



SCHWEIZERISCHE FLÜCHTLINGSHILFE

ORGANISATION SUISSE D'AIDE AUX RÉFUGIÉS

ORGANIZZAZIONE SVIZZERA AIUTO AI RIFUGIATI

SFH OSAR

Nigeria – Medizinische Versorgung von HIV/AIDS-PatientInnen

Gutachten der SFH-Länderanalyse

Fernanda Benz, Michael Kirschner,
SFH Länderanalyse

Bern, 23. März 2004

MONBIJOUSTRASSE 120 • POSTFACH 8154 • CH-3001 BERN
TEL 031 370 75 75 E-MAIL INFO@sfh-osar.ch
FAX 031 370 75 00 INTERNET <http://www.sfh-osar.ch>
PC-KONTO 30-16741-4 SPENDENKONTO PC 30-1085-7

MEMBER OF THE EUROPEAN COUNCIL ON REFUGEES AND EXILES  MITGLIED DER ZEW O



Einleitung

Die Anfrage vom 27.01.2004 an die Länderanalyse der SFH betrifft die medizinische Versorgungslage von HIV/AIDS-PatientInnen in Nigeria. Der Anfrage haben wir folgende Fragen entnommen:

1. Gibt es in Nigeria staatlich geförderte Programme zur Behandlung von HIV/AIDS-PatientInnen (Medikamentenabgabe, ärztliche Aufklärung und Betreuung)?
2. Welches sind die Voraussetzungen für einen Zugang zu solchen Programmen (Kosten, Wohnort, sozialer Status)?
3. Unter welchen Umständen ist es nach Auffassung der SFH zumutbar, als HIV/AIDS-Patient nach Nigeria zurückzukehren?
4. Muss bei der Beurteilung der Zumutbarkeit unterschieden werden zwischen HIV-Infizierten und AIDS-Erkrankten?

Eingangs möchten wir auf das Themenpapier zu Nigeria auf Ecoi.net (www.ecoi.net) verweisen. Die Schweizerische Flüchtlingshilfe SFH hat im Mai 2002 eine Lageanalyse zum Staatsaufbau, zur Sicherheitslage, zur wirtschaftlichen und sozialen Situation und zur Menschenrechtssituation in Nordnigeria publiziert. In der Vergangenheit hat die SFH immer wieder Stellung genommen zur Gefährdungslage sowie zur Rückkehrsituation von Einzelpersonen und Gruppen aus Nigeria.¹

Zu 1: Gibt es in Nigeria staatlich geförderte Programme zur Behandlung von HIV/AIDS-PatientInnen (Medikamentenabgabe, ärztliche Aufklärung und Betreuung)?

Die Zivilregierung unter Obasanjo hat gemäss Bericht von UK Home Office vom Oktober 2003 eine Reihe von Schritten unternommen, um die allgemeine staatliche Gesundheitsversorgung in Nigeria, die sich am Rande des Zusammenbruchs befand, zu verbessern.² Qualität und Zugang zu medizinischer Versorgung sind aber nach wie vor von der Zahlungsfähigkeit der PatientInnen abhängig. Die Einführung einer staatlichen Krankenversicherung oder Gesundheitsversorgung wurde ins Auge gefasst, muss jedoch noch im Detail ausgearbeitet werden. Laut einer Studie der Weltbank hat die Hälfte der nigerianischen Bevölkerung keinen Zugang zu primärer Gesundheitsversorgung. Ein Mangel an Geldern und Personal hat zu Verschlechterungen des Gesundheitssystems geführt, was wiederum viele Ärzte zu Abwanderung ins Ausland bewogen hat, wo sie bessere Bedingungen und Bezahlung erwarten können.

Im Jahre 2004 sind ungefähr 3.9 Millionen Personen in Nigeria mit HIV infiziert (Schätzungen variieren zwischen 5.8 Prozent bis 7 Prozent der nigerianischen - Bevölkerung).³ Bis jetzt soll es 2004 36'500 AIDS-Neu-Erkrankungen und 30'815

¹ vgl. Ali Arbia: Nordnigeria – Update, Schweizerische Flüchtlingshilfe, Mai 2002

² vgl. UK Home office, country report Nigeria, Oktober 2003

³ vgl. Integrated Regional Information Network (IRIN), Nigeria: AIDS treatment resumes as depleted drug stocks replaced, 12. März 2004

AIDS-Tote gegeben haben.⁴ Die Regierung Obasanjos hat es sich deshalb zu einer Hauptaufgabe gemacht, gegen AIDS und HIV vorzugehen und hat dafür Gelder von den USA, Grossbritannien und der Weltbank erhalten.⁵

Im April 2002 wurde ein staatliches Programm lanciert, mit dem in 25 Krankenhäusern und Gesundheitsstationen, die über das ganze Land verteilt sind, an 15'000 AIDS-Erkrankte (10'000 Erwachsene, 5000 Kinder) für weniger als 1 US Dollar pro Tag der jeweils benötigte Medikamenten-Cocktail verteilt werden soll. Die Regierung leistet Subventionen in der Höhe von ca. 80 Prozent der Kosten, wodurch die Medikamente statt 90 US Dollar (bis mehr als 100 US Dollar) nur 10 US Dollar (1'000 Naira) pro Monat kosten.⁶ Obwohl Nigeria zu den Ölproduzenten gehört, schätzen Geldgeber, dass ungefähr zwei Drittel der Bevölkerung von weniger als 1 US Dollar pro Tag leben.⁷

Zu 2: Welches sind die Voraussetzungen für einen Zugang zu solchen Programmen (Kosten, Wohnort, Sozialer Status)?

