

Internationale Arbeitskonferenz, 98. Tagung 2009

Bericht IV(1)

HIV/Aids und die Welt der Arbeit

Vierter Punkt der Tagesordnung

Internationales Arbeitsamt Genf

ISBN 978-92-2-720640-2
ISSN 0251-4095

Erste Auflage 2008

Die in Veröffentlichungen des IAA verwendeten, der Praxis der Vereinten Nationen entsprechenden Bezeichnungen sowie die Anordnung und Darstellung des Inhalts sind keinesfalls als eine Meinungsäußerung des Internationalen Arbeitsamtes hinsichtlich der Rechtsstellung irgendeines Landes, Gebietes oder Territoriums oder dessen Behörden oder hinsichtlich der Grenzen eines solchen Landes oder Gebietes aufzufassen.

Die Nennung von Firmen und gewerblichen Erzeugnissen und Verfahren bedeutet nicht, dass das Internationale Arbeitsamt sie billigt, und das Fehlen eines Hinweises auf eine bestimmte Firma oder ein bestimmtes Erzeugnis oder Verfahren ist nicht als Missbilligung aufzufassen.

Veröffentlichungen des IAA können bei größeren Buchhandlungen, den Zweigämtern des IAA in zahlreichen Ländern oder direkt beim Internationalen Arbeitsamt, ILO Publications, CH-1211 Genf 22, Schweiz, bestellt werden. Diese Stelle versendet auch kostenlos Kataloge oder Verzeichnisse neuer Veröffentlichungen.

Formatiert von TTG: Verweis:
Gedruckt im Internationalen Arbeitsamt, Genf, Schweiz

Inhaltsverzeichnis

	<i>Seite</i>
Verzeichnis häufiger Abkürzungen	v
Einleitung	1
Die Gründe für den Vorschlag einer neuen Empfehlung	1
Kapitel I HIV/Aids und die Welt der Arbeit	5
Globale und regionale Trends bei HIV/Aids	5
Trends in der Welt der Arbeit	7
Die Welt der Arbeit als Handlungsschwerpunkt	8
Die informelle Wirtschaft und HIV/AIDS	9
Internationale Maßnahmen gegen HIV/Aids	12
Globale Verpflichtungen	12
Aktivitäten des Gemeinsamen Programms der Vereinten Nationen für HIV/Aids (UNAIDS)	13
Die Aktivitäten der IAO	20
Veränderungen der internationalen Reaktionen	25
Ausweitung der Reaktion	27
Entwicklungen, die die Verabschiedung einer IAO-Empfehlung erforderlich machen.	28
Kapitel II Die wichtigsten Interventionsbereiche	31
Allgemeiner Zugang zu Prävention, Behandlung, Betreuung und Unterstützung	31
Mit HIV/Aids verbundene Menschenrechtsprobleme	32
Elemente des allgemeinen Zugangs	39
Allgemeiner Zugang zu Prävention	39
Allgemeiner Zugang zu Behandlung, Betreuung und Unterstützung	41
Einzel- und Reihenuntersuchungen und Vertraulichkeit	50
Formen und Modalitäten der HIV-Untersuchungen	52
Risiko und Gefährdung	54
Allgemeine soziale, wirtschaftliche und politische Faktoren	54
Verhalten und Risiko	61
Kapitel III Die Lage auf nationaler und regionaler Ebene	67
Gesetzgebung und Praxis auf nationaler Ebene	67
Allgemeine nationale Politiken und Strategien	69
Nationale Koordinierungsstellen	70
Annahme spezieller nationaler Maßnahmen	71

Aufnahme von Grundsätzen des praxisorientierten Leitfadens in das innerstaatliche Recht.....	74
Untersuchungen und Vertraulichkeit in der innerstaatlichen Gesetzgebung und Praxis.....	77
Ausnahmen vom Verbot der obligatorischen Untersuchungen.....	79
Vertraulichkeit.....	81
Offenlegung von HIV-Untersuchungsergebnissen	82
Gesetzgebung und Praxis auf regionaler Ebene	82
Antworten von Unternehmen.....	85
Die Rolle der dreigliedrigen Mitgliedsgruppen der IAO	87
Gemeinsame Erklärungen und Maßnahmen.....	87
Interventionen und Maßnahmen von Arbeitgeberverbänden.....	89
Interventionen und Maßnahmen von Arbeitnehmerverbänden.....	90
Kapitel IV Überlegungen zur vorgeschlagenen Empfehlung.....	95
Entwicklungen seit Annahme des Leitfadens der IAO	95
Form und Inhalt der Empfehlung.....	96
Mögliche Ansätze	96
Präambel	97
Geltungsbereich.....	97
Innerstaatliche Politik	97
Arbeitgeber und Arbeitnehmer	98
Folgemaßnahmen zur Empfehlung	98
Fragebogen.....	101
 Anhänge	
I. Ein praxisorientierter Leitfaden der IAO zu HIV/Aids in der Welt der Arbeit.....	121
II. Nicht erschöpfendes Verzeichnis nationaler HIV/Aids-Gesetze und -Politiken	153
III. Nationale HIV/Aids-Rechtsvorschriften und -Politiken	163

Verzeichnis häufiger Abkürzungen

AIDS	Erworbenes Immundefekt-Syndrom
APEC	Asiatisch-Pazifische Wirtschaftliche Zusammenarbeit
ARV	antiretroviral
AU	Afrikanische Union
CARICOM	Karibische Gemeinschaft
DWCP	Landesprogramm für menschenwürdige Arbeit
ECOWAS	Wirtschaftsgemeinschaft der westafrikanischen Staaten
EU	Europäische Union
GFATM	Globaler Fonds zur Bekämpfung von Aids, Tuberkulose und Malaria
HIV	Humanes Immundefekt-Virus
IBFG	Internationaler Bund Freier Gewerkschaften (fusioniert mit dem Weltverband der Arbeitnehmer (und acht weiteren Gewerkschaften) zum IGB)
IGB	Internationaler Gewerkschaftsbund (umfasst die Mitgliedsverbände des früheren IBFG und des WVA sowie acht nationale Gewerkschaftsverbände)
ICAO	Internationale Zivilluftfahrt-Organisation
IOE	Internationale Arbeitgeber-Organisation
IPEC	Internationales Programm für die Beseitigung der Kinderarbeit
NEPAD	Neue Partnerschaft für die Entwicklung Afrikas
PRSP	Strategiepapier zur Verringerung von Armut
STI	Sexuell übertragbare Infektion
TB	Tuberkulose
UNAIDS	Gemeinsames Programm der Vereinten Nationen für HIV/Aids
UNDP	Entwicklungsprogramm der Vereinten Nationen
UNESCO	Organisation der Vereinten Nationen für Erziehung, Wissenschaft und Kultur
UNFPA	Bevölkerungsfonds der Vereinten Nationen
UNHCR	Flüchtlingskommissariat der Vereinten Nationen
UNICEF	Kinderhilfswerk der Vereinten Nationen
UNODC	Büro der Vereinten Nationen für Drogen- und Verbrechensbekämpfung
WEDGE	Programm für die Entwicklung des weiblichen Unternehmertums und die Gleichstellung der Geschlechter

WEF	Weltwirtschaftsforum
WFP	Welternährungsprogramm
WHO	Weltgesundheitsorganisation

Einleitung

1. Auf seiner 298. Tagung im März 2007 ersuchte der Verwaltungsrat das Amt, im Hinblick auf die Annahme einer eigenständigen Empfehlung nach dem Verfahren der zweimaligen Beratung die Frage HIV/Aids und die Welt der Arbeit auf die Tagesordnung der 98. Tagung (2009) der Internationalen Arbeitskonferenz zu setzen.
2. Die Annahme einer internationalen Arbeitsnorm in Form einer eigenständigen Empfehlung zu diesem Thema wurde als notwendig erachtet, um die Aufmerksamkeit zu stärken, die dieser Frage auf nationaler und internationaler Ebene geschenkt wird, das vereinte Handeln der Hauptakteure im Bereich von HIV/Aids zu fördern, die Durchschlagskraft des praxisorientierten Leitfadens der IAO zu HIV/Aids in der Welt der Arbeit (2001), nachfolgend als praxisorientierter Leitfaden oder Leitfaden der IAO bezeichnet, und anderer Maßnahmen zu stärken und die seit 2001 eingetretenen Entwicklungen zu überprüfen. Der Leitfaden ist diesem Bericht als Anhang beigefügt.
3. Aufgrund der für die Ausarbeitung dieses Berichts über Gesetzgebung und Praxis begrenzt zur Verfügung stehenden Zeit stützt er sich auf Unterlagen, die Mitgliedstaaten bei der Beantwortung früherer Erhebungen zur Verfügung gestellt hatten, sowie auf Unterlagen von Sachverständigentagungen und anderen dem Internationalen Arbeitsamt zugänglichen Quellen. Die in diesem Bericht beschriebenen Ansätze sind eine repräsentative Auswahl aktueller Verfahren und benennen die Fragen, die für die Diskussion relevant sind.

Die Gründe für den Vorschlag einer neuen Empfehlung

4. In der Vorlage des Amtes wurden mehrere Gründe genannt, warum dieser Punkt in die Tagesordnung der Konferenz aufgenommen werden sollte. Zunächst wurde angeführt, dass die meisten bereits angenommenen oder entworfenen innerstaatlichen Instrumente das grundlegende Prinzip der Nichtdiskriminierung enthalten. Abgesehen davon unterscheiden sie sich jedoch in Bezug auf Anzahl und Art der aufgenommenen Grundsätze. Der Leitfaden wird nicht in allen Fällen befolgt. Er ist ein freiwilliges Instrument, seine Übernahme ist fakultativ und keine Bestimmung legt fest, dass die Qualität oder der Umfang seiner Anwendung zu überwachen ist, wie es bei einer Norm der Fall wäre. So finden sich beispielsweise in innerstaatlichen Gesetzgebungen und Politiken, die ansonsten mit dem Leitfaden im Einklang stehen, Bestimmungen, die z. B. obligatorische HIV-Tests oder die Pflicht zur Offenlegung des HIV-Status vorsehen, was beides im Widerspruch zu Grundsätzen des Leitfadens steht.
5. Darüber hinaus wird bei der im Leitfaden gebotenen Orientierung davon ausgegangen, dass die für Arbeit und Beschäftigung zuständigen Ministerien sich uneingeschränkt als Partner an der innerstaatlichen Antwort auf HIV/Aids beteiligen. In Wirklichkeit scheitern nationale Aids-Strategien aber oft daran, dass die wichtigsten Akteure, z. B. Arbeitsverwaltungen und -aufsichtsdienste sowie die Sozialpartner, nicht in die

Antwort eingebunden sind. Da es viele nationale Aids-Gremien unterlassen, die Vertreter der Welt der Arbeit einzubeziehen, fehlt es möglicherweise sowohl an der kritischen Masse guter Praktiken als auch an einem klaren Konzept zur Förderung der Einhaltung von Vorschriften in den Arbeitsstätten. Aus den für diesen Bericht zusammengestellten Beispielen aus Gesetzgebung und Praxis geht in der Tat hervor, dass zwar praktisch alle Länder zum Teil sehr umfangreiche und wirksame Maßnahmen ergriffen haben, um das Problem HIV/Aids anzugehen, einige Aspekte dieser Reaktionen bei der innerstaatlichen Planung und innerstaatlichen Tätigkeiten jedoch keine Berücksichtigung finden. Große Teile der Bevölkerung, insbesondere in der informellen Wirtschaft, werden von innerstaatlichen Bemühungen nicht erreicht. Eine internationale Norm würde helfen, in einem nationalen Aids-Organ und der gemeinsamen Antwort der VN die Grundlage für eine institutionelle dreigliedrige Präsenz zu schaffen ¹.

6. In Kapitel II werden vorhandene Normen der IAO genannt, in denen verschiedene für die HIV-Epidemie relevante Fragen behandelt werden ². Im Jahr 2006 nahm die IAO das Seearbeitsübereinkommen an, das – als erste internationale Norm – zwei ausdrückliche Verweise auf HIV/Aids enthält. Darüber hinaus nahm die Internationale Arbeitskonferenz nach der Annahme des Übereinkommens über die Arbeit in der Fischerei im Jahr 2007 eine EntschlieÙung über die Förderung der Fürsorge für Fischer an, in der der Verwaltungsrat gebeten wurde, den Generaldirektor zu ersuchen, im Rahmen von Programm und Haushalt der IAO: „die Bildung von Fischern und ihren Familien durch Zusammenarbeit mit geeigneten Gremien zur Verhütung von HIV/Aids unter Fischern und in Fischereigemeinschaften“ zu berücksichtigen ³. Darüber hinaus haben die meisten Programme des Amtes in Anbetracht des Ausmaßes der Epidemie und der Einführung der Strategie programmübergreifender Tätigkeiten Arbeiten zu diesem Thema durchgeführt. Diese Antworten sind nicht immer so gut koordiniert wie es möglich wäre; eine neue Empfehlung wäre eine bessere Antwort auf die Notwendigkeit, die Tätigkeiten der IAO im Bereich von HIV/Aids in der Welt der Arbeit auf einer breiteren und konsistenteren Grundlage zu koordinieren, und zugleich ein stärkerer gemeinsamer Bezugspunkt als der freiwillige Leitfaden, was diesen Bemühungen zusätzliche Triebkraft verleihen würde.

7. Als der Verwaltungsrat diesen Punkt in die Tagesordnung aufnahm, war er der Ansicht, eine Norm würde es ermöglichen, die Aufgaben des Staates und die Rollen der Sozialpartner, insbesondere im Hinblick auf Behandlung, Betreuung und Unterstützung, klarer voneinander abzugrenzen. Die Norm würde es den Regierungen überlassen, die Maßnahmen zur Durchsetzung der Politik zu wählen, sei es durch Gesetze, Verordnungen, Gesamtarbeitsverträge zwischen Arbeitgebern und Arbeitnehmern und ihren Verbänden, Gerichtsbeschlüsse oder andere, für innerstaatliche Gegebenheiten und die nationale Praxis geeignete Methoden. Sie könnte somit eine Flexibilität bieten, die der großen Vielgestaltigkeit der Gegebenheiten in der Welt entspricht und so gewährleisten, dass die Norm eine allgemeine Gültigkeit hat und mehr gleichberechtigte Zugangsmöglichkeiten zu umfassenden Diensten bietet.

¹ Die multilaterale und die Gebergemeinschaft unternehmen konzertierte Anstrengungen, um die Einrichtung eines einzigen nationalen Aids-Organs, -Programms und -Überwachungssystems („Three Ones“-Prinzip) zu fördern und zu unterstützen und die Harmonisierung und Ausdehnung der VN-Aktion auf Landesebene (wie vom Globalen Arbeitsteam zur Verbesserung der Aids-Koordinierung zwischen multilateralen Institutionen und internationalen Gebern empfohlen und vom Verwaltungsrat der IAO im März 2006 gebilligt) sicherzustellen.

² Siehe dazu den Kasten in GB.297/2 sowie Kapitel 4 dieses Berichts. Diese Urkunden sind nur einige derjenigen, die für HIV/Aids relevant sind, selbst wenn sie sich nicht ausdrücklich darauf beziehen.

³ IAA: *Bericht des Ausschusses für den Fischereisektor*, Internationale Arbeitskonferenz, 96. Tagung, Genf, 2007, unter: <http://www.ilo.int/public/english/standards/relm/ilc/ilc96/pdf/pr-12.pdf>

8. Die Durchführung einer neuen Empfehlung wäre zwar freiwillig, sie müsste aber nach ihrer Annahme gemäß Artikel 19 (6) der IAO-Verfassung „im Hinblick auf ihre Verwirklichung durch die Gesetzgebung oder durch andere Maßnahmen“ den zuständigen innerstaatlichen Stellen vorgelegt werden. So erhielten die IAO und ihre Mitgliedsgruppen Gelegenheit, in jedem Land Diskussionen über die geeigneten Antworten auf die HIV-Epidemie zu führen und bereits durchgeführte Maßnahmen zu prüfen. Darüber hinaus könnte eine Empfehlung nach Artikel 19 der Verfassung Gegenstand von Berichterstattungsersuchen und späterer Allgemeiner Erhebungen des Sachverständigenausschusses für die Durchführung der Übereinkommen und Empfehlungen oder anderer Folgemaßnahmen sein. In Bezug auf den Leitfadens gibt es keine derartige Verpflichtung.

9. Eine Empfehlung würde detaillierte Leitlinien und Optionen für bewährte Praktiken enthalten. Die Leitlinien würden weder Gültigkeit des praxisorientierten Leitfadens beeinträchtigen noch ihn in eine andere Form von Urkunde verwandeln. Als der Verwaltungsrat diesen Punkt in die Tagesordnung der Konferenz aufnahm, ordnete er keine Neufassung des Leitfadens oder eine Schwächung der darin enthaltenen Normen an. Die Leitlinien in der Empfehlung würden vielmehr so konzipiert, dass die Integrität des Leitfadens gewahrt bleibt, und sie würden, um ihre breitere Anwendung zu erleichtern, eine Reihe von Maßnahmen nennen, um einen nationalen grundsatzpolitischen Rahmen abzustecken. Die Empfehlung würde sich am Leitfaden orientieren. Zugleich würden die Beratung über die Empfehlung und ihre Annahme eine gute Gelegenheit bieten, um die Grundsätze des Leitfadens im Licht der umfangreichen von IAO und ihren Partnern gesammelten Erfahrungen und des sich entwickelnden grundsatzpolitischen Kontextes zu überprüfen. Die Beratung zur Vorbereitung dieser Norm könnte die internationale Zusammenarbeit stärken, und sie könnte den Austausch und die Weitergabe wichtiger Informationen über bewährte Praktiken, Lernerfahrungen und Ergebnisse fördern.

10. Die Aussprache auf der Konferenz über HIV/Aids in der Welt der Arbeit wird auch Gelegenheit bieten, alle IAO-Mitgliedsgruppen und die weltweit führende Fachleute zusammenzubringen, um von der IAO im Lauf von zehn Jahren gesammelten wertvollen Erfahrungen eingehend zu untersuchen. Sie wird eine hervorragende Gelegenheit bieten, um über die Ausrichtung künftiger Tätigkeiten in diesem so wichtigen Bereich nachzudenken.

11. Kapitel I dieses Berichts befasst sich mit Trends in der Epidemiologie von HIV/Aids und mit den Antworten in der IAO und im internationalen System. Kapitel II geht auf die Schlüsselbereiche ein, in denen durch die Annahme der vorgeschlagenen Empfehlung interveniert werden soll. In Kapitel III wird die Gesetzgebung und Praxis auf nationaler und regionaler Ebene beim Umgang mit HIV/Aids untersucht. In Kapitel IV werden die Überlegungen umrissen, die dem Fragebogen zugrunde liegen.

