Projekte zum Ausbau des Straßennetzes geplant, wie z.B. das „Ost-West Korridor“ Entwicklungsprojekt, das Thailand via Laos mit Vietnam über eine Schnellstraße verbinden soll.

5.4. Struktur des staatlichen Gesundheitswesens in Vietnam

Das öffentliche Gesundheitswesen in Vietnam wird vom Gesundheitsministerium zentral geplant und auf unterschiedlichen Ebenen der Verwaltung implementiert. 30 Gesundheitseinrichtungen sind direkt dem Gesundheitsministerium unterstellt. Auf Provinzebene gibt es jeweils provinzeigene Gesundheitseinrichtungen, deren Krankenhäuser über Fachabteilungen verfügen. Auf Distriktebene versorgen Gesundheitszentren die Bevölkerung mit kurativen Krankenhausleistungen. Familienplanung und weitere Präventionsmaßnahmen fallen ebenfalls in den Zuständigkeitsbereich der Distrikte. Kommunale Gesundheitszentren sorgen auf Gemeindeebene für eine Basisgesundheitsversorgung.²²⁴ Eine flächendeckende Struktur ist vorhanden, doch wegen der schlechten Ausstattung ist die Nutzung der Gesundheitseinrichtungen oft kaum möglich.

²²⁰ Vgl. Dang, N.A., Goldstein, S.; McNally, J.W., 1997; siehe auch: Nguyen, H.B., et al., 1999, S. 184.

²²¹ Vgl. Nguyen, D.T.; Nguyen, T.S.; Nguyen, T.T., 2000, S.3.; siehe auch: Chantavanich, S., 2000, S. 67.

²²² Vgl. Chantavanich, S., 2000, S. 72.

²²³ Vgl. Chantavanich, S., 2000, S. 79.

²²⁴ Vgl. Fleßa, S., 2003, S. 340; World Bank: *Vietnam – Growing Healthy: A Review of Vietnams Health Sector* 2003, S. 65ff.

Die Reform des Gesundheitssektors im Rahmen von Doi Moi

Die 1986 eingeleiteten Wirtschaftsreformen haben tiefgreifende Veränderungen im Gesundheitssystem bewirkt. Waren die Gesundheitsdienste zunächst kostenfrei, wurden ab 1989 Gebühren eingeführt. Daraufhin ging die Nutzung staatlicher Gesundheitseinrichtungen in den Anfangsjahren der Reform stark zurück.²²⁵ Gerade für ärmere Bevölkerungsgruppen sind die Behandlungskosten im Verhältnis zu ihrem Einkommen besonders hoch. In den kommunalen Gesundheitszentren, die die wichtigste Anlaufstelle für die ärmere Landbevölkerung darstellen, werden zusätzlich zu den offiziellen Behandlungskosten vom schlecht bezahlten Personal oft illegale Gebühren erhoben. Hinzu kommt, dass es den kommunalen Gesundheitszentren durch die ungleiche Verteilung der staatlichen Gelder auf die unterschiedlichen Verwaltungsebenen an der nötigen Vorfinanzierung fehlt, um eine angemessene Qualität der medizinischen Versorgung anbieten zu können. Aufgrund der daraus resultierenden mangelnden Qualität und Quantität, was sowohl die Ausstattung als auch das Personal betrifft, werden öffentliche Gesundheitseinrichtungen immer weniger in Anspruch genommen.²²⁶ Viele Kranke greifen eher auf Selbstmedikation zurück als einen Arzt aufzusuchen. Dieser Entwicklungstrend wurde noch verstärkt durch die schnelle Verbreitung von Arzneimittelhandlungen im Zuge der Liberalisierung des Pharmasektors.

Die Legalisierung der privaten medizinischen Versorgung sollte die Nachfrage befriedigen, die das staatliche System nicht erfüllen konnte. In der Folge stieg die Zahl der privaten Anbieter rapide an. Hinzu kam, dass mit den Reformen das Überweisungssystem²²⁷ aufgelöst wurde, wodurch nun jeder Patient direkten Zutritt zu den Gesundheitseinrichtungen seiner Wahl bekam.²²⁸ Die Folge davon ist, dass Gruppen mit höherem Einkommen meist die staatlichen Gesundheitsdienste auf Provinzebene, besonders aber private Anbieter in Anspruch nehmen. Sofern sie eine staatliche Einrichtung wählen, ist dies in der Regel direkt ein Krankenhaus. Die ärmeren Teile der Bevölkerung frequentieren dagegen eher die lokalen Gesundheitszentren, die in der Regel einen niedrigeren Standard bieten, dafür auch niedrigere Gebühren fordern.²²⁹

Insgesamt ist jedoch mit der Reform des Gesundheitswesens und der Fehlallokation der staatlichen Gelder die Nutzung der Gesundheitseinrichtungen in den letzten Jahren stark zurückgegangen und die Ungleichheit in der medizinischen Versorgung zwischen Stadt und

²²⁵ Vgl. Segall, M. et al., 2000, S. 13.

²²⁶ Vgl. Glewwe, P.; Litvack, J., 1998, S. 25, siehe auch Fleßa, S. 2003, S. 340.

²²⁷ Eine Behandlung im Krankenhaus war vor den Reformen lediglich durch eine Überweisung einer unteren Einheit möglich.

²²⁸ Vgl. Glewwe, P.; Litvack, J., 1998, S. 23; United Nations: *Health Care Financing for Viet Nam*, 2003, S. 8.

²²⁹ Vgl. Trivedi, P.K.; Hall, W., 2001, S. 9.