Im Juni 2002 ist die Nutzung des im April 2002 lancierten Programms durch die Bevölkerung noch eher gering gewesen, nur 800 Personen machten Gebrauch davon.⁸ Dies wird zum einen mit einer tiefsitzenden Stigmatisierung der Krankheit in Nigeria erklärt. Das staatliche Behandlungsschema bedingt, dass der HIV/AIDS-Status der Erkrankten nicht mehr geheim bleibt. Zum anderen müssen sich PatientInnen Tests unterziehen, damit die passende Medikamentenzusammensetzung bestimmt werden kann. Diese Untersuchungen kosten ungefähr 40 US Dollar, mit einer zusätzlicher Administrationsgebühr von 10 US Dollar (bis 20 US Dollar). In einem Land mit einem monatlichen Durchschnittseinkommen von weniger als 30 US Dollar können sich nur wenige diese Untersuchungen leisten. Des weiteren bedeuten 25 Zentren für ein Land von der Grösse Nigerias, dass viele Erkrankte einen weiten Weg auf sich nehmen und damit zusätzlich für Transportkosten aufkommen müssen.⁹ Human Rights Watch verweist darauf, dass besonders die Problematik der Geschlechterungleichheit in der AIDS-Bekämpfung berücksichtigt werden und für einen gleichberechtigten Zugang zu Behandlung für Frauen und Mädchen gesorgt werden muss.¹⁰

Das staatliche Gesundheitsministerium verkündete 2003, dass mittlerweile 0.24 Prozent der HIV-positiven Bevölkerung Zugang zu antiretroviralen Medikamenten habe.¹¹ Mittlerweile würden mindestens 12'000 Personen seit mehr als einem Jahr an dem im Jahre 2002 gestarteten staatlichen Programm teilnehmen.

⁴ vgl. Journalists against Aids, Estimates Updated Daily based on the 2001 National HIV/Syphilis Seroprevalence Survey conducted by the Federal Ministry of Health and the Futures Group AIM Model, Februar 2004.

⁵ vgl. Integrated Regional Information Network (IRIN), Nigeria: World Bank \$237 million for health, poverty reduction. 10. Juni 2002

⁶ vgl. ACCORD, Länderbericht Nigeria 2002

⁷ vgl. Integrated Regional Information Network (IRIN), Nigeria: AIDS treatment resumes as depleted drug stocks replaced, 12. März 2004

⁸ vgl. Integrated Regional Information Network (IRIN), Nigeria: Antiretroviral scheme draws poor response. 6. Juni 2002

⁹ Auskunft von einem durch die SFH angefragten Aids-Experten zu Nigeria, 24. Februar 2004.

¹⁰ vgl. Human Right Watch, Gender Inequality fuels AIDS crisis, 1. Dezember 2003; (vgl. auch UNAIDS.org, the global coalition on woman and aids, 2004)

¹¹ vgl. Federal Ministry of Health 2003: <http://www.nacanigeria.org/ARV.htm>

Im Januar 2004 wurde allerdings gemeldet, dass **seit September 2003 keine staatlich unterstützten Medikamente mehr zur Verfügung stehen würden.**¹² Bereits im Juni 2003 hätten einige Zentren keine Medikamente mehr liefern können, in den letzten drei Monaten seien allen Zentren – ausser dem Institute of Medical Research in Lagos – die Medikamente ausgegangen oder nur noch Medikamente mit abgelaufenem Verfallsdatum abgegeben worden.¹³ Zu diesem Stop des staatlichen Programmes kam es, weil die Regierung kein Geld mehr hatte für die Finanzierung der Medikamente. **Im Januar 2004 konnte die Regierung aber wieder Medikamente bestellen** und am 12. März 2004 verkündeten Sprecher des Gesundheitswesens, dass die ersten dieser bestellten Medikamente in den Zentren angekommen seien.¹⁴ Ärzte warnen davor, dass jeder Unterbruch in einer AIDS-Behandlung zu Resistenz gegenüber den antiretroviralen Medikamenten führen kann, was konkret bedeutet, dass der Virus mutiert und gegen das bisherige Medikament unempfindlich wird.¹⁵

Das staatliche Programm Nigerias hat sich zum Ziel gesetzt bis zum Jahre 2006 in allen Staaten Nigerias Zugang zu HIV/AIDS-Behandlungen zu ermöglichen. Nicht nur die Regierung Nigerias, auch die UNO und andere Geldgeber (z.B. Global Fund to Fight HIV/AIDS, Tuberculosis and Malaria) oder NGOs wie die Ärzte ohne Grenzen widmen sich der HIV/AIDS-Problematik in Nigeria und sorgen für erste Schritte in Richtung einer Verbesserung des schlechten Zugangs zu Behandlungsmöglichkeiten. Im März 2004 hat die nigerianische Regierung mit der ersten lokalen Produktion ARV-Medikamenten für Kinder begonnen.¹⁶