12. Um dem Amt ausreichend Zeit zur Fertigstellung des endgültigen Berichts zu geben, der gemäß Artikel 38 Absatz 2 der Geschäftsordnung den Regierungen spätestens vier Monate vor Eröffnung der 98. Tagung der Konferenz übermittelt werden muss, werden die Regierungen gebeten, dem Amt ihre Antworten bis spätestens 31. August 2008 zuzusenden. In diesem Zusammenhang lenkt das Amt die Aufmerksamkeit der Regierungen auf Artikel 38 Absatz 1 der Geschäftsordnung, demzufolge die Regierungen ersucht werden, vor der endgültigen Fertigstellung ihrer Antworten die maßgebenden Verbände der Arbeitgeber und der Arbeitnehmer zu befragen. Die Ergebnisse der Befragung sollten in den Antworten der Regierungen zum Ausdruck kommen. Ferner werden die Regierungen ersucht anzugeben, welche Verbände befragt worden sind. Darüber hinaus wäre es aufgrund der Tragweite des Themas ratsam, wenn die Arbeit-

sministerien bei der Abfassung der Antworten weitere in Frage kommende Ministerien und Einrichtungen, die sich mit HIV/Aids befassen, wie die Ministerien für Gesundheit, soziale Angelegenheiten, Bildung, Justiz, Gleichstellung, Jugend, Finanzen und Planung, sowie die nationalen Aids-Ausschüsse befragen würden. Es könnte auch wünschenswert sein, andere einschlägige Organisationen, darunter Verbände von mit HIV lebenden Menschen und andere, die mit ihnen arbeiten, zu konsultieren, und ihre Auffassungen im Bericht der Regierung zum Ausdruck zu bringen.

Kapitel I

HIV/Aids und die Welt der Arbeit

13. Die Welt der Arbeit ist ein wichtiger Austragungsort des globalen Kampfes gegen HIV/Aids. Dort zeigen sich viele der tiefgreifendsten Auswirkungen der Epidemie, und die Arbeitswelt ist auch ein wichtiger Faktor bei der Reaktion, insbesondere auf der Landesebene. In dem Maß, in dem Staaten sowie Arbeitgeber- und Arbeitnehmerverbände unter großen Opfern errungene Erfahrungen gewonnen haben, haben die IAO und ihre Partnerorganisationen Unterstützung bei der Ausgestaltung der Reaktionen geleistet. Sowohl die erzielten Fortschritte als auch die Grenzen dieser Fortschritte sowie die Veränderungen der epidemiologischen Situation erfordern, dass die Reaktionen weiter verfeinert und gestärkt werden.

14. Daneben sind die Anstrengungen mit einem Bezug auf die Arbeitswelt in einen wesentlich größeren Kontext eingebettet und müssen eng mit Reaktionen in größerer Breite abgestimmt werden.

Globale und regionale Trends bei HIV/Aids ¹

15. Es hat in den letzten Jahren viel versprechende Entwicklungen gegeben, zu denen auch der verbesserte Zugang zu wirksamen Behandlungs- und Präventionsprogrammen zu zählen ist. Dennoch nimmt die Zahl der Personen mit HIV ebenso wie die der Todesfälle infolge von Aids weiter zu. Wie nachstehend dargelegt wird, können die meisten Länder Fortschritte bei der Bekämpfung der Epidemie vorweisen. Sie erreichen jedoch gewöhnlich nur einen Teil der Bevölkerung und vernachlässigen häufig gerade diejenigen, die am dringendsten Zugang zu Prävention, Behandlung, Betreuung und Unterstützung benötigen. Die Situation variiert von Region zu Region.

16. Seit der Veröffentlichung des praxisorientierten Leitfadens der IAO im Jahr 2001 ist die Zahl der mit HIV lebenden Erwachsenen zwischen 15 und 49 Jahren und Kinder unter 15 Jahren weltweit von etwa 29 auf mehr als 33 Millionen im Jahr 2007 gestiegen. Dies bedeutet einen Zuwachs um 14 Prozent. Die jüngsten Schätzungen zeigen, dass in den sechs Jahren von 2001 bis 2007 in allen Weltregionen die Zahlen der Menschen mit HIV zugenommen haben. Der größte Anstieg wurde in Ostasien verzeichnet, wo sich die Zahl fast verdoppelt hat, gefolgt von Osteuropa und Zentralasien, wo sich die Gesamtzahl im Jahr 2007 gegenüber dem Stand von 2001 um mehr als 250 Prozent erhöht hat.

17. Schätzungen zufolge hat die Gesamtzahl der Erwachsenen und Kinder mit HIV in Afrika südlich der Sahara zwischen 2001 und 2007 von 20,9 auf 22,5 Millionen zuge-

¹ UNAIDS und WHO: *AIDS epidemic update: December 2007*, Dez. 2007, unter: www.unaids.org/; sowie WHO, UNAIDS und UNICEF: *Towards universal access: Scaling up priority HIV/AIDS interventions in the health sector: Progress Report*, Apr. 2007, unter: www.who.int/hiv/mediacentre/universal_access_progress_report_en.pdf

nommen, und Afrika südlich der Sahara ist folglich weiterhin am stärksten von der Epidemie betroffen. Mehr als zwei Drittel aller Erwachsenen (68 Prozent) und die überwiegende Mehrheit der Kinder (fast 90 Prozent) mit HIV auf der Welt leben in Afrika südlich der Sahara. Eine besondere Konzentration findet sich in einer Teilregion, dem südlichen Afrika (35 Prozent aller Personen, die weltweit mit HIV leben). 2001 wurden in Afrika südlich der Sahara unverhältnismäßig viele Aids-Todesfälle verzeichnet (mehr als 82 Prozent aller Aids-Todesfälle weltweit). Aufgrund des verbesserten Zugangs zu Behandlung ist der Anteil an den weltweiten Aids-Todesfällen in der Region bis 2007 auf 76 Prozent zurückgegangen; er ist im Verhältnis zum Anteil der Personen mit HIV von Afrika südlich der Sahara jedoch weiterhin unverhältnismäßig hoch. Aus mehreren Ländern in Afrika südlich der Sahara wird neuerdings eine rückläufige HIV-Prävalenz gemeldet. Solche Trends müssen jedoch anhalten, sich beschleunigen und sich auf alle Länder der Region ausbreiten, bevor sie stark genug sind, um in einer Abschwächung der Gesamtauswirkungen der Epidemie in dieser Region zu resultieren.

18. In Süd- und Südostasien hat die Zahl der Menschen mit HIV im gleichen Zeitraum um 14 Prozent zugenommen, was der weltweiten durchschnittlichen Steigerungsrate entspricht. In Lateinamerika, West- und Mitteleuropa, der Karibik und Nordamerika haben sich die Zahlen der Menschen mit HIV etwas stärker erhöht, und zwar um etwa ein Fünftel (23, 23, 21 bzw. 18 Prozent). Im Nahen Osten und Nordafrika ist die Zahl um mehr als ein Viertel gestiegen (27 Prozent). Die Zahlen der Erwachsenen und Kinder mit HIV in Ozeanien haben sich zwischen 2001 und 2007 verdreifacht, auch wenn sie nach wie vor niedrig sind.

19. Der Anteil von Frauen an allen Erwachsenen mit HIV im Alter ab 15 Jahren ist in diesem Zeitraum weltweit bei etwa 50 Prozent stabil geblieben. Ende 2007 lebten schätzungsweise 15,4 Millionen Frauen und 15,4 Millionen Männer mit HIV – im Vergleich zu 13,8 bzw. 13,7 Millionen im Jahr 2001. Für beide Gruppen stellt dies einen Anstieg um etwa 12 Prozent dar. Demgegenüber umfasste in Afrika südlich der Sahara seit dem Jahr 2000 der Anteil von Frauen mit HIV, der 1990 mehr als 50 Prozent ausmachte, 60 Prozent aller Erwachsenen mit HIV. Dies bedeutet, dass in Afrika südlich der Sahara das Verhältnis von Frauen mit HIV zu Männern mit HIV gleich 15:10 beträgt. In anderen Weltregionen nimmt der Frauenanteil noch zu. In der Karibik sind jetzt 43 Prozent der Erwachsenen mit HIV Frauen – ein Anstieg um 5 Prozentpunkte gegenüber 2001. In ähnlicher Weise haben im selben Zeitraum die Anteile von Frauen mit HIV in Asien insgesamt von etwa 26 auf 29 Prozent sowie in Osteuropa und Zentralasien von etwa 23 auf 26 Prozent zugenommen.

20. Der Zugang zu Behandlung und Betreuung wurde in den letzten Jahren weltweit ausgeweitet, und der Nutzen für diejenigen, die Zugang haben, ist beträchtlich. In dem Einjahreszeitraum von Ende 2005 bis Ende 2006 erhielten über 50 Prozent mehr Menschen mit einem Bedarf an antiretroviralen Medikamenten Zugang zu diesen – ein Anstieg um etwa 1,3 bis 2 Millionen Personen. Dennoch wurden Ende 2006 von allen Menschen, die eine Behandlung benötigten, erst 28 Prozent versorgt. Der Versorgungsgrad verbesserte sich etwas stärker in einigen Regionen (auf 72 Prozent in Lateinamerika) und auf Werte, die immer noch deutlich unter dem weltweiten Durchschnitt lagen, in anderen (auf 6 Prozent in der Region Naher Osten und Nordafrika und auf 15 Prozent in Osteuropa und Zentralasien). Die größte versorgte Population findet sich in Afrika südlich der Sahara, wo die Zahl der Personen, die antiretrovirale Medikamente erhalten, von 810.000 auf 1,34 Millionen zunahm. Der Versorgungsgrad in der Region erreichte Ende 2006 den globalen Durchschnittswert von 28 Prozent.

Trends in der Welt der Arbeit ²

21. Nach den jüngsten Schätzungen zur HIV-Prävalenz lebten Ende 2007 mehr als 33 Millionen Erwachsene zwischen 15 und 49 Jahren mit HIV ³. Wenngleich der Großteil der Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter und der Erwerbsbevölkerung in die Altersgruppe der Personen zwischen 15 und 49 Jahren fällt, bleiben in den Schätzungen zur HIV-Prävalenz Personen mit HIV in der Altersgruppe der 50- bis 64-Jährigen unberücksichtigt. Folglich fällt in den aktuellen globalen Schätzungen der Zahl der Erwachsenen mit HIV die Gesamtzahl der Personen mit HIV in der Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter zu niedrig aus.

22. Wenn man zudem annimmt, dass alle Erwachsenen und die meisten jungen Menschen bis zu einem gewissen Grad wirtschaftlich aktiv sind (selbst wenn die Erträge, die sie erwirtschaften, in herkömmlichen ökonomischen Kategorien nicht leicht zu beurteilen ist), liegt die Gesamtzahl der produktiven Menschen mit HIV wahrscheinlich in der Nähe der Gesamtzahl der Personen im erwerbsfähigen Alter und ist wahrscheinlich größer als die Zahl der Erwerbstätigen. Dies gilt insbesondere dort, wo ein großer Teil der Bevölkerung in der informellen Wirtschaft arbeitet oder die Größe der Erwerbsbevölkerung vielleicht unterschätzt wird (siehe den folgenden Abschnitt). Dies unterstreicht die Notwendigkeit der Berücksichtigung der Anzahl der von Erwachsenen im höheren erwerbsfähigen Alter bei Bemühungen zur Beurteilung der tatsächlichen Auswirkungen der HIV-Epidemie auf die Welt der Arbeit.

23. Angesichts des Umstands, dass viele Erwachsene auch in anderer Weise zur volkswirtschaftlichen Gesamtleistung beitragen, indem sie beispielsweise Kinder großziehen, die die zukünftige Erwerbsbevölkerung bilden werden, ist es darüber hinaus wichtig, die Auswirkungen von HIV auf alle Erwachsenen zu berücksichtigen und insbesondere Frauen nicht zu vernachlässigen. Wie bereits erwähnt, hat der Anteil HIV-infizierter Frauen in Afrika südlich der Sahara einen Wert von 60 Prozent erreicht und steigt in anderen Regionen weiter. In einem 2006 veröffentlichten Bericht schätzt die IAO den weltweiten Anteil erwerbstätiger HIV-infizierter Frauen auf 41 Prozent ⁴. Weil Frauen weltweit die Hälfte aller Personen ausmachen, die HIV-positiv sind, ist es wahrscheinlich, dass mindestens die Hälfte aller Erwachsenen, die nicht erwerbstätig sind, aber noch im erwerbsfähigen Alter sind, Frauen sind und dass ein Teil von ihnen älter als 49 Jahre ist. Viele dieser Frauen tragen auf die eine oder andere Weise zur volkswirtschaftlichen Gesamtleistung bei.

24. Der Einfluss der Epidemie auf die Erwerbsbevölkerung und auf alle Personen im erwerbsfähigen Alter kann anhand ihres Gesamteffekts auf das Wirtschafts- und Beschäftigungswachstum gemessen werden. Die IAO hat 2004 und erneut mit jüngeren Daten im bereits erwähnten Bericht von 2006 nachgewiesen, dass der Einfluss der Epidemie auf das Arbeitskräfteangebot, die Produktivität, Investitionen und die Beschäftigung das Wirtschaftswachstum in stark von HIV/AIDS betroffenen Ländern im letzten Jahrzehnt und darüber hinaus verringert hat. Der Zugang von Arbeitnehmern mit Aids zu wirksamen antiretroviralen Medikamenten kann sich jedoch positiv auf Unternehmen, Haushalte, Familien, Gemeinschaften und Volkswirtschaften auswirken. In demselben Bericht von 2006 wurde beispielsweise gezeigt, dass 2004 an Aids erkrankte Arbeitnehmer mit Behandlung weltweit durchschnittlich 34 der nächsten 54 Monate hätten arbei-

² IAA: *HIV/AIDS and Work: Global estimates, impact on children and youth, and response*, IAO/AIDS, 2006, unter: http://www.ilo.org/public/english/protection/trav/aids/publ/global_est06/global_estimates_report06.pdf

³ UNAIDS und WHO: *AIDS epidemic update: December 2007*, a.a.O.

⁴ IAA: *HIV/AIDS and Work: Global estimates, impact on children and youth, and response*, a.a.O.

ten und auf diese Weise für jede zwölf Monate ihres Überlebens mehr als das 7fache des globalen Pro-Kopf-Einkommens zur Weltwirtschaft beitragen können. Der Nutzen anti-retroviraler Medikamente wäre entsprechend größer für Afrika südlich der Sahara: Durchschnittliche Arbeitnehmer mit HIV/Aids hätten 36 der nächsten 54 Monate überleben und für jede zwölf Monate ihres Überlebens das 8fache des Pro-Kopf-Einkommens von Afrika südlich der Sahara zur afrikanischen Wirtschaft beitragen können.

Die Welt der Arbeit als Handlungsschwerpunkt

25. Es ist immer offensichtlicher geworden, dass die HIV/Aids-Epidemie in einer großen Zahl von Ländern gravierende Auswirkungen auf die Welt der Arbeit und die Gesamtgesellschaft hatte und immer noch hat. Aus diesem Grund ist es unerlässlich, die Arbeitsstätte zu einem wichtigen Ansatzpunkt für Maßnahmen auf der nationalen Ebene zu machen.

26. Die ersten Reaktionen der IAO auf HIV/Aids konzentrierten sich auf eine Kombination von Anstrengungen mit dem Ziel, die Infektion zu verhindern und der Diskriminierung am Arbeitsplatz entgegenzuwirken. Manche Arbeitnehmer sind wegen ihrer beruflichen Aktivitäten betroffen: Dies ist ein separater Teil der Bemühungen der IAO, insbesondere im Bereich des Arbeitsschutzes. In sehr vielen Fällen sind Arbeitnehmer unabhängig davon, wie sie sich mit HIV infiziert haben, sowohl am Arbeitsplatz als auch darüber hinaus Diskriminierung und Stigmatisierung ausgesetzt. Vor dem Hintergrund der anhaltenden Ausbreitung der Epidemie und der Erfahrungen, die bei ihrer Bekämpfung gewonnen wurden, ist das Handlungsfeld heute deutlich größer.

27. Die IAO ist über die Epidemie besorgt, weil HIV/Aids ein Hindernis dafür darstellt, die Armut zu verringern, nachhaltige Entwicklung zu erreichen und die Agenda für menschenwürdige Arbeit umzusetzen. HIV/Aids erfordert auf allen gesellschaftlichen Ebenen und von allen Sektoren der Volkswirtschaft eine Reaktion, die bei weitem die Kapazität eines einzelnen Sektors oder Ministeriums oder einer einzigen UN-Organisation übersteigt. Die Epidemie erinnert uns daran, dass wir die Entwicklungsagenda auf unser eigenes Risiko aufspalten: HIV/Aids legt die Bruchstellen der Gesellschaften frei, insbesondere die Ungleichheiten zwischen Männern und Frauen, zwischen Mehrheiten und Minderheiten sowie zwischen Personen mit einem formellen Beschäftigungsverhältnis und solchen außerhalb davon. Die Epidemie wirft ein Schlaglicht auf Verknüpfungen, die in Vergessenheit zu geraten drohen: zwischen Gesundheit und Arbeit, zwischen Bildung und dem Gedeihen der Wirtschaft sowie zwischen Rechten und sozialem sowie wirtschaftlichem Fortschritt.

28. Der zentrale Fakt ist, dass von HIV/Aids anders als bei jeder anderen Krankheit unverhältnismäßig stark die erwachsene Erwerbsbevölkerung betroffen ist. Dies bedeutet, dass sie weitreichende soziale und wirtschaftliche Folgen hat. Der Verlust von Arbeitskräften, Führungskräften und Arbeitgebern schlägt in der Form von entgangenem Lohn und einer fehlenden Kohorte von Betreuungs- und Erziehungskräften auf ihre Familien und Gemeinschaften zurück. Öffentliche und private Unternehmen bekommen ihn sowohl durch den Verlust von Qualifikationen und Erfahrung als auch als Ursache für einen Anstieg der direkten und indirekten Arbeitskosten zu spüren.

29. Zunehmend erstrecken sich die Reaktionen auf HIV/Aids mittlerweile auch auf andere damit zusammenhängende schwerwiegende Krankheiten wie Tuberkulose und Malaria. Die kumulativen Anstrengungen setzen eine Stärkung der Kerngesundheitsysteme und der Sozialstrukturen voraus, insbesondere in Bezug auf die Humanressourcenentwicklung und die Geschlechterbeziehungen.

30. HIV/Aids hat auch die zentrale Rolle der Arbeitswelt für die Entwicklungsförderung und die Bekämpfung der Epidemie gestärkt und gemahnt an die allgemeinen Möglichkeiten der IAO-Mitgliedsgruppen, als Sozialakteure zu den nationalen Anstrengungen beizutragen, und an die grundlegende Verknüpfung zwischen Sozialdialog und Eigenverantwortlichkeit sowohl für das Problem als auch für seine Lösung. Arbeitgeber und Gewerkschaften sind meinungsbildend in ihren Gemeinschaften: Sie müssen dringend Position zu HIV/Aids beziehen und zum Handeln aufrufen.