Land hat sich stark verschärft.²³⁰ Privatpraxen und -krankenhäuser sind überwiegend in den Städten zu finden. Die Diskrepanz zeigt sich vor allem in der Verteilung des medizinischen Personals sowie der Krankenhausbetten. Der wirtschaftliche Aufschwung Vietnams hat in den urbanen Zentren ohne Zweifel zu einer verbesserten Gesundheitsversorgung der Bevölkerung geführt, der ländliche Raum hingegen leidet unter medizinischer Unterversorgung.²³¹

Finanzierung

Das staatliche Gesundheitswesen finanziert sich zu 49% aus dem staatlichen Gesundheitsbudget, zu 33% aus Patientengebühren und zu 13% aus der staatlichen Krankenversicherung.²³²

Die öffentlichen Aufwendungen für das Gesundheitswesen sind im Vergleich zu anderen Entwicklungsländern gering.²³³ Im Durchschnitt sind die Gesundheitsausgaben in den Städten mehr als doppelt so hoch wie auf dem Land.²³⁴ Zuständig für die Verteilung des Budgets sind das Finanzministerium und das Ministerium für Investitionen und Planung in Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsministerium. Dabei erfolgen die Zuteilungen nach der erwarteten Entwicklung der Ein- und Ausgaben und des Anteils der jeweiligen Provinzen an den gesamten Gesundheitsausgaben. Die einzelnen Ziele und Prioritäten des Gesundheitsministeriums in Bezug auf den Gesundheitssektor in den jeweiligen Gebieten bleiben dabei außer Acht. Neben eigenen Einnahmequellen erhalten die Distrikte den Großteil ihrer finanziellen Unterstützung von den Provinzen, die diese nach ihrem eigenen Ermessen zuteilen können und somit großen Einfluss auf die Gesundheitsversorgung ihrer Distrikte haben. Die Kommunen erhalten ebenfalls über die Provinzen, wenn überhaupt, einen sehr geringen Teil des Budgets und erhöhen ihre Einnahmen zusätzlich durch den Verkauf von Medikamenten. Die Provinzen müssen über ihre Ausgaben im Gesundheitssystem keinerlei Rechenschaft ablegen, was dazu führt, dass keine effiziente Allokation des Staatsbudgets im Bezug auf die vorliegende gesundheitliche Situation einzelner Provinzen möglich ist.²³⁵

Krankenversicherungen wurden in Vietnam erst 1992 eingeführt.²³⁶ Jeder staatlich Angestellte muss 1% seines Bruttogehaltes in die Versicherung einbezahlen, der Staat zahlt

²³⁰ Vgl. United Nations: *Health Care Financing for Viet Nam*, 2003, S. 4.

²³¹ Vgl. Fleßa, S., 2003, S. 340.

²³² Ebd.

²³³ Das staatliche Gesundheitsbudget beträgt etwa US\$ 5 pro Kopf und Jahr, was annähernd 5% des Staatshaushaltes ausmacht. Vgl. hierzu United Nations: *Health Care Financing for Viet Nam*, 2003, S. 6.

²³⁴ Vgl. Fleßa, S., 2003, S. 340.

²³⁵ Vgl. World Bank: *Vietnam – Growing Healthy: A review of Vietnams Health Sector*, 2001, S. 142ff.

²³⁶ Vgl. United Nations: *Health Care Financing for Viet Nam*, 2003, S. 8f.

das Doppelte. Im Krankheitsfall muss der Behandelte dann 20% der Kosten selbst tragen, den Rest übernimmt die Versicherung. 80% der Bevölkerung haben jedoch nur ein geringfügiges oder unregelmäßiges Einkommen, so dass die staatliche Krankenversicherung sie nicht erfasst.²³⁷

Einbindung des NAP im Gesundheitssystem

Die Struktur des NKADP auf den unterschiedlichen Verwaltungsebenen ist parallel zu der Struktur des Gesundheitssystems aufgebaut. Eine Zusammenarbeit und Koordination der verantwortlichen Organe ist hier unabdingbare Voraussetzung²³⁸, da es sich bei HIV/AIDS sowohl um ein medizinisches als auch um ein soziales Problem handelt.

Ausführung der NAP-Ziele in den Gesundheitszentren

Jede Gesundheitseinrichtung verfügt über eine AIDS-Abteilung, in der Beratung, Vorsorge, Kontrolle und Pflege durchgeführt werden sollen. Jedoch ist bei vielen Mitarbeitern das Wissen über die Krankheit zu gering, um eine ausreichende Betreuung zu gewährleisten. Die mangelnde Aufklärung über die Krankheit in Verbindung mit der aktuellen AIDS-Politik der Regierung führt zu Diskriminierung und Stigmatisierung von HIV/AIDS-Infizierten, selbst durch die Mitarbeiter von Gesundheitseinrichtungen. Aufgrund des Mangels an finanziellen Mitteln und Personal werden spezielle Ausbildungen für diese nur in einigen ausgewählten Provinzen durchgeführt.²³⁹

Der Zugang zu HIV-Tests ist in jeder Provinz möglich, da die Anonymität jedoch nicht immer gewährleistet ist, scheuen viele Menschen davor zurück, sich testen zu lassen. Zu stark ist die Angst vor Ausgrenzung bei einem positiven Ergebnis. Außerdem gibt es bei einem positiven Testergebnis für die allgemeine Bevölkerung keinen Zugang zu einer medikamentösen Therapie, da aufgrund eines Mangels an Medikamenten bisher lediglich medizinisches Personal behandelt wird. Die Qualität der Test-Verfahren ist zudem mangelhaft, was zu Fehlern in den Ergebnissen führen kann, die enorme soziale Folgen für eine Person nach sich ziehen.²⁴⁰

Bis 1999 war man sich der Notwendigkeit von Beratungen im Vor- und Nachfeld eines HIV- Tests nicht bewusst. Vor einem Test wurden Beratungen überhaupt nicht durchgeführt und nach einem Test nur im Falle eines positiven Ergebnisses. Erst im Jahre 2000 wurden vom AIDS-Büro nationale Richtlinien zum Aufbau eines Beratungsnetzwerkes verbunden

²³⁷ Vgl. Fleßa, S., 2003, S. 340.

²³⁸Vgl. Pham, B.S. et al. 2002, S. 92.

²³⁹Vgl. Ebd. S. 84.

²⁴⁰ Ebd., S. 51.

mit entsprechenden Dienstleistungen festgesetzt und in allen Provinzen implementiert. Im mittelfristigen Plan zur AIDS-Bekämpfung 2001-2005 wurde Beratung als eigenständiger Punkt geführt. Viele der im Gesundheitswesen Tätigen sind jedoch immer noch der Meinung, Beratung sei unnötig und ineffektiv. Das Budget ist sehr gering, so dass das Programm nicht genug Berater mit angemessenen Fähigkeiten hat.²⁴¹

Erst seit 1999 ist die Behandlung von HIV/AIDS-Kranken zu einer Komponente des NAP geworden. Obwohl es eine AIDS-Einheit in jeder Gesundheitseinrichtung geben soll, ist die medizinische Versorgung von AIDS-Kranken aufgrund qualitativer und quantitativer Mängel nur in den großen Städten zu erhalten.²⁴² Ein neues Projekt, das 2004 mit Unterstützung des Globalen Fonds und der WHO gestartet wurde, hat zum Ziel, die Behandlung von AIDS-Patienten um jährlich 10% zu erhöhen. Bis zum Jahr 2008 sollen es 100% sein.²⁴³