Wie aber aus obigen Ausführungen ersichtlich wird, ist der Zugang zu Medikamenten bei weitem nicht flächendeckend und nach wie vor abhängig von den finanziellen Voraussetzungen. So verweist eine in Nigeria arbeitende AIDS-Expertin darauf, dass die 25 Gesundheitszentren sehr beschränkte Kapazitäten aufweisen und die Alternative für HIV/AIDS-PatientInnen in Privat-Krankenhäusern besteht, die übersteuert sind.¹⁷ Die Mehrheit der PatientInnen geht deshalb zu AlternativmedizinerInnen, welche Heilung versprechen, den verzweifelten PatientInnen aber letztendlich nur Geld abnehmen. Bei der Rückführung eines HIV/AIDS-PatientInnen nach Nigeria besteht die Gefahr, dass sich sein Zustand verschlechtert, nicht nur weil er sich eine Behandlung nicht leisten kann, sondern auch weil ihm droht, von Angehörigen und Freunden verlassen und stigmatisiert zu werden wegen seiner Krankheit.

Zu 3: Unter welchen Umständen ist es nach Auffassung der SFH zumutbar, als HIV/AIDS-Patient nach Nigeria zurückzukehren?

Die SFH verweist auf das ARK-Urteil vom 25. September 2002, nach welchem die Wegweisung zumutbar ist, sofern die asylsuchende Person eine grundsätzlich gewährleistete medizinische Versorgung auch faktisch in Anspruch nehmen kann. Demnach muss die Finanzierung der Behandlung und der Zugang zur Behandlung möglich sein. In diesem Zusammen-

¹² vgl. BBC News, HIV/Aids drugs run out in Nigeria, 17. Januar 2004

¹³ vgl. Integrated Regional Information Network (IRIN), Nigeria: Over 14'000 on subsidised AIDS drugs run out of medication. 3. Februar 2004

¹⁴ vgl. Integrated Regional Information Network (IRIN), Nigeria: AIDS treatment resumes as depleted drug stocks replaced, 12. März 2004

¹⁵ vgl. The Boston Globe, HIV fight comes up short in Nigeria. Drugs running out at public clinics, 12. Dezember 2003

¹⁶ vgl. Integrated Regional Information Network (IRIN), Nigeria: AIDS treatment resumes as depleted drug stocks replaced, 12. März 2004

¹⁷ Auskunft von einer durch die SFH angefragten AIDS-Expertin in Nigeria, 8. März 2004

hang sind fehlende familiäre Strukturen und fehlende Erwerbsmöglichkeiten in Betracht zu ziehen.¹⁸

Zu 4: Muss bei der Beurteilung der Zumutbarkeit unterschieden werden zwischen HIV-Infizierten und AIDS-Kranken?

Gemäss Art. 3 der Europäischen Menschenrechtskonvention (EMRK) darf niemand der Folter oder unmenschlicher oder erniedrigender Strafe oder Behandlung unterworfen werden. Als unmenschlich gilt auch die Verweigerung einer notwendigen medizinischen Behandlung. Fehlt im Heimatland der Zugang zu einer angemessenen medizinischen Versorgung, kann auch für HIV-Positive die Wegweisung eine schwere Gefährdung des Lebens bedeuten. So kann das Absetzen einer antiretroviralen Therapie ein Fortschreiten der Krankheit und damit verbunden eine massive Verkürzung der Lebenserwartung zur Folge haben. Eine Person, die an einer schweren Krankheit leidet, darf nicht in einen Staat geschafft werden, in welchem die Krankheit nicht behandelt werden kann. Ist der Beweis erbracht, dass die notwendige medizinische Betreuung nicht gewährleistet ist und sich die Lebenserwartung bei einer Abschiebung weiter reduzieren würde, verletzt die Abschiebung Art. 3 EMRK.¹⁹

Für eine abschliessende Stellungnahme sind immer genaue Angaben über die Herkunft der MandantInnen nötig. Es bedarf ausserdem spezifischer Abklärungen im Einzelfall, um den unterschiedlichen Situationen in urbanen und ruralen Gebieten Rechnung zu tragen.

¹⁸ Siehe auch ARK-Urteil vom 25. September 2002, SFH Nr. 02/103

¹⁹ Entscheidung des EGMR D. c. Vereinigte Königreich vom 21. April 1997, Rep. 1997-III 777



SFH OSAR

SFH-Publikationen zu Nigeria und anderen Herkunftsländern von Flüchtlingen finden Sie unter www.fluechtlingshilfe.ch / Länder / Publikationen

Der Newsletter Länder-Recht informiert Sie über aktuelle Publikationen. Anmeldung unter www.fluechtlingshilfe.ch / Länder / Newsletter