31. Die Arbeitsstätte bietet ein günstiges Umfeld für HIV/Aids-Programme. Im Hinblick auf die Arbeitsbedingungen wurden bereits Normen gesetzt, auch für die Betreuung von Arbeitnehmern mit chronischen Krankheiten; für die Arbeitsbeziehungen existieren etablierte Verfahren, und die Ausbildung ist eine Kernaktivität. Die betriebsärztlichen Dienste verfügen über eine lange Tradition der Förderung des Arbeitsschutzes. Am Arbeitsplatz kommen Menschen zusammen. Dort diskutieren und debattieren sie und lernen voneinander. Dies bietet Gelegenheiten zur Sensibilisierung, zur Aufklärung und zum Schutz von Rechten. Es ist einfach so, dass die meisten Menschen einen großen Teil ihrer Zeit am Arbeitsplatz verbringen, was unbestreitbare Vorteile für das Ergreifen von Maßnahmen und für Aufklärung, Prävention sowie den Zugang zu Betreuung, Unterstützung und Behandlung mit sich bringt.

32. Mit den Landesprogrammen für menschenwürdige Arbeit hat die IAO einen Rahmen für eine integrierte und einheitliche Reaktion auf HIV/Aids geschaffen. Sie stellen die Mittel bereit, um die Stärken der vier Kernsektoren der Arbeit der IAO zur Bekämpfung der Epidemie und ihrer Auswirkungen einzusetzen, sowohl menschenwürdige Arbeit als auch HIV/Aids mit nationalen Entwicklungsplänen und Strategien zur Verringerung der Armut zu verknüpfen und die Mitgliedsgruppen in allen Phasen einzubinden.

Die informelle Wirtschaft und HIV/AIDS

33. Die große Mehrheit der Erwerbstätigen in Entwicklungsländern wird informell beschäftigt. Bei Arbeitnehmern in der informellen Wirtschaft besteht ein deutlich höheres Risiko einer HIV-Infektion, und sie sind weniger als solche im formellen Sektor in der Lage, Zugang zu Betreuung, Unterstützung und Behandlung zu erhalten. Trotzdem konzentrieren sich die meisten Maßnahmen gegen HIV/Aids auf die formelle Wirtschaft.

34. In den meisten Entwicklungsländern entfallen die meisten Arbeitsplätze außerhalb der Landwirtschaft auf die informelle Wirtschaft (48 Prozent in Nordafrika, 51 Prozent in Lateinamerika, 65 Prozent in Asien und 72 Prozent in Afrika südlich der Sahara⁵). In Uganda entfallen etwa 90 Prozent aller Arbeitsplätze im privaten Sektor außerhalb der Landwirtschaft auf die informelle Wirtschaft⁶. Sie umfasst Kleinst- und Kleinunternehmen sowie zu einem beträchtlichen Anteil Selbstständige. Letztere machen in Afrika südlich der Sahara 70 Prozent oder mehr der informell Erwerbstätigen aus, in Nordafrika 62 Prozent, in Lateinamerika und der Karibik 60 Prozent und in Asien 59 Prozent⁷. Die verschiedenen Arten der Tätigkeit in der informellen Wirtschaft bilden eine Art Kontinuum, an dessen einem Ende vollständig „deregulierte“ und informelle Aktivitäten mit großen Defiziten im Hinblick auf menschenwürdige Arbeit stehen, während das andere

⁵ IAA: *Women and men in the informal economy: A statistical picture*, Beschäftigungssektor, 2002, unter: <http://www.wiego.org/publications/women%20and%20men%20in%20the%20informal%20economy.pdf>

⁶ Weltbank: *Urban informal sector in Uganda*, Key labour market issues course, durchgeführt in Uganda im Apr./Mai 2005, unter: http://info.worldbank.org/etools/docs/library/211247/Uganda_Urban%20Informal%20Sector.pdf

⁷ IAA: *Women and men in the informal economy*, a.a.O.

Ende Aktivitäten ausmachen, die teilweise formalisiert sind und entsprechend weniger Defizite aufweisen ⁸.

35. In der informellen Wirtschaft sind im Allgemeinen mehr Frauen beschäftigt als Männer. Der Anteil der Frauen an der informellen Beschäftigung verharrt weltweit zwischen 60 und 80 Prozent ⁹. In Afrika südlich der Sahara sind 84 Prozent der Arbeitnehmerinnen außerhalb der Landwirtschaft informell beschäftigt, verglichen mit 63 Prozent der Arbeitnehmer. In Lateinamerika liegt der Wert für Frauen bei 58 Prozent, der für Männer dagegen bei 48 Prozent. In Asien sind die Anteile informell beschäftigter Frauen und Männer außerhalb der Landwirtschaft in etwa gleich. Die Zahl der Arbeitnehmerinnen in informellen Beschäftigungsverhältnissen nimmt weiter zu, und es wird erwartet, dass zukünftig ein wachsender Anteil der Erwerbstätigkeit im informellen Sektor auf sehr kleine, von Frauen betriebene Unternehmen entfallen wird ¹⁰.

36. Eine Reihe von Bedingungen in der informellen Wirtschaft führen dazu, dass die dort Beschäftigten anfälliger für die Ausbreitung von HIV sind und sich die Auswirkungen gravierender gestalten. Zu den wichtigsten Faktoren zählen: die hohe Arbeitsintensität der informellen Wirtschaft sowie unzureichende oder fehlende Arbeitsgesetzgebung und Durchsetzung geltenden Rechts, fehlende Arbeitnehmervertretung, fehlendes gleichmäßiges Einkommen, Geschlechterungleichheit, unzureichender Sozialschutz, geringe Alphabetisierung, weniger beschäftigungsabhängige Leistungen, der hohe Anteil junger Menschen, schlechte Möglichkeiten zur Höherqualifizierung, schlechte Arbeitsschutzstandards und fehlender Zugang zu Gesundheitseinrichtungen ¹¹.

37. Viele Faktoren sind dafür verantwortlich, dass es schwierig ist, die informelle Wirtschaft mit HIV/Aids-Programmen und -Strategien zu erreichen. Dazu zählen ¹²:

- In der formellen Wirtschaft zur Verfügung stehende Strukturen zur Unterstützung von Programmen und Strategien sind in der informellen Wirtschaft gewöhnlich nicht vorhanden.
- Für die Arbeitnehmer hat der tägliche Überlebenskampf Priorität vor anderen Problemen wie HIV/Aids.
- Der Sektor ist mobil, und es ist deshalb schwierig, Arbeitnehmer in diesem Sektor zu erreichen. Aus demselben Grund gestaltet sich auch die Überwachung schwierig.
- Die Arbeitszeiten und die Arbeitsbedingungen laufen der Schaffung von Kapazität zuwider, und Arbeitnehmer haben Probleme, an regelmäßigen Ausbildungsveranstaltungen teilzunehmen.
- Migranten ohne gültige Papiere, von denen es in diesem Sektor viele gibt, meiden formelle Gesundheitssysteme, weil sie befürchten, die Behörden auf sich aufmerksam zu machen.

⁸ V. McKay: *Consolidated report on HIV/AIDS interventions in the informal sector*, Sept. 2003, (IAA, Genf) Verwaltungsratsdokument.

⁹ K. Flodman Becker: *The Informal Economy*, Fact Finding Study, SIDA, März 2004, unter: <http://rru.worldbank.org/Documents/PapersLinks/Sida.pdf>

¹⁰ K. Dixon-Fyle und C. Mulanga: *Responding to HIV/AIDS in the world of work in Africa: The role of social protection*, ILO/AIDS, Working Paper No. 5, Juni 2004, unter: <http://www.ilo.org/public/english/protection/trav/aids/publ/wp5socialprotectiondakarpaper.pdf>

¹¹ Conference of African Ministers: *An Issues Paper: Meeting the challenge of employment in Africa*, Meeting of the Committee of Experts of the Conference of African Ministers of Finance, Planning and Economic Development, Mai 2006, unter: http://www.uneca.org/cfm/2006/docs/Issues_paper.htm

¹² V. McKay: *Consolidated report on HIV/AIDS interventions in the informal sector*, a.a.O.

sam zu machen. Aus demselben Grund nehmen sie ungern an jeglicher Art von Präventions- oder Unterstützungsprogrammen teil.

- Ein niedriger Bildungsstand erfordert es, dass vom Gros der Bevölkerung verstandene Informationen zu HIV/Aids angepasst werden müssen. Die dafür erforderlichen Qualifikationen und Personalkapazitäten sind zur Zeit in dem Sektor gewöhnlich noch nicht verfügbar.

Außerdem genießen im informellen Sektor tätige Arbeitnehmer weniger Anerkennung, und es ist für sie schwieriger als für Arbeitnehmer im formellen Sektor, sich Gehör zu verschaffen¹³.

38. Trotzdem hat sich die Forschung zu den sozialen und wirtschaftlichen Auswirkungen der Epidemie fast ausschließlich auf Institutionen des privaten und öffentlichen Bereichs im formellen Sektor der Wirtschaft konzentriert. Den Auswirkungen von HIV/Aids auf Unternehmen und die Produktion in der informellen Wirtschaft wurde wenig Aufmerksamkeit gewidmet, und trotz der Bedeutung der Arbeitnehmer in der informellen Wirtschaft für die gesamtwirtschaftliche Leistung und des anhaltenden Anstiegs ihrer Zahl richten sich nur wenige Initiativen zu HIV/Aids an diese Zielgruppe

39. Manche dieser Faktoren beeinträchtigen auch den Grad, in dem der praxisorientierte Leitfaden der IAO in der informellen Wirtschaft Wirkung zeigen kann. Der Leitfaden wurde zur allgemeinen Nutzung in allen Bereichen der Arbeitswelt (formelle und informelle) konzipiert. Wenngleich er sowohl auf die informelle als auch auf die formelle Wirtschaft anwendbar sein soll, ist er, wie bereits erwähnt, möglicherweise nicht besonders gut auf die speziellen Kontexte des informellen Arbeitsumfeldes zugeschnitten¹⁴. Zu den zentralen problematischen Faktoren könnten die folgenden zählen:

- Die *Anerkennung von HIV/Aids als Arbeitsplatzproblem*. Dies impliziert, dass alle Arbeitsplätze einschließlich derjenigen in der informellen Wirtschaft von den Behörden anerkannt werden, was bei Letzteren oft nicht der Fall ist.
- Die *Gleichstellung der Geschlechter* ist ein vorrangiges Anliegen im praxisorientierten Leitfaden. Frauen in der informellen Wirtschaft sind jedoch wesentlich anfälliger als Männer und anfälliger als Frauen in der formellen Wirtschaft.
- Ein *gesundes Arbeitsumfeld*. Das informelle Umfeld ist oft weit davon entfernt, gesund und hygienisch zu sein. Davon können insbesondere Kinder betroffen sein, die ihre Mütter zur Arbeitsstelle begleiten.
- Der *Sozialdialog* setzt eine organisierte Arbeitnehmerschaft voraus. In der informellen Wirtschaft ist sie jedoch nicht angemessen organisiert und hat kein Mitspracherecht.
- *Reihenuntersuchungen* scheinen kein Problem zu sein, von dem Arbeitnehmer in der informellen Wirtschaft betroffen sind. Es existiert jedoch eine beträchtliche Stigmatisierung, der entgegengewirkt werden muss.
- Das Thema *Vertraulichkeit* kommt in der informellen Wirtschaft nicht zum Tragen. In kleinen Unternehmen sind jedoch Stigmatisierung und Gerede gang und gäbe.
- *Aufrechterhaltung des Beschäftigungsverhältnisses*. Weil das Beschäftigungsverhältnis definitionsgemäß informell ist, gibt es keinen Vertrag, der gekündigt wer-

¹³ V. McKay, ebd.

¹⁴ V. McKay, ebd.

den müsste. Auch gibt es keine Leistungen der Sozialen Sicherheit zum Schutz von Arbeitnehmern, die erkranken.

- *Prävention.* Im informellen Sektor gibt es kaum Aufklärungs- und Informationsprogramme oder die Ausgabe von Kondomen im Rahmen eines Mainstreaming-Ansatzes.
- Regelungen für *Betreuung und Unterstützung* sind nicht Bestandteil informeller Systeme¹⁵.

Internationale Maßnahmen gegen HIV/Aids

Globale Verpflichtungen

40. Die Millenniums-Entwicklungsziele sind gemeinsame Ziele des gesamten VN-Systems und der Mitgliedstaaten. Sie betreffen zentrale Entwicklungsthemen einschließlich der Verringerung der Armut, Bildung, Ungleichheit zwischen den Geschlechtern und Gesundheit. Das Millenniums-Entwicklungsziel 6 lautet „Bekämpfung von HIV/Aids, Malaria und anderen Krankheiten“.

41. Auf einer Sondertagung der VN-Generalversammlung im Juni 2001 verabschiedeten die Staats- und Regierungschefs von fast 190 Ländern eine Verpflichtungserklärung zu HIV/Aids¹⁶. Sie zeigten sich besorgt darüber, dass „die weltweite HIV/Aids-Epidemie in Anbetracht ihrer verheerenden Ausmaße und Auswirkungen eine globale Notlage [...] darstellt, die die soziale und wirtschaftliche Entwicklung in der ganzen Welt untergräbt und sich auf alle Ebenen der Gesellschaft – den Staat, die Gemeinschaft, die Familie und den Einzelnen – auswirkt“.

42. Zwei zentrale Verpflichtungen aus dem Jahr 2001 tragen der Notwendigkeit Rechnung, die globale Reaktion auf die Arbeitswelt auszuweiten:

- bis 2005 die Maßnahmen gegen HIV/Aids in der Arbeitswelt durch die Einrichtung und Durchführung von Präventions- und Betreuungsprogrammen im öffentlichen, privaten und informellen Sektor verstärken und Maßnahmen ergreifen, um für Menschen mit HIV/Aids ein unterstützendes Arbeitsumfeld zu schaffen (Absatz 49);
- bis 2003 auf einzelstaatlicher Ebene im Benehmen mit den Vertretern der Arbeitgeber und der Arbeitnehmer sowie unter Berücksichtigung der bestehenden internationalen Richtlinien über HIV/Aids am Arbeitsplatz rechtliche und politische Rahmenbedingungen schaffen, die die Rechte und die Würde der Menschen mit HIV/Aids, der davon betroffenen und der davon am stärksten gefährdeten Personen am Arbeitsplatz schützen (Absatz 69).

43. 2006 verabschiedete die Generalversammlung nach einer Überprüfung der Fortschritte seit der Sondertagung im Jahr 2001 eine weitere Politische Erklärung zu HIV/Aids, in der die Mitglieder erneut zur Bekämpfung der Krankheit verpflichtet wurden¹⁷.

¹⁵ Siehe V. McKay, a.a.O., zum Teil auf der Grundlage einer Studie zum informellen Sektor in Uganda, Ghana, der Vereinigten Republik Tansania und Südafrika.

¹⁶ VN-Generalversammlung, 26. Sondertagung, Dok. A/RES/S-26/2, 2. Aug. 2001, unter: http://www.un.org/depts/german/gv-sondert/gv26_ss/ars_26-2.pdf

¹⁷ VN-Generalversammlung, 60. Tagung, Dok. A/RES/60/262, 15. Juni 2006, unter: <http://www.un.org/Depts/german/gv-60/band3/ga60vol3-ann2.pdf>

44. Parallel zu der Befassung in der Generalversammlung umfassen bestehende Aktivitäten zahlreiche internationale Spezialkonferenzen zu HIV/Aids, andere Tagungen, auf denen das Thema eine wichtige Rolle spielt, und von verschiedenen Stellen verabschiedete Aktionspläne auf regionaler oder allgemeiner internationaler Ebene. Die Reaktion zeichnet sich durch eine große Vielfalt aus; im Folgenden wird darauf näher eingegangen.

Aktivitäten des Gemeinsamen Programms der Vereinten Nationen für HIV/Aids (UNAIDS)

45. Die IAO wirkt bei den umfassenden internationalen Maßnahmen zur Bekämpfung von HIV/Aids mit. Seit 2001 ist sie Ko-Sponsor des Gemeinsamen Programms der Vereinten Nationen für HIV/Aids (UNAIDS)¹⁸ und arbeitet eng mit den anderen neun Ko-Sponsoren zusammen (siehe unten). Ihnen soll eine wichtige Rolle bei der Förderung der Umsetzung der vorgeschlagenen Empfehlung zukommen. Beträchtliche Teile der Informationen zum Ablauf globaler und nationaler Reaktionen auf HIV/Aids und viele der in diesem Bericht zitierten Statistiken wurden unter der Regie von UNAIDS zusammengestellt.

46. Die globale Gemeinschaft musste erkennen, dass die weltweite Ausbreitung von HIV mit halbherzigen Maßnahmen nicht gestoppt werden kann. Diese Einsicht hat sie bewogen, sich das Ziel zu eigen zu machen, bis 2010 den allgemeinen Zugang zu HIV-Prävention, -Behandlung, -Betreuung und -Unterstützung zu verwirklichen¹⁹. Die Verpflichtung zum Erreichen des allgemeinen Zugangs beinhaltet die beschleunigte Ausweitung evidenzbasierter Maßnahmen in allen Weltregionen als Reaktion auf eine Epidemie, deren Auswirkungen, wie es im Bericht über die menschliche Entwicklung von 2005 formuliert wird, „die menschliche Entwicklung am stärksten zurückgeworfen“ haben.