5.5. Fazit

Vietnam weist mit 0,28% im Vergleich zu anderen Entwicklungsländern immer noch eine relativ geringe HIV-Prävalenzrate auf. Doch befindet sich die Ausbreitung von HIV an dem kritischen Punkt, an dem sie droht vom Stadium einer konzentrierten Epidemie zu dem einer generalisierten überzugehen. Motor dieser Entwicklung ist vor allem die Verquickung von intravenösem Drogengebrauch und Prostitution. Intravenöse Drogengebraucher nehmen häufig sexuelle Dienstleistungen in Anspruch und weibliche Drogengebraucher finanzieren sich ihre Sucht oftmals über Prostitution. Erschwerend kommt hinzu, dass der Besuch von Prostituierten ein weitverbreitetes Phänomen ist, so hat z.B. eine Studie in Hanoi ergeben, dass dort mehr als 60% aller Ehemänner vor- oder außerehelichen Sex haben und dieses oft mit Prostituierten und ungeschützt.²⁴⁴ Sie tragen das Virus in die Allgemeinbevölkerung, indem sie durch ungeschützten Sexualverkehr ihre Ehefrauen und andere Sexualpartnerinnen anstecken. Spezifische Interventionen bei den besonders gefährdeten Gruppen werden zudem erschwert durch den illegalen Status, den sowohl Prostituierte als auch intravenöse Drogengebraucher haben oder durch eine gleichgültige Haltung, wie z.B. den MSM gegenüber. Die stark stigmatisierend wirkende Kampagne der Regierung gegen sogenannte „soziale Übel“ steht effektiven Interventionen ebenfalls im Wege.

²⁴¹ Ebd., S. 51.

²⁴² Vgl. Socialist Republic of Vietnam: *Country Report on Follow-up to the Declaration of Commitment on HIV/AIDS (UNGASS)*, 2003, S. 10.

²⁴³ *Vietnam Adjusts Approach to Fighting HIV/AIDS*, 17.12.2003, <http://archives.hst.org.za/sea-aids/msg00961.html> (abgerufen am 28.04.2004).

²⁴⁴ Vgl. Blanc, M.-E.; Nguyen, M.T.; Vu, T.H.: 2002.

Ein strukturelles Problem bei der HIV/AIDS-Bekämpfung liegt in der schlechten Datenlage über HIV-Infektionen in Vietnam. Bedenkt man beispielsweise, dass IDGs 57% aller HIV-Infizierten ausmachen, so liegt die Vermutung nahe, dass ein großer Teil der zur Statistikerhebung herangezogenen Tests aus Rehabilitationszentren für IDGs und Prostituierte, aus Gefängnissen und vom Militär stammt. Andere Risikogruppen wie z.B. MSM werden bei der Datenerhebung nach wie vor ignoriert. Nichtsdestotrotz zeigt sich heute an der Vielzahl der Maßnahmen, die in großem Umfang auch vom Ausland unterstützt werden, dass Vietnam neben den eigenen Maßnahmen auch bereit scheint, technische Hilfe von außen anzunehmen.

6. Projekte in Vietnam

Die großen Geldgeber der HIV/AIDS-Bekämpfung und ihre Arbeitsbereiche

Zu den großen Geldgebern bei der HIV/AIDS-Bekämpfung in Vietnam gehören der Globale Fonds, Stiftungen, Regierungsorganisationen (ROs) und Nichtregierungsorganisationen (NROs), die sich auf bilateraler oder multilateraler Ebene für die Bekämpfung von HIV/AIDS einsetzen.

Betrachtet man zunächst die multilateralen Organisationen, so ist der Globale Fonds zur AIDS-, Tuberkulose- und Malariabekämpfung (GFATM) sicherlich als wichtigster Geldgeber zu nennen. Durch die vom 5.9.2003 unterzeichnete Vereinbarung gewährte der GFATM Vietnam für die nächsten 2 Jahre 7.5 Mio. US\$ zur Bekämpfung von HIV/AIDS. Die Gelder aus Zuschüssen des GFATM sollen vor allem zur Implementierung eines HIV/AIDS-Bekämpfungsplanes in 20 ausgewählten Städten und Provinzen mit hoher Prävalenz genutzt werden. Der Schwerpunkt des Programms liegt mehr auf der Behandlung von HIV und AIDS als auf Präventionsbemühungen, so ist vor allem der Ausbau von Untersuchungs- und Testungsmöglichkeiten, die Verbesserung der Krankenhausbehandlung, der medizinischen Behandlung auf Kommunalebene, sowie der Prävention von Mutter-Kind Übertragungen geplant. Bisher hat Vietnam ca. vier Millionen US\$ von den gewährten Zuschüssen erhalten.²⁴⁵

Andere bedeutende Organisationen der multilateralen Hilfe sind die UN-Organisationen wie z.B. UNAIDS und die WHO. UNAIDS koordiniert zum einen alle AIDS-bezogenen Aktivitäten, die von UN-Organisationen durchgeführt werden und unterstützt zum anderen die Regierungen bei der Entwicklung und Durchführung von Strategien zur AIDS-

²⁴⁵ Vgl. Global Fund: *Portfolio of Grants in Vietnam*, <http://www.theglobalfund.org/search/portfolio.aspx?lang=en&countryID=VTN> (abgerufen am: 13.01.05).

Bekämpfung.²⁴⁶ Die WHO gewährt vietnamesischen staatlichen Organisationen ebenfalls finanzielle Unterstützung für die Durchführung von Projekten, vor allem auf Zentral- oder Provinzebene.²⁴⁷

Eine eher untergeordnete Rolle spielen die Asiatische Entwicklungsbank (ADB) und die Weltbank, die eher überregionale Projekte finanzieren. Eine neue Finanzierungsquelle stellt das kürzlich ausgerufenen Notfallprogramm Präsident Bush's zur AIDS-Hilfe (PEPFAR) dar, das in den folgenden Jahren 15 Mrd. US\$ für die fünfzehn am stärksten betroffenen Entwicklungsländer zur Verfügung stellen will.²⁴⁸ Diesem Programm werden jedoch von vielen Seiten Vorbehalte entgegen gebracht. Die Präventionsarbeit, die nur einen Anteil von 20% ausmacht, wird nicht nur in den Hintergrund gedrängt, sondern hat in ihren Schwerpunkt in Programmen zur sexuellen Enthaltbarkeit. Für diese Programme sind ca. 1/3 der Gelder für Präventionsarbeit vorgesehen.²⁴⁹ An den Erhalt der Gelder sind Bedingungen geknüpft, die bereits erreichte Fortschritte wieder zunichte machen können. So müssen sich beispielsweise am Programm beteiligte Staaten von jeglicher Form einer Legalisierung der Prostitution distanzieren, was die Präventionsarbeit in diesem Bereich blockiert.²⁵⁰

Andere ROs und NROs führen ihre Projekte oft auf lokaler oder Provinzebene durch und wenden sich damit meist direkt an die Bevölkerung. Zu nennen sind hier z.B. USAID, AusAID, die GTZ sowie Care International, Worldvision International, Family Health International und andere. Aufgrund der Vielzahl der Organisationen würde eine Auflistung und konkretere Beschreibung ihrer jeweiligen Aktivitäten den Rahmen dieser Arbeit sprengen.

6.1. Drei lokale Projekte als Beispiel zur HIV/AIDS Bekämpfung

Im folgenden wird ein kurzer und angesichts der komplexen Projektstruktur in Vietnam sicherlich auch unvollständiger Überblick über bereits bestehende HIV/AIDS-Projekte gegeben. Besonders herausgestellt werden drei Projekte, die in der Vergangenheit erfolgreich durchgeführt wurden und vor allem dadurch beeindrucken, dass sie spezifische vietnamesi-

²⁴⁶ UNAIDS: *A joint response to HIV/AIDS*, S. 5.

http://www.unaids.org/NetTools/Misc/DocInfo.aspx?LANG=en&href=http://gva-doc-owl/WEBcontent/Documents/pub/Publications/IRC-pub05/JC1018-JointResp_en.pdf (abgerufen am 02.01.2005).

²⁴⁷ WHO Vietnam Country Office: *WHO Country Cooperation Strategy 2003-2006 Vietnam*, S. 7.

http://www.who.int/countries/en/cooperation_strategy_vnm_en.pdf (abgerufen am 02.01.2005).

²⁴⁸ Vgl. US Department of State: *The President's Emergency Plan for AIDS Relief (PEPFAR)*, 2004, S.3 , <http://www.state.gov/documents/organization/29831.pdf> (abgerufen am 08.01.05).

²⁴⁹ Ebd. S.66.

²⁵⁰ Ebd. S.65.

sche Gegebenheiten angemessen berücksichtigt haben. Komponenten dieser Projekte wurden übernommen und in eine vorläufige Projektidee integriert.

World Vision Australia: National Highway One - Developing Community Responses to HIV/AIDS Project

Das von 1997 bis 2000 in Da Nang-Stadt und den Provinzen Quang Nam, Thua Thien Hue und Quang Tri durchgeführte "National Highway One" Projekt richtete sich in erster Linie an Bus- und Lastwagenfahrer auf dem Highway One und in einem zweiten Schritt auch an arme Frauen in den Dörfern entlang des Highways, die häufig als Prostituierte an den Rastplätzen an dieser Straße arbeiten.²⁵¹ Ziel des Projektes war es, die HIV-Übertragungsrate in Da Nang Stadt und den drei Provinzen zu senken und das Bewusstsein für HIV/AIDS in der Zielgruppe zu erhöhen. AusAID finanzierte das Projekt und World Vision Vietnam führte es in Zusammenarbeit mit dem Zentrum für präventive Medizin und der Frauenunion durch.

Das Projekt kann grob in zwei Phasen unterteilt werden. In einer ersten Phase wurden Studien unter Bus- und LKW-Fahrern und Frauen durchgeführt, auf deren Basis zusammen mit Fernfahrern und der Frauenunion geschlechtsspezifisches Aufklärungsmaterial für die beiden Zielgruppen entwickelt wurde. In einer zweiten Phase wurden erfolgreich männliche und weibliche Peer-Aufklärer ausgebildet, die mit Hilfe des in der ersten Phase entwickelten Materials unter den Bus- und LKW-Fahrern sowie unter den armen Frauen Aufklärung über HIV/AIDS betrieben. Zu den Peer-Aufklärern gehörten neben Personen aus den Zielgruppen auch Mitarbeiter von Restaurants, Bars und Tankstellen entlang des Highways.²⁵²

Aufgrund der Erfolge, die man bei der Ausbildung von Freiwilligen zu Peer-Aufklärern erzielte, führte man 2001 ein ähnliches Projekt in Hai Phong durch. Da man hierbei die Erfahrungen aus dem vorangegangenen Projekt nutzte, konnte dieses Projekt schneller implementiert werden. Außerdem gelang es in diesem Nachfolgeprojekt, die Zielgruppe auf Fernfahrer, Seefahrer, Busfahrer, Frauen im Dienstleistungsgewerbe und Prostituierte auszuweiten und einen flächendeckenden Charakter zu erlangen.²⁵³

²⁵¹ Die Erkenntnis, dass viele arme Frauen entlang des Highways als Prostituierte arbeiten, wurde aus einem zuvor von der Frauenunion durchgeführten Projekt gewonnen. vgl. Mwesigye, Deo et al., 2000, S.115.

²⁵² Mwesigye, Deo et al., 2000, S.115f.; vgl. auch: AusAID: *Facing the Global Challenge, HIV/AIDS, Vietnam* <http://www.globaleducation.edna.edu.au/globaled/page433.html> (abgerufen am: 11.01.2005).

²⁵³ World Vision Vietnam: *Mobile Populations and STI/HIV Vulnerability*. http://www.worldvisionvietnam.org/Project_Summary/project_summary.html (abgerufen am 20.06.2004) sowie: World Vision Vietnam: *Mid-Term Evaluation Report*. <http://www.worldvisionvietnam.org/Resources/Reports/Mid-Term/mid-term.html> (abgerufen am 20.06.2004).

Family Health International (FHI): Men's Intervention: Peer-Education by Barbers and Shoeshine Boys

Das Projekt wurde im Februar 2001 zunächst in Hai Phong, der Stadt mit der dritthöchsten Prävalenzrate Vietnams, implementiert und 2002 auf die Provinzen Quang Ninh und Hanoi ausgedehnt. Mit dem Projekt soll die Allgemeinbevölkerung angesprochen werden, wobei der Projektschwerpunkt in der HIV/AIDS Aufklärung der männlichen Bevölkerung liegt, da im Jahr 2002 85% der HIV-Infizierten männlich waren.²⁵⁴ Mit dem Projekt soll Männern ein verantwortungsvolles sexuelles Verhalten vermittelt und somit das Risiko einer HIV-Infizierung gesenkt werden.