47. Es wurden beträchtliche Fortschritte dabei verzeichnet, in den Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen, in denen 95 Prozent aller Menschen mit HIV leben, dem Personenkreis, der grundlegender HIV-Versorgung bedarf, den Zugang zu dieser zu eröffnen. Die Zahl der Personen, die in diesen Ländern antiretrovirale Medikamente erhalten, hat sich zwischen 2003 und 2006 verfünffacht, und nach der Einführung rigoroser Präventionsmaßnahmen wurde aus einigen Ländern ein Rückgang der HIV-Inzidenz gemeldet. Trotzdem wird bei der derzeitigen Geschwindigkeit der Ausweitung der allgemeinen Zugang bis zum vereinbarten Zieljahr 2010 nicht erreicht werden, was die Fähigkeit der Welt gefährdet, die Ausbreitung der HIV-Epidemie, wie in den Millenniums-

¹⁸ <http://www.unaids.org>

¹⁹ Allgemeiner Zugang bedeutet nicht, dass jede HIV-Präventions-, Behandlungs-, Betreuungs- und Unterstützungsleistung von allen Betroffenen hundertprozentig in Anspruch genommen werden wird oder werden sollte. Selbst in Ländern mit hohem Einkommen und allgemein verfügbarer Gesundheitsversorgung erhalten Patienten, bei denen antiretrovirale Medikamente medizinisch indiziert wären, diese aus verschiedenen Gründen nicht (beispielsweise aufgrund der bewussten Entscheidung, sich keinen Tests zu unterziehen oder die Therapie erst zu einem späteren Zeitpunkt zu beginnen). Mit der Zielsetzung des allgemeinen Zugangs hat die Weltgemeinschaft sich vielmehr verpflichtet, konkrete, dauerhafte Fortschritte auf dem Weg zu einer hohen Abdeckung bei den wirksamsten Interventionen zu erreichen, die benötigt werden, um unterschiedliche Epidemien in allen Regionen zu bekämpfen. Beispielsweise brauchen Länder mit generalisierten und hyperendemischen Epidemien eine sehr hohe Abdeckung in Bezug auf Interventionen für die allgemeine Bevölkerung, beispielsweise Aufklärungskampagnen über die Massenmedien, Aufklärungsmaßnahmen in Schulen und Präventionsprogramme am Arbeitsplatz. Im Fall von weniger gravierenden und konzentrierten Epidemien ist demgegenüber bezüglich dieser Strategien eher eine niedrigere Abdeckung angebracht, während bei Programmen für Gruppen, bei denen ein hohes Risiko einer HIV-Infektion besteht, eine sehr hohe Abdeckung erforderlich ist. Siehe UNAIDS: *Financial resources required to achieve universal access to HIV prevention, treatment, care and support*, 2007, unter: http://data.unaids.org/pub/Report/2007/20070925_advocacy_grne2_en.pdf

Entwicklungszielen vorgesehen, bis 2015 zum Stillstand zu bringen und allmählich umzukehren. Länder und nationale Partner haben sich um die Ausweitung wichtiger Programme bemüht. Viele hatten jedoch Schwierigkeiten, die verbesserte Mittelausstattung in umfassende Programme umzusetzen. Als ein Beispiel für die enormen Herausforderungen im Zusammenhang mit der Ausweitung von HIV-Programmen in Umfeldern mit begrenzten Ressourcen kann Südafrika angeführt werden: Obwohl in dem Land 11 Prozent der Weltbevölkerung und fast zwei Drittel aller Menschen mit HIV leben, verfügt es nur über drei Prozent der Gesundheitsfachkräfte auf der Welt.

48. Die Überwindung solcher Hindernisse und die Stärkung der globalen Entschlossenheit zur Verwirklichung des allgemeinen Zugangs wird neben dauerhafter politischer Unterstützung, verbesserter nationaler Kapazität und des Einsatzes von Strategien, die sich als wirksam bei der Bekämpfung von HIV und Aids erwiesen haben, die Bereitstellung von Mitteln in beträchtlichem Umfang über einen langen Zeitraum erfordern. Trotz deutlicher Erhöhungen der Mittel für die HIV-Reaktion im Lauf dieses Jahrzehnts wird die Lücke zwischen den verfügbaren Ressourcen und den zur Verwirklichung des allgemeinen Zugangs benötigten Summen jedoch in den nächsten Jahren weiter aufklaffen, wenn die derzeitigen Finanzierungstrends anhalten.

49. HIV/Aids hat eine Entwicklungskrise ausgelöst, die nur durch einen multisektoralen Ansatz gelöst werden kann. Das Gemeinsame Programm der Vereinten Nationen für UNAIDS²⁰ koordiniert die Anstrengungen und Ressourcen von zehn Organisationen des VN-Systems bei der Aids-Reaktion. Alle diese Organisationen sind entschlossen, Ländern auf dem Weg zum Erreichen des allgemeinen Zugangs zu Prävention, Behandlung, Betreuung und Unterstützung innerhalb des Rahmens zu helfen, der durch einen einheitlichen nationalen Plan, eine Stelle zu seiner Umsetzung und ein System für die Beobachtung und Auswertung vorgegeben wird (siehe Kasten 1.1). Wenngleich die Koordinierung zwischen den beteiligten Organisationen unverzichtbar ist, wird jede von ihnen in den Bereichen tätig, in denen sie über einen komparativen Vorteil verfügt. Die Zusammenarbeit basiert auf einer vereinbarten Arbeitsteilung, durch die definiert ist, wo jede Organisation federführend ist, auf der Förderung von Partnerschaften und der gemeinsamen Programmentwicklung. Detaillierte Informationen zu den Aktivitäten jeder der anderen Ko-Sponsoren würden den Rahmen dieses Berichts sprengen; eine kurze Darstellung dürfte jedoch instruktiv sein.

50. Das Flüchtlingskommissariat der Vereinten Nationen (UNHCR)²¹ koordiniert die HIV/Aids-Reaktionen für Flüchtlinge und Binnenvertriebene. Es verfügt über umfangreiche kontinuierliche HIV-Programme und die erforderliche Logistik, um Flüchtlinge, Binnenvertriebene und andere in seine Zuständigkeit fallende Personen sowie die Aufnahmegemeinschaften an deren häufig in entlegenen Gebieten liegenden Aufenthaltsorten zu erreichen. UNHCR arbeitet mit nationalen Regierungen und internationalen Organisationen zusammen, um die Beteiligung von Flüchtlingen, Rückkehrern, Binnenvertriebenen und anderen in die Zuständigkeit der Organisation fallenden Personen an nationalen und internationalen HIV-Programmen sicherzustellen. Die HIV-Programme wurden mittlerweile von Afrika auf Asien, den amerikanischen Kontinent, den Nahen Osten und Osteuropa ausgeweitet. In den letzten drei Jahren hat der Umfang der HIV-Programme von UNHCR durch die Aufnahme zusätzlicher Bereiche zugenommen. Dazu zählen Beurteilungen, freiwillige Beratung und Tests, die Prävention der Mutter-Kind-Übertragung, die HIV-Prävention, die Entwicklung und Verbreitung von Informations-, Aufklärungs- und Kommunikationsmaterialien sowie die Beobachtung und Beurteilung.

²⁰ www.unaids.org/

²¹ www.unhcr.org/

Kasten 1.1 Das Prinzip der „Three Ones“

Grundsätze für die Koordinierung nationaler Aids-Reaktionen

Am 25. April 2004 fand eine gemeinsam von UNAIDS, dem Vereinigten Königreich und den Vereinigten Staaten ausgerichtete hochrangige Tagung statt, auf der wichtige Geber erneut ihre Entschlossenheit zur Stärkung der nationalen Aids-Reaktionen unter der Führung der betroffenen Länder selbst bekräftigten.

Sie stellten sich hinter das Prinzip der „Three Ones“, um den wirksamsten und effizientesten Ressourceneinsatz sowie rasches Handeln und ergebnisorientiertes Management sicherzustellen:

- einen abgestimmten Rahmen für die Erstellung von Aktionsplänen zu HIV/Aids, der die Grundlage für die Koordinierung der Aktivitäten aller Partner bildet,
- eine nationale Aids-Koordinierungsstelle mit einem breit abgestützten multisektoralen Mandat,
- ein abgestimmtes landesweites Beobachtungs- und Auswertungssystem.

Die globale Reaktion auf die sich weiter verschlimmernde komplexe Aids-Krise hat sich deutlich verändert. Die nationalen Reaktionen sind umfassender und stärker geworden und verfügen über einen verbesserten Zugang zu Mitteln und Materialausstattung.

An diesem Punkt kommt das Prinzip der *Three Ones* ins Spiel. Auf der Grundlage der im Lauf von zwei Jahrzehnten gewonnenen Erfahrungen wird es die Fähigkeit von Gebern und Entwicklungsländern verbessern, auf der Landesebene wirksam zusammenzuarbeiten.

51. UNHCR verfolgt einen subregionalen Ansatz und widmet sich zunehmend der Bekämpfung von HIV in Konflikt- und Postkonfliktsituationen. Das Flüchtlingskommissariat verfügt über ein umfassendes Informationssystem, das grundlegende Risikodaten und die Ergebnisse von Verhaltens- und Überwachungserhebungen enthält. UNHCR setzt sich nachdrücklich gegen Stigmatisierung, Diskriminierung und falsche Vorstellungen über HIV und Flüchtlinge ein und unterstützt geschlechtergerechte Maßnahmen zur Verringerung der HIV-Anfälligkeit insbesondere von Flüchtlingsfrauen und -mädchen. Um eine stärkere Berücksichtigung der Aids-Problematik in seiner Arbeit und seinem Mandat sicherzustellen, hat UNHCR das Thema Aids in seine Ausbildungsmaßnahmen zum Schutz und zur Wiederansiedlung von Flüchtlingen und sein *Handbuch für Kriseneinsätze* aufgenommen.

52. Das Kinderhilfswerk der Vereinten Nationen (UNICEF)²² setzt sich seit 60 Jahren zusammen mit Partnern auf der ganzen Welt für die Förderung der Anerkennung und Verwirklichung der Menschenrechte von Kindern ein. HIV/Aids ist ein Kernpunkt seiner Programmaktivitäten in den nächsten Jahren. Nicht nur wegen der außerordentlichen Bedrohung, die von der Epidemie für Kinder und Frauen ausgeht, sondern auch, weil Prävention möglich ist, verfolgt UNICEF ein energisches Vorgehen gegen HIV/Aids. Um sich den von HIV/Aids ausgehenden Herausforderungen zu stellen, konzentriert sich UNICEF auf vier zentrale Bereiche:

- HIV-Prävention bei jungen Menschen,
- Prävention der Mutter-Kind-Übertragung von HIV,
- Ausweitung von Schutz, Betreuung und Unterstützung für Waisen und von HIV/Aids betroffene Kinder sowie

²² www.unicef.org/aids/

- Ausweitung der Betreuung und Unterstützung von Kindern, jungen Menschen und Eltern mit HIV/Aids.

53. UNICEF kooperiert mit Regierungen, anderen VN-Organisationen, nichtstaatlichen Organisationen und Gemeinschaftsorganisationen auf globaler, nationaler und Gemeinschaftsebene. Dabei verfolgt die Organisation die folgenden Ziele: die Epidemie zu verstehen und ihre Auswirkungen insbesondere auf Kinder und junge Menschen zu beurteilen, die Angemessenheit der Reaktionen zu evaluieren sowie Programme zur Prävention der HIV-Infektion zu konzipieren und zu unterstützen, die Auswirkungen von HIV/Aids auf Kinder, junge Menschen und Familien zu bekämpfen, die Stigmatisierung auszumerzen und Kinder, junge Menschen, Familien und Gemeinschaften in die Lage zu versetzen, die Auswirkungen von HIV/Aids zu bewältigen, sowie den sozialen Wandel herbeizuführen. UNICEF ist vor Ort stark vertreten und unterhält Kooperationsprogramme mit 162 Ländern, Gebieten und Territorien.

54. Das Welternährungsprogramm (WFP)²³ ist die größte humanitäre Organisation auf der Welt und unterstützt von HIV und Aids Betroffene, weil die Pandemie die Unterernährung verschärft und die Sicherung des Lebensunterhalts bedroht. Mit seinen nationalen und lokalen Partnern und über sie unterstützt das WFP Präventions-, Betreuungs- und Behandlungsprogramme, indem es Nahrungsmittelunterstützung für die am stärksten Betroffenen leistet. Um ihre Immunsysteme zu stärken und ihren allgemeinen Ernährungszustand zu verbessern, erhalten Personen mit HIV zusammen mit antiretroviraler Behandlung Nahrungsmittelrationen. Bei Programmen zur Prävention der Mutter-Kind-Übertragung angemeldete HIV-positive Schwangere erhalten auch Nahrungsmittelsupplemente und Informationen, um sie in die Lage zu versetzen, bei guter körperlicher Verfassung zu bleiben und gesunde Kinder zur Welt zu bringen. Nahrungsmittelhilfe wird darüber hinaus genutzt, um zur Verbesserung des Ernährungszustands von Tuberkulose-Patienten beizutragen und sie zu befähigen, ihre langwierige Behandlung durchzuhalten. Waisen und andere von HIV und Aids betroffene Kinder erhalten Schulmahlzeiten in Verbindung mit Rationen zum Mitnehmen, was dazu beiträgt, die Bildungskosten zu senken, und Ausbildungsprogramme auf Gemeinschaftsebene für Schulabbrecher werden durch eine Nahrungsmittelkomponente ergänzt.

55. Das WFP fördert die HIV-Prävention und die Aids-Sensibilisierung in allen seinen Programmen und durch sein gesamtes Personal einschließlich der Fahrer, die Nahrungsmittel liefern. Auf diese Weise bieten Verteilungsstellen für Nahrungsmittel des WFP eine Chance, Risikogruppen mit wichtigen Informationen zur HIV-Prävention und -Betreuung zu erreichen.

56. Das Entwicklungsprogramm der Vereinten Nationen (UNDP)²⁴. Maßnahmen zu HIV/Aids sind eine der Kernprioritäten des UNDP, welches Ländern hilft, HIV/Aids in das Zentrum nationaler Entwicklungspläne und -prozesse in Bezug auf die Millenniums-Entwicklungsziele zu stellen. Das UNDP bemüht sich auf allen Ebenen der Regierung und der Zivilgesellschaft um die Schaffung nationaler Kapazität für ein koordiniertes multisektorales Vorgehen gegen die Epidemie. Es bekämpft die HIV/Aids zugrunde liegenden Ursachen und schützt die Rechte von Betroffenen, Frauen und anfälligen Bevölkerungsgruppen. Die Organisation konzentriert sich auf drei Bereiche:

- *HIV/Aids und die menschliche Entwicklung.* In Partnerschaft mit der Weltbank und dem UNAIDS-Sekretariat leistet das UNDP technische Unterstützung, um Ländern dabei zu helfen, HIV/Aids wirksamer in Strategien zur Verringerung der Armut

²³ www.wfp.org/food_aid/food_for_hiv/index.asp

²⁴ www.undp.org/hiv/

und nationale Entwicklungspläne zu integrieren. Außerdem unterstützt das UNDP Länder bei der Ausarbeitung von Gesetzen in den Bereichen Handel, Gesundheit und geistiges Eigentum, die einen Rechtsrahmen für den dauerhaften Zugang zu qualitativ hochwertigen, aber preisgünstigen Aids-Medikamenten schaffen.

- *Lenkung des Vorgehens gegen HIV/Aids.* UNDP unterstützt die Harmonisierung und Ausrichtung der Unterstützung des VN-Systems und der Geber für nationale Aids-Behörden und die Koordinierung nationaler Aids-Reaktionen einschließlich der Durchführung multilateraler Finanzierungsinitiativen. Über das System der Residierenden Koordinatoren unterstützt das UNDP die Integration von HIV/Aids in Prozesse der gemeinsamen länderbezogenen Programmierung von VN-Landesteams.
- *Menschenrechte, Geschlechterbeziehungen und HIV/Aids.* Zum Schutz der Rechte von Menschen mit HIV/Aids, Frauen und anfälligen Gruppen unterstützt das UNDP Länder bei der Schaffung eines unterstützenden Umfelds im Hinblick auf die Menschenrechte. Dies umfasst die Bekämpfung von Stigmatisierung und Diskriminierung sowie von Geschlechterbeziehungen, die Frauen und Mädchen anfällig für die Infektion machen. Das UNDP unterstützt aktiv die Beteiligung von Menschen mit HIV an der Planung, Durchführung und Beurteilung von HIV/Aids-Maßnahmen.

57. Der Bevölkerungsfonds der Vereinten Nationen (UNFPA)²⁵ konzentriert seine Aids-Maßnahmen auf die HIV-Prävention bei jungen Menschen und Schwangeren, umfassende Kondomprogramme für Männer und Frauen sowie die Stärkung der Integration von reproduktiver Gesundheit und Aids. Die HIV-Prävention ist eine institutionelle Priorität in seinen Programmen in mehr als 140 Ländern, und der Fonds hat kürzlich die Zahl der mit Aids befassten Mitarbeiter um 70 erhöht (vorwiegend nationales Personal). Er unterstützt ein breites Spektrum von Sofort- und Langzeitinitiativen zur Verhütung der sexuellen Übertragung von HIV einschließlich der Vermittlung von Informationen zur Verhaltensänderung, freiwilliger Tests und Beratung sowie der Versorgung sexuell übertragener Infektionen. Er unterstützt auch die zur Entwicklung geeigneter Präventionsstrategien erforderlichen demografischen und soziokulturellen Erhebungen.

58. UNFPA fördert sichereres Sexualverhalten von jungen Menschen sowie Maßnahmen mit den Zielen, Frauen besser in die Lage zu versetzen, unerwünschte und unsichere sexuelle Beziehungen zu verweigern, und junge Männer dazu zu bringen, verantwortungsvoller zu handeln, indem sie sich selbst und ihre Partner/innen schützen. Eine weitere Priorität ist die Infektionsverhütung bei Schwangeren. Der Fonds unterstützt die Bereitstellung geeigneter Informationen, Aufklärungsmaßnahmen und Dienstleistungen zur reproduktiven Gesundheit für junge Menschen. Seine dritte Priorität ist die Verringerung der Übertragung von HIV und anderen sexuell übertragenen Infektionen, die zur Ausbreitung von HIV/Aids beitragen, durch die Verbesserung des Zugangs zu männlichen und weiblichen Kondomen und die Förderung ihrer korrekten und beständigen Verwendung unter Berücksichtigung der Bedürfnisse und Sichtweisen der Nutzer sowie kultureller Einflüsse.

59. Das Büro der Vereinten Nationen für Drogen- und Verbrechensbekämpfung (UNODC)²⁶ wurde 1997 eingerichtet und ist zuständig für die zusammenhängenden Aufgaben der Drogenkontrolle, der Verbrechensprävention und der Bekämpfung des

²⁵ www.unfpa.org/hiv/

²⁶ www.unodc.org/

internationalen Terrorismus im Kontext nachhaltiger Entwicklung und menschlicher Sicherheit. Als einer der Ko-Sponsoren von UNAIDS seit 1999 hat das UNODC auch die Federführung beim globalen Vorgehen zur HIV-Prävention und -Betreuung bei injizierenden Drogenkonsumenten und in Gefängnissen und soll die Entwicklung des Vorgehens des VN-Systems gegen Aids im Zusammenhang mit dem Menschen-smuggel unterstützen. Zu diesem Zweck unterstützt das UNODC Länder bei der Schaffung nationaler Kapazität für die Durchführung von Lagebeurteilungen und Rechts- oder Strategieüberprüfungen, die Entwicklung und Umsetzung von Förderstrategien sowie die rasche Ausweitung wirksamer evidenzbasierter HIV-Präventions- und Betreuungsprogramme für gefährdete Gruppen. In Zusammenarbeit mit anderen UNAIDS-Partnern hat das UNODC auf der 16. Internationalen Aids-Konferenz in Toronto einen Strategierahmen für die HIV-Prävention und -Betreuung in Gefängnissen vorgestellt.