Durchgeführt wird das Projekt von Straßenfriseuren und Schuhputzern, die regelmäßig von vietnamesischen Männern aufgesucht werden und somit leicht mit der männlichen Bevölkerung in Kontakt treten können. Während sie die Haare schneiden, sollen die Friseure im Kundengespräch über HIV/AIDS informieren. Des Weiteren sollen die Friseure und Schuhputzer Informationsmaterial über HIV/AIDS verteilen und die Männer über ihr Risikoverhalten aufklären.²⁵⁵ Die Friseure und Schuhputzer werden in einem eintägigen Training, das nach einer ersten Praxisphase wiederholt wird, von FHI-Mitarbeitern, Angestellten der AIDS-Büros auf Provinzebene und fachärztlichen Beratern zu Peer-Aufklärern ausgebildet.²⁵⁶

Im Verlauf des Projekts wurden bis September 2002 65 Friseure ausgebildet. Diese erreichten über 55 000 Kunden und verteilten knapp 30 000 Informationsbroschüren. Außerdem sind durch die Arbeit der Friseure Kondome, von denen ca. 6000 verkauft wurden, zugänglicher geworden. Über die Aufklärungsarbeit der Straßenfriseure und Schuhputzer wurde in den Medien positiv berichtet, wodurch das Projekt in der Öffentlichkeit sehr bekannt wurde und damit höhere Wirksamkeit erreichte. Die Berichterstattung in den Massenmedien hat außerdem zu einer öffentlichen Aufwertung der Schuhputzer und Straßenfriseure geführt, was ihrer Arbeit zugute kam. Die Peer-Aufklärer erreichten sowohl Migranten als auch die Bevölkerung vor Ort und schufen ein positives Image für verantwortungsvolles sexuelles Verhalten unter Männern.²⁵⁷

²⁵⁴ Vgl. Family Health International (FHI) Vietnam: *Men's Interventions, Peer Education by Barbers and Shoeshine Boys*, S.1.

<http://www.fhi.org/NR/rdonlyres/ecdpbbmac4pa2dx7pellvbxtyhmyvkn5xbewaoivkuelwd4z46pbpk5wd43jhd4glpjgwxzas4bidh/vietnamflyer9.pdf> (abgerufen am 02.02.2005).

²⁵⁵ Ebd. S.2.

²⁵⁶ Vgl. USAID: *Success Stories, Vietnamese Barbers Serve as Unlikely Messengers*, USAID Bureau for Global Health, http://www.usaid.gov/our_work/global_health/aids/News/successpdfs/vietnamstory2.pdf (abgerufen am 02.02.2005), S.1.

²⁵⁷ Vgl. Family Health International (FHI) Vietnam: *Men's Intervention, Peer Education by Barbers and Shoeshine Boys*, S.4.

HEKS: Aids-Verhütung mit Aufklärung und Kondomen

Das Mitte der 90er Jahre ins Leben gerufene Projekt des Hilfswerks der evangelischen Kirchen der Schweiz (HEKS) wendet sich vor allem an Drogengebraucher und Prostituierte, will aber auch unter der Allgemeinbevölkerung das Bewusstsein für die HIV/AIDS-Problematik stärken. Zusammen mit der Partnerorganisation "Fraternité Europe-Asie" wurde im Hafenviertel von Ho Chi Minh-Stadt das "Café de Confiance" als Anlaufstelle für Drogengebraucher und Prostituierte sowie andere Betroffene eröffnet. Einige Besucher haben sich inzwischen in Selbsthilfegruppen organisiert und treffen sich regelmäßig im Cafe. Im Cafe werden Spritzen und Kondome verteilt, anonyme Bluttests durchgeführt und medizinische Betreuung angeboten. In dem kleinen Krankenzimmer des Cafes können auch AIDS-Kranke unter Aufsicht einer Ärztin notfallversorgt werden.

Die Mitarbeiter des Projektes sind ehemalige Drogengebraucher und Prostituierte. Sie arbeiten nicht nur im Cafe, sondern verteilen auch direkt bei den Risikogruppen Spritzen und Kondome oder leisten zusammen mit Musikbands Aufklärung in Schulen, Parks und anderen öffentlichen Plätzen. Neben der reinen Aufklärungsarbeit führen sie auch leichte Pflegearbeiten für AIDS-Kranke aus. Da sie selber den Risikogruppen angehörten, sind die Mitarbeiter des Projektes bei der betroffenen Bevölkerung sehr gut akzeptiert.²⁵⁸ Auch die Behörden akzeptieren das Projekt inzwischen nicht nur, sondern unterstützen es sogar finanziell. Der Erfolg dieses Projektes zeigt sich auch darin, dass seit der Eröffnung des ersten Cafes drei weitere nach dem Modell des ersten in Ho Chi Minh-Stadt entstanden sind.²⁵⁹

7. Projektvorschlag

Das Bia Hoi-Projekt

Angesichts der oben dargestellten Problemlage haben sich die Autoren entschieden, ein HIV-Präventionsprojekt zu entwerfen, das sich an Kunden von Prostituierten in Vietnam wendet. Da die HIV-Epidemie droht, sich auch in der Allgemeinbevölkerung zu verbreiten, sollte der Schwerpunkt der HIV/AIDS Bekämpfung im Bereich der Präventionsarbeit liegen. Durch gezielte Aufklärungsarbeit und Maßnahmen zur Steigerung der

²⁵⁸ Vgl. Hilfswerk der Evangelischen Kirchen Schweiz (HEKS): *Projekte im Ausland, Vietnam, Ho Chi Minh Stadt. Aids-Verhütung mit Aufklärung und Kondomen*. http://www.heks.ch/pls/heks/projectdb.detail?connection_id=-1&iid=708780&iregion=3900&ikeyword=-1&ipage=1 (abgerufen am 02.02.2005).

²⁵⁹ Vgl. *Vietnam's Drugs and AIDS Epidemic*. <http://news.bbc.co.uk/1/hi/world/asia-pacific/779487.stm> (abgerufen am 28.04.2004).