60. Parallel zu seinen Bemühungen zur Unterstützung der Strategie- und Programm-entwicklung bemüht sich das UNODC, strategische Informationen zur HIV-Prävention und -Betreuung zu erstellen, zu sammeln und unter Drogenkonsumenten, Gefangenen und durch Menschen-smuggel gefährdeten Gruppen zu verbreiten. Der Hauptschwerpunkt liegt darauf, politischen Entscheidungsträgern und Programmmanagern zu helfen zu bestimmen, wie sie am besten anhand einer Reihe von Ergebnissen den Programm-erfolg messen und beurteilen, epidemiologische Trends verfolgen und maßgeschneiderte Förderstrategien entwickeln.

61. Die Organisation der Vereinten Nationen für Erziehung, Wissenschaft und Kultur (UNESCO)²⁷ wurde als federführende Organisation für die HIV-Prävention bei jungen Menschen in Bildungseinrichtungen bestimmt. Um die Beteiligung des Bildungssektors an der nationalen Aids-Bekämpfung zu fokussieren und zu intensivieren, steht die UNESCO an der Spitze der Globalen Initiative „Bildung und HIV/Aids“ – einer Partnerschaft mit dem Ziel, eine umfassende Reaktion des Bildungssektors zu etablieren. Die UNESCO beruft auch die Interinstitutionelle Arbeitsgruppe (IATT) „Bildung“.

62. Der Ansatz der UNESCO basiert auf der Annahme, dass präventive Aufklärung dazu beitragen muss, die Einstellungen herbeizuführen, die Kenntnisse zu vermitteln und die Motivation aufrechtzuerhalten, die ein Verhalten fördern, welches Risiken und Anfälligkeiten verringert. Die UNESCO hat sich die folgenden fünf Aufgaben gesetzt:

- *Förderungsarbeit auf allen Ebenen.* Die UNESCO wendet sich an Ministerien, Behörden und nichtstaatliche Organisationen in den Bereichen Bildung, Wissenschaft, Kultur und Sport sowie an die Zivilgesellschaft und den Privatsektor.
- *Anpassung der Informationen.* Die UNESCO entwickelt wirksame und kultursensitive Informationen für Zielgruppen, wobei sie mit den am meisten gefährdeten beginnt.
- *Verringerung von Risikoverhalten und Anfälligkeit.* Formelle und nicht formelle Bildungsprogramme werden entwickelt, damit alle jungen Menschen die Fakten zu HIV/Aids kennen, über Präventionsmöglichkeiten informiert sind und auf der Grundlage dieses Wissens handeln können.
- *Betreuung von Infizierten und Betroffenen.* Infizierte und Betroffene werden aktiv einbezogen und bei ihren Bemühungen unterstützt, in Gemeinschaften auf der ganzen Welt gegen die Epidemie anzugehen. Behandlung ist ein integraler Bestandteil von Prävention.

²⁷ <http://hivaidsclearinghouse.unesco.org/>

- *Bewältigung der institutionellen Auswirkungen.* Um die Kernaufgaben wichtiger sozialer, wirtschaftlicher und politischer Institutionen vor den Folgen von HIV/Aids zu schützen, entwickelt und verbreitet die UNESCO Werkzeuge, die es ermöglichen, die Auswirkungen der Epidemie auf Bildungseinrichtungen, Schüler und Studenten, Lehrer und andere wichtige Institutionen auf der Landesebene zu beobachten und zu beurteilen sowie darauf zu reagieren.

63. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) ²⁸ koordiniert die Reaktion des Gesundheitssektors auf die HIV/Aids-Epidemie. Der Gesundheitssektor spielt eine zentrale Rolle bei der Förderung und Durchführung wirksamer Präventions-, Betreuungs- und Behandlungsleistungen. Seine Fähigkeit zur Wahrnehmung dieser Aufgabe wurde jedoch durch unterentwickelte Gesundheitssysteme und die großen, durch die Epidemie verursachten Belastungen beeinträchtigt. Die erneute Bekräftigung der Unterstützung durch die Politik, mehr globale Mittel für HIV/Aids, eine aussagekräftigere Evidenzgrundlage zu kostenwirksamen Interventionen, neue Präventionsmodalitäten und der erweiterte Zugang zu antiretroviraler Therapie bieten jetzt eine nie da gewesene Chance, die Gesundheitssysteme in ihrer Gesamtheit zu stärken und eine wirkungsvollere ganzheitliche Reaktion auf den Weg zu bringen.

64. HIV/Aids ist für die WHO eine Priorität für die Gesamtorganisation. Innerhalb des Kontextes des in der Verpflichtungserklärung zu HIV/Aids (2001) geforderten umfassenden und multisektoralen Vorgehens hat sie ihre Unterstützung für die Maßnahmen der Mitgliedstaaten zur Bekämpfung der Epidemie intensiviert. Die normative Orientierung, die die WHO gibt, wird durch eine Strategie der technischen Unterstützung mit dem Ziel untermauert, die Kapazität von Ländern zu stärken. Ihr zentrales HIV/Aids-Programm ist eng mit einer Reihe verwandter Programmbereiche wie sexuelle und reproduktive Gesundheit, Tuberkulose, Gesundheitserziehung und Substanzabhängigkeit verknüpft. Der Fünfjahresplan der WHO ²⁹ umfasst fünf strategische Ausrichtungen und beschreibt die prioritären Interventionen des Gesundheitssektors:

- a) Menschen zu ermöglichen, durch vertrauliche Tests und Beratung ihren HIV-Status in Erfahrung zu bringen, sowie Diagnosen bei Kleinkindern durchzuführen,
- b) den Beitrag des Gesundheitssektors zur HIV-Prävention in Bezug auf alle Übertragungswege zu maximieren und die Entwicklung neuer Präventionstechnologien wie Mikrobiziden zu fördern,
- c) die Ausweitung der HIV/Aids-Behandlung und -Betreuung für Erwachsene und Kinder einschließlich palliativer Betreuung und antiretroviraler Therapie zu beschleunigen sowie die Versorgung von HIV/Aids und Tuberkulose zu verknüpfen,
- d) die Gesundheitssysteme durch die Unterstützung von Planung, Management, Humanressourcenentwicklung und tragfähiger Finanzierung zu stärken,
- e) in strategische Informationen zu investieren, um Orientierung für eine wirkungsvolle Reaktion einschließlich der Überwachung von sexuell übertragenen Infektionen und HIV, Behandlungsmonitoring und Operational Research zu geben.

²⁸ www.who.int/topics/hiv_infections/en/

²⁹ WHO: *WHO's contribution to scaling up towards universal access to HIV/AIDS prevention, care and treatment, 2006-2010*; Febr. 2006, unter: http://www.who.int/hiv/universalaccess2010/WHOstrategicdirections_en_may2006.ppt

65. Die Weltbank³⁰ hat den Auftrag, die Armut zu verringern und die Lebensqualität zu verbessern. Mit der Zielsetzung des allgemeinen Zugangs zu HIV-Prävention, -Behandlung, -Betreuung und -Unterstützung trägt sie durch Maßnahmen zur Stärkung nationaler Strategien, Überwachung und Evaluierung, die Finanzierung umfassender Aids-Programme und Anstrengungen, sicherzustellen, dass Aids Teil der allgemeinen Entwicklungsagenda ist, zur Ausweitung bei. Bis Dezember 2006 hatte die Weltbank mehr als 2,7 Milliarden US-Dollar für Aids-Programme auf der ganzen Welt zugesagt, fast die Hälfte davon im Rahmen der *Multi-Country HIV/AIDS Programs* für Afrika und die Karibik. In ihrem Grundsatzdialog mit Darlehen nehmenden Ländern betont die Weltbank, dass HIV/Aids eine Entwicklungspriorität ist, und unterstreicht die Notwendigkeit der Übernahme von Verantwortung durch die politische Führungsebene, systematischer Reformen des Gesundheitssektors, des Schutzes der Menschenrechte und einer Reihe multisektoraler Reformen mit dem Ziel, den Einfluss der Faktoren zu verringern, die zur HIV-Übertragung beitragen.

66. Die Weltbank hat sich selbst das Ziel gesetzt, die Koordinierung zu verbessern und ihre Unterstützung mit den Maßnahmen der Länder besser abzustimmen und zu harmonisieren. Auf der ersten Jahrestagung der drei größten Geber (Globaler Fonds, PEPFAR (*The United States President's Emergency Plan for AIDS Relief*) und Weltbank) im Januar 2006 wurden Aktionspläne beschlossen, die dazu beitragen sollen, die Geberkoordinierung und die Unterstützung für die Durchführung von Maßnahmen zu verbessern. Die Weltbank nimmt für die Gesamtheit der UNAIDS unterstützenden Organisationen zwei wichtige Aufgaben wahr: Der *AIDS Strategy and Action Plan* (ASAP) leistet Unterstützung bei der strategischen und operativen Planung nationaler Aids-Reaktionen. Das *Global AIDS Monitoring and Evaluation Team* (GAMET) wurde mit dem Ziel eingerichtet, die nationale Überwachungs- und Evaluierungskapazität zu verbessern.

Die Aktivitäten der IAO

67. Der besondere Beitrag der IAO zu UNAIDS umfasst:

- ihre dreigliedrige Mitgliedschaft, durch die die Mobilisierung von Regierungen, Arbeitgebern und Arbeitnehmern gegen HIV/Aids gefördert wird (auf die besonderen Rollen der Arbeitgeber- und Arbeitnehmerverbände wird weiter unten im Detail eingegangen),
- ihr direkter Zugang zur Arbeitswelt mit den daraus resultierenden Möglichkeiten zur HIV/Aids-Prävention, -Betreuung, -Unterstützung und -Behandlung,
- ihre langjährige Erfahrung bei der Ausarbeitung internationaler Normen zum Schutz von Arbeitnehmerrechten (eine Reihe von IAO-Normen bezieht sich unmittelbar auf die Prävention und die Bewältigung von HIV/Aids, und andere stehen dazu in einem mittelbaren Bezug),
- ihr globales Netzwerk von Außenbüros und Projekten für technische Zusammenarbeit sowie
- ihre substanzielle Kapazität für Forschung, Informationsvermittlung und Ausbildung.

68. Das IAO-Programm zu HIV/Aids und die Welt der Arbeit (ILO/AIDS) ist im Sozialschutzsektor angesiedelt. Grundlage für seine Aktivitäten bildet der 2001 mit der Unterstützung von Regierungen, Arbeitgebern und Arbeitnehmern verabschiedete rich-

³⁰ http://www1.worldbank.org/hiv_aids/globalprogram.asp

tungweisende Praxisorientierte Leitfadens der IAO zu HIV/Aids in der Welt der Arbeit. Im selben Jahr wurde die IAO der achte Ko-Sponsor von UNAIDS. Seitdem hat sich das Programm mit der Unterstützung mehrerer Mitgliedstaaten auf die Umsetzung des praxisorientierten Leitfadens und die unmittelbare Unterstützung der Mitgliedsgruppen bei der Ausarbeitung ihrer Reaktionen auf die HIV/Aids-Pandemie auf der nationalen Ebene konzentriert. Es hat sich auch aktiv am UNAIDS-Programm beteiligt und in diesem Kontext zur Ausarbeitung von Reaktionen im VN-Gesamtsystem und an der Koordinierung beigetragen.

69. Der praxisorientierte Leitfaden ist eine Vorlage für Maßnahmen am Arbeitsplatz. Er enthält Grundsätze für die Strategieentwicklung und den Schutz von Rechten sowie praxisorientierte Richtlinien für Präventions-, Betreuungs- und Unterstützungsprogramme. Er wurde in 54 Sprachen übersetzt (Stand zum Zeitpunkt der Abfassung dieses Berichts im Jahr 2007), und weitere Übersetzungen sind in Vorbereitung³¹. Die IAO setzt den Leitfaden durch technische Zusammenarbeit, Ausbildung und Beratungsdienstleistungen für Regierung, Arbeitgeber und Arbeitnehmer in allen Regionen um. Das dazugehörige Schulungs- und Ausbildungshandbuch enthält Informationen, methodische Empfehlungen, Kursübersichten und Lernaktivitäten.

70. Über die Aktivitäten von ILO/AIDS und seiner direkten Förderung des praxisorientierten Leitfadens hinaus sind Maßnahmen zu HIV/Aids in die Arbeit aller Teile der IAO integriert. Die Epidemie bildet eine Bedrohung für alle vier strategischen Ziele der Organisation (grundlegende Prinzipien und Rechte bei der Arbeit, Beschäftigung, Schaffung von Einkommensmöglichkeiten und Qualifizierung, Sozialschutz und Sozialdialog). Mit der Einrichtung des IAO-Programms zu HIV/Aids und die Welt der Arbeit unterstrich der Generaldirektor den hohen Stellenwert der Integration von HIV/Aids in alle IAO-Programme. Dies belegt auch das folgende Zitat: „Aufgrund der Vielfalt und des multisektoralen Charakters der Aktivitäten in Bezug auf HIV/Aids wird gewährleistet sein, dass die HIV/Aids-Problematik sowohl in der Zentrale als auch in den Außenbüros bei anderen IAO-Programmen und -Aktivitäten allgemeine Berücksichtigung finden wird“³².

71. *Technische Unterstützung.* Die IAO leistet technische Unterstützung für die Mitgliedstaaten, um ihre Reaktion auf HIV/Aids am und über den Arbeitsplatz zu stärken. Zwischen 2001 und dem Zweijahreszeitraum 2006-07 wuchs der Etat von ILO/AIDS für technische Zusammenarbeit von zwei auf mehr als 20 Millionen US-Dollar. Neben den Mitteln, die dafür von UNAIDS und anderen internationalen Organisationen zur Verfügung gestellt werden, finanziert eine Reihe von Ländern Projekte. Das gemeinsame Ziel besteht darin, die dreigliedrigen Mitgliedsgruppen der IAO in die Lage zu versetzen, einen Beitrag zu den nationalen Bemühungen zur Aids-Bekämpfung zu leisten, indem sie sicherstellen, dass die Arbeitswelt im nationalen Aids-Plan angemessen berücksichtigt wird, auf Rechten basierende Arbeitsplatzstrategien entwickeln und wirksame Programme durchführen. Der Ansatz stützt sich auf den komparativen Vorteil der Netzwerke, Erfahrungen und Materialien der IAO und insbesondere auf den praxisorientierten Leitfaden. Zu den Kernelementen zählen Unterstützung und Orientierung für die Förderungsarbeit, die Planung und die Strategieentwicklung, die Ausbildung von

³¹ Albanisch, Amharisch, Arabisch, Armenisch, Aserbaidschanisch, Bahasa, Bengalisch, Bosnisch, Bulgarisch, Chinesisch, Deutsch, Englisch, Estnisch, Ewe, Filipino, Französisch, Ga, Georgisch, Hausa, Hindi, Ibo, Italienisch, Japanisch, Kabiyé, Khmer, Kirgisisch, Madagassisch, Mina, Mongolisch, Nepali, Oromifa, Paschtu, Persisch, Polnisch, Portugiesisch, Rumänisch, Russisch, Sesotho, Setswana, Sinhala, Siswati, Spanisch, Suaheli, Tadschikisch, Tamilisch, Thai, Türkisch, Twi, Ukrainisch, Ungarisch, Urdu, Vietnamesisch, Wolof und Yoruba.

³² IAA, Circular No. 187 (REV. 1), Serie 2, 26. Febr. 2001.

Ansprechpartnern bei den Mitgliedsgruppen und von Multiplikatoren am Arbeitsplatz, die Integration von HIV/Aids in Unternehmensmaßnahmen und -strukturen (einschließlich Personal- und Wohlfahrtsprogrammen sowie Arbeitsschutzausschüssen) sowie die Erbringung von Dienstleistungen oder die Verweisung an öffentliche Dienste einschließlich aktiver Kampagnen für Tests zur Aufklärung über den HIV-Status.

72. Arbeitsplatzbezogene Maßnahmen und Projekte zu HIV/Aids werden derzeit in mehr als 70 Ländern durchgeführt. IAO/AIDS hat Regierungen geholfen, im Rahmen der nationalen HIV/Aids-Strategie betriebliche Strategien auszuarbeiten, zu integrieren und umzusetzen. Umfassende Arbeitsplatzprogramme werden durchgeführt, um Stigmatisierung und Diskriminierung entgegenzuwirken, durch gemeinsame Anstrengungen von Arbeitgebern und Arbeitnehmern den allgemeinen Zugang zu fördern, ausgewählte Unternehmen zu unterstützen und zur Schulung von Personen wie Arbeitsrichtern, Mitarbeitern von Arbeitsgerichten und Gewerbeaufsichtsbeamten beizutragen, die dem Arbeitsministerium unterstellt sein können. Zu den erfassten Sektoren zählen Handel, Tourismus, Hotellerie und Gastronomie, Verkehr, kommerzielle Landwirtschaft, Energie- und Wasserversorgung, Bergbau, verarbeitende Industrie, der Finanzsektor und der informelle Sektor.

73. Trotz der nachweislichen Vorteile von Arbeitsplatzprogrammen machen die für die Arbeitswelt verfügbaren Mittel nur einen kleinen Teil der internationalen Unterstützung aus, die für die Bewältigung der Epidemie und ihrer Auswirkungen in Länder geleitet wird. Da der überwiegende Teil der finanziellen Ressourcen für HIV/Aids derzeit vorwiegend auf der Landesebene bereitgestellt wird, ist es für die IAO eine Priorität, einen erhöhten Mittelanteil für die dreigliedrigen Mitgliedsgruppen und für die Unternehmen sicherzustellen, die ihre eigenen Reaktionen auf die Epidemie ausarbeiten müssen. Mit dem Ziel, die Reaktion der Arbeitswelt auszuweiten und besser unterstützen zu können, wurde in diesem Kontext die Zusammenarbeit mit dem Globalen Fonds zur Bekämpfung von Aids, Tuberkulose und Malaria (GFATM) verstärkt, und es wurden Anstrengungen in die Wege geleitet, um Ressourcen bei IAO-Mitgliedsgruppen zu mobilisieren.

74. *Andere IAO-Programme.* Weil HIV/Aids viele Bereiche der Arbeit der IAO betrifft, sind Reaktionen in allen ihren Hauptabteilungen und Programmen angesiedelt.

75. *Internationale Arbeitsnormen.* Wenngleich es keine internationale Arbeitsnorm speziell zu HIV/Aids gibt³³, haben die Führungsgremien der IAO die negativen Auswirkungen der Epidemie für die Verwirklichung der Menschenrechte und der Arbeitnehmerrechte anerkannt. Wie in den nachfolgenden Kapiteln aufgezeigt wird, wurden diese bisweilen eine Form der Diskriminierung entsprechend der Definition dieses Begriffs im Übereinkommen (Nr. 111) über die Diskriminierung in Beschäftigung und Beruf, 1958, interpretiert. Die gravierenden Auswirkungen der Epidemie im Bereich der Kinderarbeit und der Beitrag, der mittels Vereinigungsfreiheit und Kollektivverhandlungen zu ihrer Bekämpfung geleistet werden kann, sind weitere wichtige Gründe für die Berücksichtigung von HIV/Aids bei Untersuchungen zur Frage, wie die Übereinkommen zu diesen Themen angewendet wurden. Darüber hinaus bildete die Anwendung der IAO-Normen zur Sozialen Sicherheit, zu betriebsärztlichen Diensten und zum Arbeitsschutz ein wichtiges Element der IAO-Reaktion auf HIV/Aids.

76. Das Internationale Programm für die Beseitigung der Kinderarbeit (IPEC) beschäftigt sich seit 2001 mit den Verbindungen zwischen HIV/Aids und der Kinderarbeit und hat sich in diesem Zusammenhang auf Kinder konzentriert, die ein oder beide Eltern-

³³ Das Seearbeitsübereinkommen, 2006, ist die erste internationale Arbeitsnorm, in der unmittelbar auf HIV/Aids Bezug genommen wird.

teil(e) durch Aids verloren haben. Neuesten Schätzungen zufolge gab es Ende 2007 allein in Afrika südlich der Sahara 11,4 Millionen Waisen³⁴. Das IPEC hat eine Informationsdatenbank zu den Verbindungen zwischen der Kinderarbeit, insbesondere in ihren schlimmsten Formen, und Aids-Waisentum sowie -Anfälligkeit zusammengestellt³⁵. Diese Anstrengungen haben in einem auf drei Jahre angelegten Projekt mit dem Titel „Bekämpfung und Verhinderung von durch HIV/Aids verursachter Kinderarbeit in Afrika südlich der Sahara“ resultiert. Mit dem Projekt sollen von HIV/Aids betroffene Jungen und Mädchen in Uganda und Sambia unterstützt werden, die Kinderarbeit leisten müssen oder Gefahr laufen, in die Kinderarbeit zu geraten. Sein Ziel ist auch die Verbreitung von Informationen aus dem Themenbereich HIV/Aids und Kinderarbeit. Im Rahmen des Projekts wurden Gemeinschaftsstrukturen und Sozialschutzmechanismen geschaffen. Erfolgreiche Sozialschutzmechanismen umfassen den Bereich der Schaffung von Verdienstmöglichkeiten und die Einrichtung von Sparprogrammen. Diese Projekte mit Modellcharakter werden auch in anderen Ländern der Subregion durchgeführt werden können. Außerdem unterstützt das Projekt die Regierungen in Uganda und Sambia bei der allgemeinen Berücksichtigung der HIV/Aids-Problematik in nationalen Strategien und Programmen zur Kinderarbeit. Zur Sensibilisierung für das Thema und bei der Durchführung von entsprechenden Schulungsmaßnahmen arbeitet es in beiden Ländern mit Arbeitgeber- und Arbeitnehmerverbänden zusammen. Es entwickelt auch Instrumente für politische Entscheidungsträger und Programmplaner, die diesen helfen sollen, sich konstruktiv mit dem Themenkomplex von HIV/Aids und Kinderarbeit zu befassen und in der Praxis bewährte Beispiele in der Subregion zu übernehmen.

77. *Beschäftigungssektor* (EMPLOYMENT). Das Programm für die Entwicklung des weiblichen Unternehmertums und Gleichstellung der Geschlechter (WEDGE) hat Maßnahmen zur allgemeinen Berücksichtigung von HIV/Aids bei seinen Aktivitäten verabschiedet. WEDGE ist eine Komponente eines Regionalen Partnerschaftsprogramms zwischen der IAO und *Irish Aid*; die beiden anderen Komponenten sind „Förderung des Unternehmertums unter Frauen mit Behinderungen“ (DEWD) und „Förderung der Beschäftigungsfähigkeit und der Einstellung von Menschen mit Behinderungen durch wirksame Gesetze“ (PEPDEL). Der Beschäftigungssektor kooperiert mit ILO/AIDS bei der Entwicklung von Strategien und praxisorientierten Maßnahmen zur Schaffung von Beschäftigungschancen und Verdienstmöglichkeiten für Menschen mit HIV.

78. In die Zuständigkeit des Sektors *Sozialdialog* (DIALOGUE) fällt ein Arbeitsprogramm, das die Stärkung der Rechtssysteme zum Ziel hat. Dies ist eine Voraussetzung dafür, sicherzustellen, dass alle als Reaktion auf HIV/Aids beschlossenen Maßnahmen innerhalb eines wirksamen Rechtsrahmens mit den zugehörigen Durchsetzungsmechanismen Unterstützung finden. Das Programm wird die Sozialpartner und andere Beteiligte (Arbeitsgerichte, Richter und Arbeitsaufsichtsbeamte) bei der Stärkung ihrer Kapazität zur Anwendung themenbezogener Arbeitsnormen, verbesserter nationaler Gesetze und des praxisorientierten Leitfadens der IAO von 2001 unterstützen. 2006 und 2007 hat ILO/AIDS in Zusammenarbeit mit dem Sektor Sozialdialog 100 Arbeitsaufsichtsbeamte aus Mosambik, Sambia und Malawi sowie 170 Richter aus 15 Ländern (Äthiopien, Benin, Burkina Faso, Kamerun, der Demokratischen Republik Kongo, Lesotho, Malawi, Mauritius, Mosambik, Nigeria, Sambia, Simbabwe, Südafrika, der Vereinigten Republik Tansania und Togo) geschult. Dies wird die Einhaltung der Gesetze und Vorschriften in den Bereichen Arbeitsrecht und Arbeitsschutz am Arbeitsplatz verbessern und zu einem

³⁴ UNAIDS und WHO: *AIDS epidemic update: December 2007*, unter: www.unaids.org/

³⁵ Unter: www.ilo.org/child_labour

sicheren Arbeitsumfeld ohne Diskriminierung beitragen. Die IAO hat bereits Instrumente zur Unterstützung solcher Schulungen entwickelt. Dazu zählen:

- *Richtlinien zur Bekämpfung von HIV/Aids am Arbeitsplatz durch das Arbeitsrecht.* Diese enthalten technische Anleitungen zur Frage, wie sich der Bestand an internationalen Grundsätzen, die sich im Bereich des Arbeitsrechts etabliert haben, unter Berücksichtigung der unterschiedlichen nationalen Umstände und Rechtstraditionen am besten integrieren lässt. Dazu werden vor allem in der Praxis bewährte Beispiele beschrieben.
- Ein *Handbuch zu HIV/Aids für Arbeitsaufsichtsbeamte und Betriebsprüfer*, das diesem Personenkreis beim Umgang mit dem Thema HIV/Aids unterstützen soll. Dabei wird auf den praxisorientierten Leitfaden der IAO zurückgegriffen, um zu verdeutlichen, warum HIV/Aids ein Arbeitsplatzproblem und eine Entwicklungs herausforderung darstellt, um die Verknüpfungen zwischen HIV/Aids und den Grundsätzen sowie der Praxis der Arbeitsaufsicht unter besonderer Bezugnahme auf den Arbeitsschutz zu untersuchen und um praxisorientierte Instrumente zur Verwendung bei der Aufsicht zu entwickeln und Aufsichtsbeamten zu helfen, HIV/Aids in ihre zukünftige Arbeit zu integrieren.
- *Verwendung des praktischen Leitfadens und des Ausbildungshandbuchs der IAO: Richtlinien für Arbeitsrichter und Justizbeamte.* Es wurden Schulungen durchgeführt, um Arbeitsrichtern und Justizbeamten umfangreichere Kenntnisse der IAO-Normen und -Prinzipien mit Bezug auf HIV/Aids und über die Möglichkeiten zu vermitteln, wie sie diese in ihre Arbeit integrieren können. Diese Schulungen und die Richtlinien, die daraus hervorgegangen sind, basieren auf dem praxisorientierten Leitfaden der IAO und vermitteln Beispiele für die Anwendung der wichtigsten Grundsätze des Leitfadens in nationalem Recht und der Rechtsprechung.

79. Bei den für diese Schulungs- und Forschungskomponenten ausgewählten Ländern handelt es sich um Äthiopien, Benin, Botsuana, Burkina Faso, Kamerun, die Demokratische Republik Kongo, Lesotho, Malawi, Mauritius, Mosambik, Nigeria, Simbabwe, Südafrika und Togo. In Benin, Botsuana, Lesotho und Togo werden Pilotprojekte zur Intensivschulung von Ausbildern für Entwicklungsnetzwerke in Bezug auf die psychosozialen Auswirkungen von HIV/Aids durchgeführt werden.

80. Zielgruppen sind Unternehmen des Privatsektors und Arbeitgeberverbände, Gewerkschaften und entsprechende staatliche Institutionen (Gerichte und Schiedsgerichte, Beratungsgremien für Arbeitsfragen sowie nationale Arbeitsschutz- und Aids-Räte): Sie werden stärker für die Auswirkungen von HIV/Aids sensibilisiert und besser in die Lage versetzt, nationale Gesetze, Strategien und Programme umzusetzen und - wo dies erforderlich ist - auf der Grundlage von in einer umfangreichen Übersicht zusammengestellten Untersuchungsergebnissen an der Verbesserung solcher Gesetze mitzuwirken³⁶.

81. Seit 2004 führt das Programm für Tätigkeiten nach Sektoren (SECTOR) ein multi-sektorales Aktionsprogramm zu HIV/Aids durch. Dieses umfasst die Entwicklung von Instrumenten und Aktivitäten in den Bereichen Landwirtschaft, Bau, Bildung, Gesundheit, Hotellerie und Tourismus sowie Bergbau und Verkehr gemeinsam mit ILO/AIDS. Zu den Beispielen zählen die Entwicklung und Validierung gemeinsamer Arbeitsplatzstrategien zu HIV/Aids von IAO und UNESCO im Bildungssektor in der Karibik und im südlichen Afrika, Richtlinien zu HIV/Aids für den Verkehrssektor, ein Schulungswork-

³⁶ J. Hodges: *Digest of good legislative practices relating to HIV/AIDS in selected African countries*, ILO/DIALOGUE, voraussichtliche Veröffentlichung im Nov./Dez. 2007.

shop in Südafrika, ein Toolkit für Manager, Fahrer und Ausbilder sowie Richtlinien für die Sektoren Bau, Hotel, Bergbau und Handel (in Vorbereitung). Von besonderer Bedeutung sind die Gemeinsamen Richtlinien von IAO und WHO zu Gesundheitsdienstleistungen und HIV/Aids, die den Arbeitsschutz fördern, Gesundheitsfachkräfte stärker für Aids sensibilisieren, Diskriminierung entgegenwirken und die Stärkung von Gesundheitssystemen unterstützen.

82. Das Büro für Tätigkeiten für Arbeitgeber (ACT/EMP) und das Büro für Tätigkeiten für Arbeitnehmer (ACTRAV) gewährleisten die grundlegende Verbindung zwischen ILO/AIDS und den Mitgliedsgruppen. Sie bieten ILO/AIDS Informationen, Beratung sowie Kontakte und Arbeitgeber- und Arbeitnehmerverbänden Informationen, Orientierung und Unterstützung. Für die Arbeit von ILO/AIDS ist es wichtig, dass die Aktivitäten des Programms mit den und durch die Mitgliedsgruppen durchgeführt werden. Das HIV/Aids-Problem hat zu einem beispiellosen Umfang an Reaktionen vonseiten globaler, regionaler und nationaler Stellen geführt, die die Sozialpartner vertreten (siehe unten für weitere Details). Dieser Prozess erfordert technische Beiträge von ILO/AIDS; er wird jedoch von den beiden Büros separat und in Abstimmung verwaltet und beaufsichtigt.

Veränderungen der internationalen Reaktionen

83. Ein stärkeres Engagement der betroffenen Länder selbst, die Etablierung des GFATM, die Aids-Programme der Weltbank, erweiterte Zusagen von Geberländern (insbesondere den Vereinigten Staaten) und die Aktivitäten von Stiftungen des Privatsektors haben zwischen 2002 und 2006 zu einem Anstieg der Aids-Gesamtmittel von 2,8 auf 8,9 Milliarden US-Dollar geführt. Einerseits werden mehr Mittel benötigt, andererseits bedarf es jedoch auch dringend mehr Unterstützung stark betroffener Länder und der Zusammenarbeit mit ihnen. Außerdem müssen die Duplizierung von Strukturen und Aktivitäten sowie die Fragmentierung von Ressourcen vermieden werden.

- Der Globale Fonds wurde gegründet, um „eine drastische Erhöhung der Mittel zur Bekämpfung von drei der verheerendsten Krankheiten herbeizuführen und diese Mittel in Gebiete zu leiten, in denen sie am dringendsten benötigt werden“.³⁷ Er wurde als Partnerschaft zwischen Regierungen, der Zivilgesellschaft, dem Privatsektor und betroffenen Gemeinschaften konzipiert. Seit 2002 hat er in 136 Ländern etwa 7 Milliarden US-Dollar ausgegeben³⁸ und ist die Hauptfinanzquelle für die Bekämpfung der drei Krankheiten. Nach eigenen Angaben hat er bislang zwei Millionen Menschenleben gerettet, vorwiegend durch die Verteilung von Moskitonetzen und die Bereitstellung von HIV-Medikamenten. Der Globale Fonds
 - arbeitet als Finanzierungsinstrument, nicht als Durchführungsorganisation,
 - macht zusätzliche finanzielle Ressourcen verfügbar und wirbt ergänzende Kofinanzierungen ein, und
 - unterstützt Programme, in denen die nationale Eigenverantwortung zum Ausdruck kommt.

84. Zwischen 2001 und 2008 hat der Globale Fonds Mittel im Umfang von 4,7 Milliarden US-Dollar eingeworben. In seinen ersten beiden Vergaberunden hat der Fonds 1,5 Milliarden US-Dollar zur Unterstützung von 154 Programmen in 93 Ländern zugesagt. Diese substantielle Finanzspritze wird vielen Ländern ermöglichen, bestehende Programme dem Bedarf entsprechend auszuweiten. Andere werden dort, wo zuvor in

³⁷ Die Website des Global Fonds: <http://www.theglobalfund.org/EN/about/how/>

³⁸ Donald G. McNeil, in einem Artikel in *The International Herald Tribune*, 28. Sept. 2007.

entscheidendem Umfang Mittel fehlten, neue Programme beginnen können. Die Fähigkeit des Globalen Fonds zur Unterstützung der Ausweitung nachweislich bewährter Interventionen wird in den nächsten Jahren vollständig vom Erfolg seiner Bemühungen um die Einwerbung zusätzlicher Mittel abhängen. Der Fonds hat errechnet, dass er bis 2010 jährlich 8 Milliarden US-Dollar aufwenden muss, um die drei Krankheiten unter Kontrolle zu bringen. Er arbeitet eng mit anderen, mit Gesundheits- und Entwicklungsfragen befassten multilateralen und bilateralen Organisationen zusammen, um sicherzustellen, dass neu finanzierte Programme mit bestehenden koordiniert werden. In vielen Fällen wirken diese Partner vor Ort an Koordinierungsmechanismen auf Landesebene mit und leisten wichtige Unterstützung bei der Entwicklung von Vorschlägen und der Programmdurchführung.

85. Die zweitwichtigste Quelle von Mitteln ist das von der amerikanischen Regierung eingerichtete Programm zur Bekämpfung von Aids – EPFAR³⁹. Sein Ziel ist die Unterstützung der Behandlung von mindestens zwei Millionen Menschen, die mit HIV/Aids leben, die Verhinderung von sieben Millionen Neuinfektionen und die Unterstützung der Betreuung von zehn Millionen HIV-Infizierten und -Betroffenen einschließlich Waisen und gefährdeter Kinder. Das Programm ist in 120 Ländern auf der ganzen Welt tätig, wobei der besondere Schwerpunkt auf 15 Länder in Afrika, Asien und der Karibik gelegt wird, in denen etwa 50 Prozent der weltweiten HIV-Infizierten leben. Dies sind Äthiopien, Botsuana, Côte d’Ivoire, Guyana, Haiti, Kenia, Mosambik, Namibia, Nigeria, Ruanda, Sambia, Südafrika, die Vereinigte Republik Tansania, Uganda und Vietnam.

86. Eine weitere nichtstaatliche Quelle der Mittelkoordinierung ist die Clinton Global Initiative (CGI)⁴⁰. Sie wurde 2005 vom früheren amerikanischen Präsidenten Bill Clinton mit dem Ziel gegründet, „unserer Welt zu helfen, sich über den aktuellen Stand der Globalisierung hinaus zu einer integrierteren globalen Gemeinschaft zu entwickeln, in der Nutzen, Pflichten und Werte geteilt werden“. Unter dem Dach der CGI suchen Persönlichkeiten aus der ganzen Welt nach innovativen Lösungen für einige der drängendsten Probleme auf der Welt und deren Umsetzung in die Praxis. Die CGI vergibt keine Mittel und wirbt auch selbst keine Spenden zur Programmdurchführung ein. Stattdessen funktioniert sie als dynamische „Vermittlungsstelle“, die Menschen mit Ressourcen mit solchen mit organisatorischen Fähigkeiten zusammenbringt, um vor Ort Ergebnisse mit einem hohen Wirkungsgrad herbeizuführen. Gemeinsam mit Teilnehmern der Jahrestagungen definiert und entwickelt das CGI-Personal vor, während und nach diesen Veranstaltungen die Zusagen und verfolgt, inwieweit diese realisiert wurden.

87. Die Bill & Melinda Gates Foundation⁴¹ arbeitet nach Grundsatz, dass die Verhinderung der Ausbreitung von HIV die dauerhafteste Langzeitlösung der Aids-Epidemie darstellt; ihr wird daher von der Stiftung höchste Priorität eingeräumt. Die Stiftung unterstützt Anstrengungen zur Verhinderung der HIV-Übertragung einschließlich der Entwicklung eines sicheren, wirksamen und erschwinglichen HIV-Impfstoffs sowie von Mikrobizid-Gels oder -Cremes, die Frauen anwenden können, um sich vor einer sexuell übertragenen HIV-Infektion zu schützen. Die Unterstützung gilt des Weiteren großen Initiativen zur Ausweitung des Zugangs zu bestehenden HIV-Präventionsinstrumenten sowohl in Ländern mit sich ausbreitenden Epidemien als auch in solchen mit bereits

³⁹ www.usaid.gov/our_work/global_health/aids/pepfar.html

⁴⁰ www.clintonglobalinitiative.org

⁴¹ www.gatesfoundation.org

hohen HIV-Infektionsraten, und der Förderungsarbeit im Hinblick auf ein Bekenntnis zu einem wissenschaftsbasierten Ansatz zur Eindämmung der Epidemie.