Kondomverwendung soll die Diskussion über geschützten Geschlechtsverkehr gefördert werden und somit das Risikoverhalten der Zielgruppe verändert werden.

Zielgruppe

Da ungeschützter Sex zwischen Prostituierten und ihren Klienten einer Verbreitung von HIV/AIDS auch unter der Allgemeinbevölkerung massiv Vorschub leistet, stellt der Bereich der Prostitution einen guten Ansatzpunkt dar. Allerdings ist die direkte Arbeit mit Prostituierten problematisch, da Prostitution zum einen nach wie vor illegal ist und außerdem zumeist der Kunde entscheidet, ob beim Geschlechtsverkehr ein Kondom verwendet wird oder nicht. Aus diesem Grund wollen wir uns mit unserem Projekt an die Kunden der Prostituierten als Zielgruppe wenden.

Zielort

Ein geeigneter Ort, um die Zielgruppe zu erreichen, wäre das *Bia Hoi*. Wörtlich übersetzt bedeutet *Bia Hoi* "Bier vom Fass", tatsächlich meint es hier jedoch einen einfachen, überdachten Biergarten im Freien, der mit kleinen Plastikhockern und -tischen ausgestattet ist. Je nach Größe finden ca. 20-200 Gäste in einem Bia Hoi Platz. Die Vorteile des Bia Hois liegen darin, dass sie von allen Bevölkerungsschichten gut besucht werden und in der Regel reine Männertreffs sind. Um möglichst viele Kunden von Prostituierten zu erreichen, empfiehlt es sich sowohl Bia Hois, die in einer Großstadt liegen als auch an Nationalstraßen gelegene Bia Hois auszuwählen. In Großstädten befinden sich viele Bia Hois in unmittelbarer Nähe zu Sexetablissemments wie Karaokebars, Massagesalons und sogenannten Herrenfriseuren. Bia Hois entlang der Nationalstraßen stellen Treffpunkte für die mobile Bevölkerung dar.

Maßnahmen

Um eine Veränderung des Risikoverhaltens bei der Zielgruppe zu erreichen, ist es zuerst erforderlich, Freiwillige zu finden, die zu Peer-Aufklärern ausgebildet werden können. In Zusammenarbeit mit diesen sollte Aufklärungsmaterial entworfen werden, das an die Gäste des Bia Hois verteilt wird. Neben dem Verteilen von Informations- und Aufklärungsmaterial sollen die Peer- Aufklärer an Infoständen über HIV-Übertragungswege aufklären, die Benutzung von Kondomen erklären und für die Nutzung von Kondomen werben. Außerdem stellt das Bia Hoi mit seiner ungezwungenen Atmosphäre einen guten

Schauplatz für die Aufführung eines Straßentheaters mit HIV/AIDS-Thematik dar. Somit kann das Verständnis für die HIV/AIDS-Problematik gefördert werden und die Diskussion unter den Männern angeregt werden. Wie die Erfahrungen aus anderen Projekten zeigen, ist es auch hier nötig, die Massenmedien einzubeziehen, um die Wirksamkeit des Projektes zu steigern.

Kooperationspartner

Um allgemein Projekte in Vietnam durchführen zu können, verlangt die vietnamesische Regierung von ausländischen NROs eine Zusammenarbeit mit inländischen Partnerorganisationen. Als Kooperationspartner können zum einen die großen Massenorganisationen wie die Frauenunion oder die Jugendunion fungieren, aber zum anderen auch lokale NROs wie das Vietnamesische Rote Kreuz.²⁶⁰ Bei der Implementierung von Projekten auf lokaler Ebene sind die Massenorganisationen von besonderer Bedeutung, da sie bereits Erfahrungen bei der Mitgestaltung von Projekten sammeln konnten und sie ihre Mitglieder aus der Allgemeinbevölkerung rekrutieren.

Ein weiterer zu berücksichtigender Faktor ist, dass die Projektaktivitäten eng mit den lokalen Behörden abgesprochen sein müssen, um Schwierigkeiten mit der Regierung zu vermeiden. Für eine Umsetzung des Bia Hoi-Projektes können die medizinischen Zentren auf Provinzebene sowie die AIDS- Büros auf Provinzebene fungieren. Beide haben in der Vergangenheit bereits mehrmals Räumlichkeiten und Personal zur Ausbildung von Peer-Aufklärern zur Verfügung gestellt. Außerdem sollen die Massenorganisationen, v.a. die Jugendunion einbezogen werden.

Mit ihrer ungezwungenen Atmosphäre und ihrer rein männlichen Umgebung bieten Bia Hois einen Rahmen, in dem es leicht fällt, sexuelle Themen aufzugreifen. Da die Peer-Aufklärer aus einem ähnlichen gesellschaftlichen Umfeld wie die Bia Hoi-Besucher stammen, ist davon auszugehen, dass ihre Aufklärungsarbeit schnell akzeptiert wird. Durch die Diskussionen, die von den Peer-Aufklärern angeregt werden und durch das von ihnen verteilte Aufklärungsmaterial kann das Wissen über HIV/AIDS unter den Männern gesteigert werden, was zu einer erhöhten Bereitschaft der Männer zu verantwortungsvollem sexuellem Verhalten führen kann.

²⁶⁰ Suzuki, C., 2002, S. 149.