88. Die Global HIV Prevention Working Group⁴² ist ein Fachgremium von mehr als 50 führenden Public-Health-Experten, Klinikern, Biomedizin- und Verhaltenswissenschaftlern, Vertretern des UNAIDS-Sekretariats und von Ko-Sponsoren, Interessenvertretern und von HIV/Aids Betroffenen, das von der Bill & Melinda Gates Foundation und der Henry J. Kaiser Family Foundation⁴³ initiiert wurde. Die Arbeitsgruppe strebt an, Einfluss auf die globale Politikgestaltung, die Programmplanung und Geberentscheidungen zur HIV-Prävention zu nehmen, und plädiert für eine umfassende Reaktion auf HIV/Aids mit Integration von Prävention, Behandlung und Betreuung.

Ausweitung der Reaktion

89. Trotz der massiven zusätzlichen Finanzierung und der Koordinierung der Maßnahmen reichen neueren Berichten zufolge diese Maßnahmen nicht aus, um das Ziel zu erreichen, HIV/Aids zum Stillstand zu bringen und umzukehren.

90. In einer im September 2007 von UNAIDS herausgegebenen Veröffentlichung⁴⁴ heißt es, dass „sich trotz deutlicher Mittelzuwächse für die HIV-Reaktion in diesem Jahrzehnt bei Anhalten der derzeitigen Finanzierungstrends die Lücke zwischen den verfügbaren Ressourcen und den zum Erreichen des allgemeinen Zugangs benötigten Beträgen in den nächsten Jahren vergrößern wird“⁴⁵. In dem Bericht wird konstatiert, dass es in den letzten Jahren signifikante Mittelzuwächse gegeben hat. Gleichzeitig wird jedoch vorgerechnet, dass „die Welt den allgemeinen Zugang selbst mit solchen Zuwächsen weder 2010 noch 2015 erreichen wird“⁴⁶. Es wird jedoch nicht nur die Verfügbarkeit von Ressourcen eine Rolle spielen, sondern auch die Frage, wie wirksam sie bei den Bemühungen eingesetzt werden, den allgemeinen Zugang zu erreichen und Probleme wie Armut, Jugendarbeitslosigkeit und Geschlechterunterschiede zu bekämpfen.

91. In einem neueren Bericht der Global HIV Prevention Working Group finden sich die folgenden Ausführungen⁴⁷:

Bei der HIV-Prävention sollten wir erfolgreich sein. Es gibt wirksame Möglichkeiten der Verhinderung jeder Art der Übertragung; die politische Unterstützung für den Kampf gegen HIV war nie größer; und die Mittel für HIV-Programme in Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen haben sich zwischen 2001 und 2006 versechsfacht. Die Bemühungen zur Verringerung der HIV-Inzidenz drohen jedoch zu scheitern, obwohl die Aufmerksamkeit für die Epidemie und insbesondere für den Zugang zur Behandlung in den letzten Jahren zugenommen hat. ... Wenn die Zahl der Neuinfektionen nicht drastisch verringert werden kann, werden die globalen Anstrengungen mit Ziel, die Behandlung von Aids allgemein verfügbar zu machen, zunehmend schwieriger werden, und Millionen weitere Menschen werden infolge vermeidbarer HIV-Infektionen sterben. Die dramatisch erweiterte Abdeckung mit antiretroviralen Medikamenten – weltweit hat der Zugang zwischen 2003 und 2006 von 8 auf 28 Prozent zugenommen – zeigt, was die Welt mit globalem Engagement, mehr Mitteln und kollektivem Handeln

⁴² www.GlobalHIVPrevention.org

⁴³ www.kff.org/

⁴⁴ UNAIDS: *Financial resources required to achieve universal access to HIV prevention, treatment, care and support*, 2007, a.a.O.

⁴⁵ Ebd., S. 1.

⁴⁶ Ebd., S. 5.

⁴⁷ Global HIV Prevention Working Group: *Bringing HIV prevention to sale: An urgent global priority*, Executive Summary, Juni 2004, unter: globalhivprevention.org

erreichen kann. Bislang hat ein ähnliches Zusammenwirken der Kräfte in Bezug auf die HIV-Prävention noch nicht stattgefunden.

92. In dem Bericht wird darüber hinaus eine Reihe von Empfehlungen abgegeben, die alle für die Arbeit der IAO von Bedeutung sind. Sie betreffen u.a. die Verdreifachung der verfügbaren Mittel, in jedem Land die Einrichtung eines integrativen nationalen Prozesses zur Entwicklung, Überwachung und Aktualisierung eines nationalen strategischen HIV-Plans, mit dem gleichzeitig die evidenzbasierte HIV-Prävention und -Behandlung vorangetrieben wird, mehr Zusammenarbeit zwischen multilateralen Organisationen und anderen Gebern sowie Empfehlungen für Anbieter im Gesundheitssektor, Forschungseinrichtungen und die Zivilgesellschaft.

93. UNAIDS hat kürzlich praxisorientierte Richtlinien für die Intensivierung der HIV-Prävention veröffentlicht, in denen im Detail auf diesen Vorschlag eingegangen wird⁴⁸.

94. Die IAO selbst kann mit ihren begrenzten finanziellen Ressourcen nicht zur Schließung der Finanzierungslücke beitragen. Sie kann jedoch einen Beitrag zu mehr Zusammenarbeit leisten und die Erfahrungen, die sie in Bezug auf die Arbeitswelt gesammelt hat, mehr Ländern und auf bessere Art und Weise vermitteln. Am wichtigsten für den vorliegenden Bericht ist jedoch, dass die IAO und ihre Mitgliedsgruppen sicherstellen können, dass die Chancen und die Probleme, die sich am Arbeitsplatz ergeben, bei den globalen Reaktionen auf HIV/Aids berücksichtigt werden.

Entwicklungen, die die Verabschiedung einer IAO-Empfehlung erforderlich machen

95. Seit Annahme des praxisorientierten Leitfadens der IAO im Jahr 2001 haben Entwicklungen stattgefunden, die sowohl die Auswirkungen der Epidemie als auch die Art und Weise betreffen, in der Länder, internationale Organisationen und andere darauf reagiert haben. Erstens hat sich die Epidemie wie bereits erwähnt weiter ausgebreitet, und in einigen Regionen hat sich die Ausbreitungsgeschwindigkeit drastisch erhöht. Es gibt eine Reihe von Ländern, die jetzt erstmals darauf reagieren müssen, weil sie erkennen, welche Auswirkungen sie auf ihre Gesellschaft hat und weiterhin haben wird. Die Messmethoden wurden verbessert, und überarbeitete epidemiologische Daten werden es ermöglichen, die Reaktionen besser zu fokussieren und sie wirksamer auf die unterschiedlichen Typen der Epidemie in den verschiedenen Regionen und Ländern zuzuschneiden.

96. Der Umstand, dass mittlerweile eine wirksame Behandlung verfügbar ist, und zwar vielfach zu allgemeiner erschwinglichen Preisen, verändert in vielen Fällen die Diskussion: Der Akzent verlagert sich von der Verabschiedung einer Defensivstrategie zu Anstrengungen, die Auswirkungen der Epidemie umzukehren, Leben zu retten und zum Schutz sowie zur Sanierung von Volkswirtschaften beizutragen, die durch sie verheert worden sind. Die Erfolge müssen besser bekannt gemacht und analysiert werden, und die gewonnenen Erkenntnisse müssen dokumentiert und umfassender in die Praxis umgesetzt werden. Eine der Botschaften dieses Berichts ist, dass Reaktionen oft partieller Natur sind und harmonisiert sowie ausgeweitet werden müssen.

97. Eine dritte Überlegung ist, dass internationale Unterstützung in großem Umfang verfügbar ist, um ärmeren Ländern bei der Bewältigung der Epidemie zu helfen. Unternehmen und Gewerkschaften konzipieren notgedrungen ihre eigenen Reaktionen, von

⁴⁸ UNAIDS: *Financial resources required to achieve universal access to HIV prevention, treatment, care and support*, a.a.O.

denen viele ideenreich und wirksam sind. Insgesamt gesehen wird der Arbeitswelt jedoch nicht genügend internationale Aufmerksamkeit in einem Umfang zuteil, der es gestatten würde, diese Bemühungen erfolgreich in allgemeinere Reaktionen zu integrieren. Die vorliegende Erörterung wird hoffentlich den Ausgangspunkt für eine Umkehr dieses Trends bilden.

98. Es hat sich gezeigt, dass Fortschritte bei der Bekämpfung von HIV/Aids erzielt werden können, wenn angemessene Vorkehrungen und andere Maßnahmen getroffen werden. Prävention ist diesbezüglich das erste Element. HIV wird über Körperflüssigkeiten (Blut, Sperma, Muttermilch) übertragen, und zwar vor allem während ungeschütztem Geschlechtsverkehr, Bluttransfusionen, Geburten und Stillen oder durch die Benutzung kontaminierter Drogenbestecke. Arbeitsplatzbezogene Aktivitäten unterstützen wirksam die Prävention in allen diesen Bereichen, sei es durch unmittelbare Arbeitsschutzmaßnahmen oder durch Informationen und Aufklärung, insbesondere, was die Inanspruchnahme freiwilliger Beratung und Tests sowie antiretroviraler Behandlung zur Verhinderung der Mutter-Kind-Übertragung betrifft. Berufsbedingte Risiken können in den meisten Fällen vermieden werden, wenn angemessene Vorsichtsmaßnahmen getroffen werden. Im praxisorientierten Leitfaden wird die Anwendung „Allgemeiner Schutzmaßnahmen“ (auch als „Standard-Schutzmaßnahmen“ bezeichnet) erklärt, die auf dem Grundsatz beruhen, dass Blut und bestimmte Körperflüssigkeiten aller Personen unabhängig von ihrem vermuteten Infektionsstatus als potenziell infektiös eingestuft werden sollten. Vorsichtsmaßnahmen sollten getroffen werden, um zu verhindern, dass diese Flüssigkeiten, insbesondere Blut, in den Körper eindringen – sei es durch berufsbedingten Kontakt mit ihnen oder bei einem Arbeitsunfall. Die Übertragung als eine Berufskrankheit kann bei den meisten Berufen verhindert werden, wenn Allgemeine Schutzmaßnahmen zur Regel werden und eine Post-Kontakt-Prophylaxe verfügbar gemacht wird. Das Wissen über die Umsetzung dieser Prinzipien ist allgemein verfügbar. Es gibt jedoch Hindernisse und Widersprüche bei der Anwendung in der Praxis, beispielsweise fehlende Materialien und Geräte. Die Empfehlung sollte auch einen Beitrag dazu leisten, Situationen zu etablieren, in denen die Umsetzung dieser Prinzipien unter Nutzung des Wissens und der Erfahrungen der IAO im Bereich des Arbeitsschutzes und mit Hilfe der Anstrengungen der IAO-Mitgliedsgruppen realisiert werden kann.

99. In der Mehrzahl der Fälle erfolgt die HIV-Übertragung unter Umständen, die keinen direkten Bezug zur Arbeitsstätte haben. Trotzdem sind ihre Auswirkungen auf die Welt der Arbeit unbestreitbar. Dies ist ein Grund dafür, dass viele Arbeitgeber die Aufklärung und sogar unmittelbare Maßnahmen gegen HIV/Aids in einem Umfang fördern, der weit über den Arbeitsschutz hinausgeht. Dies wird in Kapitel III deutlich gemacht.

100. Für Personen, die sich mit HIV infizieren, wird an vielen Orten zunehmend eine Behandlung verfügbar und erschwinglich. Die Verfügbarkeit ist jedoch noch sehr ungleich verteilt, und die antiretroviralen Medikamente und andere Behandlungsmittel bleiben – sofern sie nicht stark subventioniert werden – immer noch jenseits der finanziellen Möglichkeiten der meisten Infizierten.

101. Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass es rasche Veränderungen sowohl der Epidemiologie als auch der Reaktionen auf HIV/Aids gegeben hat und sich die Vorstellungen von der Beziehung zwischen der Welt der Arbeit und dieser Epidemie weiterentwickelt haben. Die Reaktion der IAO basiert auf den Menschenrechten, und es ist an der Zeit, diese Reaktion zu überprüfen und zu verstärken. Gleichzeitig sind die Zusammenhänge zwischen unterschiedlichen Sichtweisen komplex und wandeln sich. Diese Überlegungen haben den IAO-Verwaltungsrat zu dem Entschluss bewegt, die Annahme einer Empfehlung zu HIV/Aids und der Welt der Arbeit zu prüfen.

Kapitel II

Die wichtigsten Interventionsbereiche

102. Die Konsultationen innerhalb und außerhalb der IAO haben gezeigt, dass einige der Grundprinzipien des Leitfadens bisher nicht vollständig angewandt wurden. Für diesen Bericht stellen sich daher folgende Fragen: Wie kann die vorgeschlagene Empfehlungen diesem und anderen Problemen, wie etwa neuen Entwicklungen im Bereich der Epidemie und notwendigen Gegenmaßnahmen, Rechnung tragen, und welche anderen Maßnahmen können ergriffen werden, um die Umsetzung des Leitfadens und der vorgeschlagenen Empfehlung zu fördern? Auf jeden Fall wird die Empfehlung als Grundlage für die Stärkung der nationalen Reaktionen auf die Epidemie sowie als Orientierungshilfe für die Arbeit der IAO auf diesem Gebiet dienen.

103. Bei den Bemühungen zur Bekämpfung von HIV/Aids spielen eine Vielzahl von Überlegungen eine Rolle, die sich gegenseitig beeinflussen. Das Konzept des allgemeinen Zugangs ist darauf gerichtet, die Kernelemente einer umfassenden Reaktion zu definieren und sie an die konkrete Situation des jeweiligen Landes anzupassen. Dieses Konzept muss jedoch in einen breiteren Rahmen gestellt werden, der auf Rechten basiert und die ganze Bandbreite der Faktoren berücksichtigt, die die Epidemie vorantreiben.

Allgemeiner Zugang zu Prävention, Behandlung, Betreuung und Unterstützung

104. Das übergreifende Ziel der Förderanstrengungen, die die IAO als Teil von UNAIDS unternimmt, ist die Verwirklichung des allgemeinen Zugangs zu Prävention, Behandlung, Betreuung und Unterstützung. Wenn die Welt das Millenniums-Entwicklungsziel erreichen soll, die Ausbreitung der HIV/Aids-Epidemie bis 2015 anzuhalten und umzukehren, werden die Menschen einen sehr viel besseren Zugang zur HIV-Prävention und zur Aids-Therapie sowie zu Betreuung und Unterstützung benötigen als er heute verfügbar ist. Aus diesem Grund verpflichtete sich die Weltgemeinschaft in der Resolution der Generalversammlung der Vereinten Nationen vom 23. Dezember 2005 und in ihrer Politischen Erklärung zu HIV/Aids vom Juni 2006, ihre Maßnahmen gegen Aids erheblich auszuweiten, um das Ziel des allgemeinen Zugangs zu umfassenden Präventionsprogrammen, sowie zu Behandlung, Betreuung und Unterstützung bis 2010 zu erreichen¹. Die vorgeschlagene Empfehlung ist Teil dieser Maßnahmen.

105. Das Konzept des allgemeinen Zugangs löste die „Three by Five“-Kampagne ab, deren Ziel es war, die Behandlung von drei Millionen Menschen bis zum Jahr 2005 sicherzustellen. Dieses Konzept stellt unter zwei wesentlichen Aspekten einen wichtigen Fortschritt dar. Erstens rückt es die Prävention wieder in den Mittelpunkt, und zweitens

¹ Resolution A/RES/60/262 der Generalversammlung der Vereinten Nationen: Politische Erklärung zu HIV/Aids.

haben zahlreiche Länder Verantwortung für seine Umsetzung übernommen und sind derzeit dabei, ihre nationalen Aids-Pläne zu überarbeiten und Zielvorgaben festzulegen. Das Konzept des allgemeinen Zugangs beruht auf dem Grundsatz, dass jeder ein Anrecht auf Gesundheitsversorgung und sozialen Schutz haben sollte, und es ist Teil der Verpflichtungen, die die IAO als Ko-Sponsor von UNAIDS übernommen hat. Dem Arbeitsplatz kommt bei der Verwirklichung des allgemeinen Zugangs und dem Schutz grundlegender Rechte eine wichtige Rolle zu.

106. Gesundheitsversorgung und sozialer Schutz umfassen die folgenden Elemente, die im Hinblick auf die HIV/Aids-Epidemie von entscheidender Bedeutung sind:

- Zugang zu Präventionsmaßnahmen
- Zugang zu antiretroviraler Behandlung im Bedarfsfall (sowie zu Behandlung opportunistischer Infektionen einschließlich Tuberkulose)
- Zugang zu Gesundheitsversorgung
- Zugang zu Krankenversicherung für die Familie und anderen Arten der Unterstützung

107. Weitere Voraussetzungen auf betrieblicher Ebene sind Vertraulichkeit und Arbeitsplatzsicherheit, gestützt auf den sozialen Dialog. Die Unternehmen mit dem höchsten Anteil von Arbeitnehmern, die sich freiwillig beraten und untersuchen lassen, sind auch diejenigen, die die Erfüllung dieser Voraussetzungen und damit ihre eigene wirtschaftliche Bestandfähigkeit sichergestellt haben. Die vielgestaltigen HIV-Maßnahmen von Unternehmen müssen in einen menschenrechtsorientierten Rahmen gestellt werden.

Mit HIV/Aids verbundene Menschenrechtsprobleme

108. Menschenrechte sind integraler Bestandteil der gegen HIV/Aids unternommenen Maßnahmen. Dazu gehören die Rechte, die zur Prävention der HIV-Übertragung beitragen können, die Rechte von Menschen mit einer erwiesenen oder vermuteten HIV-Infektion, die Rechte von Familien, von Beschäftigten des Gesundheitswesens und anderen, auf die sich die Stigmatisierung ebenfalls erstreckt, und die Rechte von Bevölkerungsgruppen, die einem überdurchschnittlich hohen Risiko einer HIV-Infektion ausgesetzt sein können, wie etwa intravenöse Drogenkonsumenten oder Männer, die Sex mit Männern haben. Einige dieser Rechte sind in unmittelbar auf HIV/Aids anwendbaren internationalen Übereinkommen enthalten, manche finden sich auch in anderen Dokumenten². In allen Fällen ist HIV/Aids zu einem großen Teil auch eine Menschenrechtsfrage.