8. Literaturverzeichnis

- AusAID: Facing the Global Challenge, HIV/AIDS, Vietnam. AusAID, Global Education Program. <http://www.globaleducation.edna.edu.au/globaled/page433.html> (abgerufen am 11.01.2005).
- BBC-News: Vietnams Drugs and AIDS Epidemic. <http://news.bbc.co.uk/1/hi/world/asia-pacific/779487.stm> (abgerufen am 28.04.2004).
- Blanc, Marie-Eve; Nguyen, Minh Thang; Vu, Thu Huong: Male Behaviours, HIV/AIDS/STI Risk and Condom Use in Hanoi. Presentation at the XIV International Conference on AIDS, Barcelona, 2002. <http://www.unaids.org.vn/resource/topic/gender/malebehaviourhanoi.ppt> (abgerufen am 14.08.2004).
- Chantavanich, Supang: Mobility and HIV/AIDS in the Greater Mekong Subregion. ADB, UNDP und Asian Research Centre for Migration, Chulalongkorn University, Bangkok, 2000.
- Chung, A; Kane, Thomas T. (Hrsg.): HIV/AIDS Behavioural Surveillance Survey Vietnam, 2000. Hanoi 2001.
- Dam, Mai: Uy Ban Quoc Gia Phong Chong AIDS va Phong Chong Te Nan Ma Tuy: HIV/AIDS o Viet Nam den nam 2010 va tam nhin 2020, Hanoi, 2004.
- Dang, Nguyen Anh, Goldstein, Sidney; McNally, James.W.: Internal migration and development in Vietnam. In: International Migration Review 31(2), 1997, S.312-337.
- Dang, Nguyen Anh; Tacoli, Cecilia; Hoang, Xuan Thanh: Migration in Vietnam. A Review of Information on Current Trends and Patterns and their Policy Implications. Paper prepared for the Regional Conference on Migration, Development and Pro-poor Policy Choices in Asia. 22-24 June 2003, Dhaka, Bangladesh. http://www.livelihoods.org/hot_topics/docs/Dhaka_CP_7.pdf (abgerufen am 02.02.2005).
- Dao, Quang Vinh: A Qualitative Study on HIV Risk Among Injecting Drug Users in Vietnam: Reasons for Sharing Syringes and Needles, Master Thesis, University of Amsterdam, Amsterdam 2002. <http://www.undp.org.vn/projects/vie98006/Druguse%5CDUHNShar.pdf> (abgerufen am 02.02.2005).
- Derks, Annuska: Combating Trafficking in South-East Asia. A Review of Policy and Programme Responses. Migration Research Series 2. IOM, Genf 2000. <http://www.iom.int/iomwebsite/Publication/ServletSearchPublication?event=detail&id=455> (abgerufen 02.02.2005).
- Doussantousse, Serge.; Tooke, L.: Women Involved in Prostitution in Viet Nam – A Hanoi Snapshot, Hanoi, 2002. <http://www.undp.org.vn/projects/vie98006/RSex.htm> (abgerufen am 02.02.2005).
- Doussantousse, Serge; Nguyen, Thi Ngoc Anh; Tooke, L.: Synopsis of Men Engaged in Having Sex with Men in Viet Nam – A Hanoi Snapshot, Hanoi, 2002. <http://www.unaids.org.vn/resource/topic/msm/msmhanoi.doc> (abgerufen am 02.02.2005).
- Elmer, Laurel: HIV/AIDS Intervention Data on Commercial Sex Workers in Vietnam: A Review of Recent Research Findings, Hanoi, 2001.
- FHI Vietnam: Men's Interventions, Peer Education by Barbers and Shoeshine Boys, Hai Phong, Quang Ninh and Ha Noi Provinces. Hanoi. http://www.fhi.org/NR/rdonlyres/ecdpbbmac4pa2dx7pellvbxyhmyvkn5xbewaoivkuelw_d4z46pbpk5wd43jhd4glpjqwxzas4bidh/vietnamflyer9.pdf (abgerufen am 02.02.2005).
- Fléßa, Steffen: Gesundheit und Gesundheitswesen in Vietnam. In: Gesundheitswesen 2003, Nr. 65, Stuttgart, 2003, S. 336-342.

- Frehner, Willibold; Winklbauer, Milena: Vietnam auf dem Weg zu einem rechtsstaatlichen Aufbau. Konrad-Adenauer-Stiftung, Hanoi, 2003.
http://www.kas.de/publikationen/2003/3663_dokument.html (abgerufen am 02.02.2005).
- Glewwe, Paul; Litvack, Jenny: Provision of Health Care and Education in Transitional Asia: Key Issues and Lessons from Vietnam, United Nations University; World Institute for Development Economics Research (UNU/WIDER), Working Paper No.147, Helsinki, 1998.
- Global Fund: Portfolio of Grants in Vietnam,
<http://www.theglobalfund.org/search/portfolio.aspx?lang=en&countryID=VTN>
 (abgerufen am: 13.01.05).
- HEKS: Projekte im Ausland, Vietnam, Ho Chi Minh Stadt. AIDS-Verhütung mit Aufklärung und Kondomen.
http://www.heks.ch/pls/heks/projectdb.detail?connection_id=-1&iid=708780&iiregion=3900&ikeyword=-1&ipage=1 (entnommen am 02.02.2005).
- Khuat, Thu Hong; Nguyen, Thi Van Anh; Ogden, Jessica: Understanding HIV and AIDS-related Stigma and Discrimination in Vietnam. International Center for Research on Women, Washington, und Institute for Social Development Studies, Hanoi 2004.
http://www.icrw.org/docs/vietnamstigma_0204.pdf (abgerufen am 02.02.2005).
- Mwesigye, Deo et al.: Assisting Local Communities, Evaluation of Government Funded NGO Projects in Vietnam, AusAID Quality Assurance Series No.18 March 2000.
<http://unpan1.un.org/intradoc/groups/public/documents/APCITY/UNPAN008163.pdf>
 (abgerufen 02.02.2005).
- Nguyen, Duy Tung; Nguyen, Truong Son; Nguyen, The Trung, Population Mobility, Prostitution and Factors Related to HIV Transmission on Vietnam's Main Transportation Routes. National AIDS Standing Bureau, Hanoi 2000.
<http://www.unaids.org.vn/resource/topic/mobilepop/mobilecswvietnam.doc> (abgerufen am 02.02.2005).
- Nguyen, Hoang Bao et al.: Internal Migration. In: Haughton, Dominique et al.(Hrsg.): Health and Wealth in Vietnam: An Analysis of Household Living Standards. Institute of Southeast Asian Studies, Singapore, 1999.
- Nguyen, Tran Hien et al.: HIV Monitoring in Vietnam: System, Methodology and Results of Sentinel Surveillance. UNDP, Hanoi 2002.
<http://www.undp.org.vn/projects/vie98006/surveill%5CSentiVN.doc> (abgerufen am 6.5.2004).
- Pham Bich San, et al.: Report Evaluation of the National AIDS Program January 96 – June 2001 in Vietnam. UNDP; NASB, AusAID, Hanoi, 2002.
<http://www.unaids.org.vn/resource/topic/evaluation/evalnap1996-2001.pdf> (abgerufen am 07.05.2004).
- Population Reference Bureau: 2004 World Population Data Sheet.
<http://www.prb.org/wpds> (abgerufen am 16.08.2004).
- Segall, Malcolm et al: Health Care Seeking by the Poor in Transitional Economies: The Case of Vietnam, IDS (Institute of Development Studies) Research Report 43, Brighton, 2000.
- Socialist Republic of Vietnam: Country Report on Follow-up to the Declaration of Commitment on HIV/AIDS, Hanoi 2003.
http://www.unaids.org/NetTools/Misc/DocInfo.aspx?LANG=en&href=http%3a%2f%2fgva-doc-owl%2fWEBcontent%2fDocuments%2fpub%2fTopics%2fUNGASS2003%2fAsia-Pacific%2fViet_Nam_UNGASSreport_2003_en%26%2346%3bpdf (abgerufen am 01.02.2005).
- Suzuki, Chizuko: Vietnam. Control of NGOs by NGOs. In: Shigetomi, Shinichi (Hrsg.): The State and NGOs. Perspective from Asia., Singapur, 2002, S. 146-160.

- Tran, Trung Nam; Detels, Roger; Nguyen, Tran Hien; Hoang, Thuy Long; Pham, Thi Hoang Nga: Drug Use, Sexual Behaviours and Practices Among Female Sex Workers in Hanoi, Vietnam - A Qualitative Study, in: Journal of Drug Policy 15, 2004, S.189-195.
- Tran, Trung Nam; Detels, Roger; Nguyen, Tran Hien; Hoang, Thuy Long; Pham, Thi Hoang Nga: Drug Use, Sexual Behaviours and Practice Among Male Drug Users in Hanoi, Vietnam – A Qualitative Study, in: Journal of Drug Policy 15, 2004, S.182-188.
- Trang, Vu: Harm Reduction for Injecting Drug Users in Vietnam. A Situation Assessment. The Macfarlane Burnet Center for Medical Research and the Victorian Public Health Scheme, Melbourne 2001.
- Trivedi, Pravin K.; Hall, Wylie: Patterns of Health Care Utilization in Vietnam: Analysis of 1997-98 Vietnam Living Standards Survey Data. World Bank Publications, Sector Studies, 2001. http://econ.worldbank.org/files/11786_wps2775.pdf (abgerufen 02.02.2005).
- UNAIDS and IOM: Migration and AIDS. In: International Migration, 1998, 36(4), S. 445-68.
- UNAIDS. <http://www.unaids.org.vn/facts/mappingreport/report-map01.htm> (abgerufen 06.05.2004).
- UNAIDS: A joint response to HIV/AIDS. http://www.unaids.org/NetTools/Misc/DocInfo.aspx?LANG=en&href=http://gva-doc-owl/WEBcontent/Documents/pub/Publications/IRC-pub05/JC1018-JointResp_en.pdf (abgerufen am 02.01.2005).
- UNAIDS: <http://www.unaids.org.vn/resource/topic/mobilepop/mobilecswvietnam.doc> (abgerufen am 14.05.04)
- UNAIDS: Legal documentation on HIV/AIDS in Vietnam, 2000. <http://www.undp.org.vn/projects/vie98006/Strategy/Legaldocu.pdf> (abgerufen am 22.04.2004).
- UNAIDS: National and International Financing of the Response to HIV/AIDS in Vietnam. 2002. <http://www.undp.org.vn/projects/vie98006/surveill/Finan02.pdf> (abgerufen am 8.5.2004).
- UNAIDS: Population Mobility and AIDS. UNAIDS Technical update, 2001. http://www.thebody.com/unaids/pdfs/population_mobility.pdf (abgerufen am 02.01.2005).
- UNDP: Basic Facts about Vietnam. <http://www.undp.org.vn/undp/fact/base.htm> (abgerufen am 16.08.2004).
- UNDP: Viet Nam's Provincial Leaders Roll out New National HIV/AIDS Strategy. <http://www.undp.org.vn/undp/unews/mr/2004/eng/0507e.htm> (abgerufen am 21.08.2004).
- United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division: World Population Prospects, The 2002 Revision and World Urbanization Prospects, The 2001 Revision. <http://esa.un.org/unpp> (abgerufen am 04.01.2005).
- United Nations: Health Care Financing for Viet Nam, Discussion Paper Nr. 2, United Nations Country Team Vietnam, Hanoi, 2003. <http://www.un.org.vn/undocs/healthcare/HealthcareFinancing.pdf> (abgerufen am 02.02.2005).
- UNODC: Country Profile Vietnam, 2003. http://www.unodc.org/pdf/vietnam/country_profile_vietnam.pdf (abgerufen am 02.02.2005).
- US Department of State: The President's Emergency Plan for AIDS Relief (PEPFAR), Washington, 2004, <http://www.state.gov/documents/organization/29831.pdf> (abgerufen am 08.01.05).

- USAID: Country Profile Vietnam 2004.
http://www.synergyaids.com/Profiles_Web/Profiles_PDFs/Vietnam_profile_Apr2004.pdf
(abgerufen am 21.08.2004).
- USAID: Success Stories. Vietnamese Barbers Serve as Unlikely Messengers. USAID Bureau for Global Health, 2003.
http://www.usaid.gov/our_work/global_health/aids/News/successpdfs/vietnamstory2.pdf
(abgerufen am 02.02.2005).
- Vietnam's President visits HIV/AIDS Ward for first time. Associated Press, August 2004,
<http://www.aegis.com/news/ap/2004/AP040842.html>, <http://www.utopia-asia.com/aidsvie.htm> (abgerufen 02.02.2005).
- WHO Vietnam Country Office: WHO Country Cooperation Strategy 2003-2006 Vietnam.
http://www.who.int/countries/en/cooperation_strategy_vnm_en.pdf (abgerufen am 02.01.2005).
- Wolffers, Ivan; Kelly, Paula; Van der Kwaak, Anke: Sex Work in Times of AIDS, Caught between the Visible and the Invisible. In: Micollier, Evelyne (Hrsg): Sexual Cultures in East Asia. The Social Constriction of Sexuality and Sexual Risk in a Time of AIDS, London, 2004, 263-279.
- World Bank: Vietnam – Growing Healthy: A Review of Vietnams Health Sector; Joint Report of the Ministry of Health and a Donor Working-Group, Hanoi, 2001.
- World Vision Vietnam: Mid-Term Evaluation Report.
<http://www.worldvisionvietnam.org/Resources/Reports/Mid-Term/mid-term.html>
(abgerufen am 20.06.2004).
- World Vision Vietnam: Mobile Populations and STI/HIV Vulnerability.
http://www.worldvisionvietnam.org/Project_Summary/project_summary.html
(abgerufen am 20.06.2004).