109. Die UNAIDS-Website führt dazu Folgendes aus³:

Verletzungen der Menschenrechte, namentlich die Diskriminierung von Frauen und marginalisierten Gruppen wie Sexarbeiter, intravenöse Drogenkonsumenten und Männer, die Sex mit Männern haben, verstärken das Infektionsrisiko und die Auswirkungen der Infektion. HIV ist aber häufig auch der Anlass für Menschenrechtsverletzungen wie etwa zusätzliche Dis-

² In diesem Bericht wird auf verschiedene internationale Menschenrechtsübereinkünfte Bezug genommen. Zu den ersten Dokumenten, in denen die entsprechenden Menschenrechtsgrundsätze aufgeführt wurden, gehörten die *International Guidelines on HIV/AIDS and Human Rights* aus dem Jahr 1996, die 2002 erneut bekräftigt und in die Arbeit von UNAIDS und seinen Ko-Sponsoren einbezogen wurden. Im IAO-Leitfaden wurden sie ebenfalls berücksichtigt. Sie finden sich unter: http://www.ohchr.org/english/issues/hiv/docs/consolidated_guidelines.pdf

³ Siehe die UNAIDS-Website unter: http://www.unaids.org/en/Policies/Human_rights/default.asp

kriminierung und Gewalt. In den letzten zehn Jahren hat sich immer deutlicher gezeigt, wie notwendig die Stärkung der Menschenrechte ist, um wirksam auf die Epidemie reagieren und gegen ihre Auswirkungen vorgehen zu können. In der Tat verstärken sich der Schutz der Menschenrechte und der Schutz der öffentlichen Gesundheit gegenseitig.

Das internationale Menschenrechtssystem erkennt in seinen termingebundenen Verpflichtungen, zuletzt in der 2006 von der Tagung auf hoher Ebene verabschiedeten Politischen Erklärung zu HIV/Aids, ausdrücklich an, dass der HIV-Status nicht als Diskriminierungsgrund herangezogen werden darf. Berichten zufolge sind jedoch Stigmatisierung und Diskriminierung von Personen, die mit HIV leben, nach wie vor weit verbreitet. Außerdem stützen sich HIV-Maßnahmen nicht ausreichend auf die Förderung, den Schutz und die Verwirklichung der Menschenrechte. Mehrere Länder verfolgen nach wie vor eine Politik, die den Zugang zu wirksamen HIV-Präventions- und Betreuungsmaßnahmen einschränkt. Beispiele hierfür sind Gesetze, die den einvernehmlichen Geschlechtsverkehr zwischen Männern unter Strafe stellen, den Zugang von Häftlingen zu Kondomen und Spritzen verbieten und den Zugang zu Präventions- und Behandlungsmöglichkeiten durch Wohnsitzvorschriften einschränken. Gleichzeitig werden Gesetze und Vorschriften zum Schutz der mit HIV lebenden Personen gegen Diskriminierung nicht erlassen bzw. nicht umfassend angewendet oder durchgesetzt.

110. 2001 verabschiedete die Generalversammlung der Vereinten Nationen auf einer Sondertagung eine „Verpflichtungserklärung zu HIV/Aids“, die eine Verpflichtung auf die Menschenrechte auf nationaler Ebene enthielt:

37. bis 2003 die Ausarbeitung und Durchführung multisektoraler einzelstaatlicher Strategien und Finanzierungspläne zur Bekämpfung von HIV/Aids sicherstellen, die die Epidemie offen und direkt anpacken; die der Stigmatisierung, dem Verschweigen und der Verleugnung entgegentreten; die die geschlechts- und altersspezifischen Dimensionen der Epidemie angehen; die die Diskriminierung und Marginalisierung beseitigen; die Partnerschaften mit der Zivilgesellschaft und dem Unternehmenssektor und die volle Mitwirkung der Menschen mit HIV/Aids, der Angehörigen gefährdeter Gruppen und der am stärksten gefährdeten Menschen, insbesondere Frauen und jungen Menschen, vorsehen; die so weit wie möglich aus den einzelstaatlichen Haushalten finanziert werden, ohne jedoch andere Quellen, wie die internationale Zusammenarbeit, auszuschließen; die alle Menschenrechte und Grundfreiheiten voll und ganz fördern und schützen, einschließlich des Rechts, den höchstmöglichen Stand körperlicher und geistiger Gesundheit zu genießen; in denen eine Geschlechterperspektive integriert ist; die Risiken, Anfälligkeit, Prävention, Betreuung, Behandlung und Unterstützung und die Milderung der Auswirkungen der Epidemie berücksichtigen; und die die Kapazitäten des Gesundheits-, Bildungs- und Rechtssystems stärken⁴.

111. Die Generalversammlung überprüfte 2006 diese Verpflichtungen im Rahmen einer weiteren Sondertagung. Dabei befasste sie sich zum ersten Mal mit der Partizipation der Zivilgesellschaft und unterstrich, wie wichtig es ist, dass die Menschen mit HIV in die Anstrengungen zur Bekämpfung der Epidemie einbezogen werden. Die Generalversammlung verabschiedete die folgende Formulierung:

11. [Wir, die Staats- und Regierungschefs und Vertreter von Staaten und Regierungen] bekräftigen, dass die volle Verwirklichung aller Menschenrechte und Grundfreiheiten für alle ein wesentlicher Bestandteil der globalen Maßnahmen zur Bekämpfung der HIV/Aids-Pandemie ist, einschließlich auf den Gebieten der Prävention, der Behandlung, der Betreuung und der Unterstützung, und erkennen an, dass Maßnahmen gegen Stigmatisierung und Diskriminierung ebenfalls ein entscheidend wichtiger Faktor im Kampf gegen die globale HIV/Aids-Pandemie sind⁵.

112. Der IAO-Leitfaden enthält keine umfassende Aussage zu den Menschenrechten, aber er basiert auf grundlegenden Rechten, die durch seine Grundprinzipien geschützt

⁴ Resolution A/RES/S-26/2 der Generalversammlung der VN: Verpflichtungserklärung zu HIV/Aids, 2. Aug. 2001.

⁵ Resolution A/RES/60/262 der Generalversammlung der VN: Politische Erklärung zu HIV/Aids, 15. Juni 2006.

und gefördert werden. Zwar gibt es kein internationales Arbeitsübereinkommen, das die ganze Bandbreite der Rechte, die durch HIV/Aids am Arbeitsplatz berührt werden, konkret behandelt, aber der Leitfaden stützt sich auf die zahlreichen Übereinkünfte, die sowohl den Schutz vor Diskriminierung als auch die Infektionsverhütung abdecken. Sie werden in ganz unterschiedlichen Kontexten herangezogen. Zu den Übereinkommen, die für die Förderung der Achtung der Menschenrechte im Zusammenhang mit HIV/Aids besonders relevant sind⁶ und deren Anwendung zur Verwirklichung des allgemeinen Zugangs beitragen kann, gehören u.a.:

- Übereinkommen (Nr. 111) über die Diskriminierung in Beschäftigung und Beruf, 1958
- Übereinkommen (Nr. 155) über Arbeitsschutz und Arbeitsumwelt, 1981
- Übereinkommen (Nr. 161) über betriebsärztliche Dienste, 1985
- Übereinkommen (Nr. 158) über die Beendigung des Arbeitsverhältnisses, 1982
- Übereinkommen (Nr. 159) über die berufliche Rehabilitation und Beschäftigung der Behinderten, 1983
- Übereinkommen (Nr. 102) über die Mindestnormen der Sozialen Sicherheit, 1952
- Übereinkommen (Nr. 81) über die Arbeitsaufsicht in Gewerbe und Handel, 1947, und Übereinkommen (Nr. 129) über die Arbeitsaufsicht in der Landwirtschaft, 1969
- Seearbeitsübereinkommen, 2006 (die einzige IAO-Urkunde mit ausdrücklichen Verweisen auf HIV/Aids als einer Arbeitsschutzfrage)
- Übereinkommen (Nr. 188) über die Arbeit im Fischereisektor, 2007

113. Neben dem Schutz vor Diskriminierung und Stigmatisierung spielen auch noch andere grundlegende Arbeitnehmerrechte eine Rolle. Werden sie respektiert, erleichtert dies die Infektionsprävention und eine angemessene Betreuung und Behandlung der Erkrankten. Die vor allem in den Übereinkommen Nr. 87 und 98 verankerten Rechte auf Vereinigungsfreiheit und Kollektivverhandlungen sind unverzichtbar, wenn es um die Ausarbeitung angemessener und geeigneter Maßnahmen gegen die Epidemie, um die Vermeidung von Situationen mit erhöhtem Übertragungsrisiko und um die Berücksichtigung der Auffassungen der Sozialpartner in den Diskussionen auf nationaler und internationaler Ebene geht. Die Aufnahme von HIV/Aids-Strategien in Gesamtarbeitsverträge ist ein wirksames Instrument, um Arbeitnehmer zu schützen und betriebliche Maßnahmen zu ergreifen, die der jeweiligen konkreten Situation angemessen sind.

114. Arbeitnehmer, die (entsprechend der Definition in den Übereinkommen Nr. 29 und 105) Zwangsarbeit leisten müssen, sind besonders gefährdet, weil für die meisten von ihnen definitionsgemäß die für Arbeitnehmer in einer regulären Beschäftigungssituation üblichen Schutzmaßnahmen nicht gelten. Kinderarbeit (Übereinkommen Nr. 138 und 182) ist einerseits häufig ein Ergebnis von Aids, weil die Krankheit Kinder zu Waisen macht, die für ihren Lebensunterhalt arbeiten müssen. Andererseits werden diese Kinder gerade damit dem HIV-Virus ausgesetzt – vor allem bei den schlimmsten Formen der Kinderarbeit wie etwa der sexuellen Ausbeutung, bei Kinderarbeit mit einem besonders hohen Risiko des sexuellen Missbrauchs oder bei Kinderarbeit unter Bedingungen, bei

⁶ Wie weiter unten dargelegt, sind dies nicht die einzigen IAO- oder sonstigen internationalen Übereinkommen, die in diesem Zusammenhang relevant sind.

denen die normalen Schutzvorkehrungen am Arbeitsplatz vernachlässigt oder ignoriert werden.

115. Die deutlichsten Hinweise auf Menschenrechtsprobleme im Zusammenhang mit HIV/Aids ergeben sich aus der Erkenntnis, dass Menschen mit einer erwiesenen oder vermuteten HIV-Infektion *Diskriminierung* ausgesetzt sind. Diese können zahlreiche Formen annehmen, u.a. den Verlust des Arbeitsplatzes oder die Ablehnung einer Einstellung, die Verweigerung von Versicherungsschutz und soziale Ächtung. Eine solche Diskriminierung, die die Menschen von Schutzmaßnahmen, Zugang zu Unterstützungsdiensten und am Arbeitsplatz angebotenen Hilfen ausschließt, verkürzt Leben und treibt die Kosten von HIV/Aids für den Einzelnen und die Gesellschaft drastisch in die Höhe.

116. Der IAO-Leitfaden enthält zwei Grundprinzipien, die sich unmittelbar auf die Diskriminierung beziehen.

4.2. *Nicht-Diskriminierung*

Im Sinne menschenwürdiger Arbeit und der Achtung der Menschenrechte und der Würde HIV-infizierter oder an Aids erkrankter Personen sollte es keine Diskriminierung von Personen aufgrund der Kenntnis oder Vermutung einer HIV-Infektion geben. Die Diskriminierung und Stigmatisierung von Personen, die mit HIV/Aids leben, beeinträchtigen die Bemühungen, die auf die Prävention von HIV/Aids abzielen. [Dieses Grundprinzip wird durch die Ziffern 4.6 und 4.8 über den Schutz von Beschäftigungsverhältnissen sowie durch die Ziffer 4.7 über den Schutz der Vertraulichkeit weiter verstärkt.]

4.3. *Gleichstellung der Geschlechter*

Die geschlechtsspezifischen Aspekte von HIV/Aids sollten berücksichtigt werden. Für Frauen besteht aus biologischen, soziokulturellen und ökonomischen Gründen ein höheres Infektionsrisiko und sie sind öfter nachteilig von der HIV/Aids-Epidemie betroffen als Männer. Je stärker die geschlechtsspezifische Diskriminierung und je niedriger die Stellung der Frauen in einer Gesellschaft ist, desto negativer werden Frauen von HIV betroffen. Deshalb sind eine Förderung der Gleichstellung und die Stärkung der Position der Frau ausschlaggebend dafür, dass der Ausbreitung der Infektion erfolgreich entgegengewirkt werden kann und dass Frauen lernen, mit HIV/Aids umzugehen.

117. Die Diskriminierung HIV-positiver Arbeitnehmer ist nicht nur eine Verletzung ihrer Menschenrechte, sie hat auch gravierende Auswirkungen auf ihre Familien und Haushalte sowie auf ihren Arbeitsplatz. HIV-positive Arbeitnehmer, die unter medizinischen Gesichtspunkten arbeitsfähig sind, sollten auch weiterhin die Möglichkeit zur Arbeit haben, damit sie den Lebensunterhalt für sich und ihre Familien erwerben können und damit ihre Qualifikationen und Erfahrungen dem Betrieb erhalten bleiben. So lange sie arbeiten, genießen sie in vielen Fällen auch weiterhin Gesundheitsversorgung und Versicherungsschutz auf betrieblicher Ebene.

118. Gruppen, von denen bekannt ist, dass sie dem Risiko einer HIV-Übertragung ausgesetzt sind, beispielsweise das Personal im Gesundheitswesen, Männer, die Sex mit Männern haben, Sexarbeiter und andere, werden häufig deswegen diskriminiert. Während also einerseits die Vermutung einer HIV-Infektion ihre Diskriminierung erhöht, steigt andererseits ihr Infektionsrisiko, wenn sie in Folge der Diskriminierung von Arbeitsmöglichkeiten und Gesundheitsversorgungsprogrammen ausgeschlossen werden.

119. Das wichtigste IAO-Übereinkommen gegen Diskriminierung ist das Übereinkommen Nr. 111. Artikel 1 (1) a) definiert Diskriminierung als „jede Unterscheidung, Ausschließung oder Bevorzugung, die aufgrund der Rasse, der Hautfarbe, des Geschlechts, des Glaubensbekenntnisses, der politischen Meinung, der nationalen Abstammung oder der sozialen Herkunft vorgenommen wird und die dazu führt, die Gleichheit der Gelegenheiten oder der Behandlung in Beschäftigung oder Beruf aufzuheben oder zu beeinträchtigen.“ Zwar wird HIV/Aids hier nicht ausdrücklich erwähnt, aber Artikel 1

(1) b) erweitert den Geltungsbereich auf „jede andere Ausschließung, Unterscheidung oder Bevorzugung, die dazu führt, die Gleichheit der Gelegenheiten oder der Behandlung in Beschäftigung oder Beruf aufzuheben oder zu beeinträchtigen und die von dem betreffenden Mitglied nach Anhörung der maßgebenden Arbeitgeber- und Arbeitnehmerverbände, soweit solche bestehen, und anderer geeigneter Stellen bestimmt wird.“ In Artikel 5 (2) des Übereinkommens ist festgelegt, dass Sondermaßnahmen, die u.a. aufgrund einer „Behinderung“ getroffen werden, nicht als Diskriminierung gelten sollen. Das Verbot der Diskriminierung aufgrund der Kenntnis oder Vermutung einer HIV-Infektion könnte also durch das Übereinkommen Nr. 111 gedeckt sein, wenn die Regierungen, wie gefordert, dies in Beratung mit den Arbeitgeber- und Arbeitnehmerorganisationen so bestimmen. Die Nr. 111 ist eine der meiststratifizierten IAO-Urkunden und gehört zu den grundlegenden Menschenrechtsübereinkommen.

120. Der Sachverständigenausschuss der IAO für die Durchführung der Übereinkommen und Empfehlungen hat festgestellt, dass in einer Reihe von Ländern das Arbeitsrecht oder andere Antidiskriminierungsgesetze sich auch auf den HIV-Status bzw. allgemein auf die Gesundheit erstrecken. Er hat die betreffenden Regierungen gebeten, die dahingehende Erweiterung des Geltungsbereichs des Übereinkommens zu bestätigen⁷. Da eine solche Bestätigung bisher in der Regel nicht erfolgt ist, vielleicht aus Unklarheit über die Konsequenzen des Einsatzes von Artikel 1 (1) b) zu diesem Zweck, könnte ein zusätzlicher Anreiz dafür sinnvoll sein.

121. Das Übereinkommen Nr. 111 *erwähnt* ausdrücklich die Diskriminierung aufgrund des Geschlechts. Die Diskriminierung von Frauen in der Gesellschaft im Allgemeinen sowie am Arbeitsplatz und im Bildungswesen verschlechtert ihren gesellschaftlichen Status und schwächt ihre Verhandlungsposition in der Familie und am Arbeitsplatz. Das macht sie anfälliger für eine HIV-Infektion und erschwert ihren Zugang zu Prävention, Betreuung und Behandlung.

122. Hinzu kommt, dass in mehreren Ländern Diskriminierung aufgrund der sexuellen Orientierung in die Gründe für ein Diskriminierungsverbot aufgenommen wurden. Dies kann den Schutz gegen Diskriminierung aufgrund einer vermuteten – im Gegensatz zu einer erwiesenen – HIV-Infektion ebenfalls erhöhen. Bei Männern, die Sex mit Männern haben, wird in vielen Fällen ebenfalls ein HIV-Risiko vermutet, sie unterliegen daher einer Diskriminierung, die nichts mit ihrem tatsächlichen Gesundheitszustand zu tun hat.

123. Nicht-Diskriminierung ist selbstverständlich ein zentraler Grundsatz der internationalen Menschenrechte. Artikel 2 der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte verbietet jede Diskriminierung aufgrund der Rasse, der Hautfarbe, des Geschlechts, der Sprache, der Religion, der Meinung oder „sonstiger Umstände“. Es herrscht auch allgemeines Einverständnis darüber, dass der umfassendere Diskriminierungsschutz, der in anderen internationalen Übereinkünften wie etwa dem Internationalen Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte (1996) und dem Übereinkommen über die Beseitigung jeder Form von Diskriminierung der Frau (1979) enthalten ist, auch auf den HIV-Status angewendet werden kann. Die Menschenrechtskommission der Vereinten Nationen führte dazu aus, dass der Begriff „oder sonstige Umstände“ so auszulegen ist, dass er auch den Gesundheitszustand, einschließlich HIV/Aids, umfasst und dass eine Diskriminierung aufgrund einer vermuteten oder erwiesenen HIV-Infektion durch die derzeit gültigen Menschenrechtsnormen verboten ist⁸.

⁷ Siehe auch Kap. III.

⁸ Siehe UNHCR-Resolutionen 1995/44 und 1996/43 unter: www.unhchr.ch/Huridocda/Huridoca.nsf

124. Was umfassendere Fragen im Zusammenhang mit Diskriminierung betrifft, so ist festzustellen, dass sich zwar die meisten Aussagen zu einem Diskriminierungsverbot in diesem Bereich auf geschlechtsbezogene Aspekte (einschließlich „Geschlecht“ und „sexuelle Orientierung“) und den HIV-Status beziehen, es gibt jedoch Diskriminierungsfragen von umfassenderer Bedeutung, die in der vorgeschlagenen Empfehlung ebenfalls angesprochen werden sollten.

125. Die Zugehörigkeit zu einer der Diskriminierung ausgesetzten Gruppe erhöht das Risiko einer HIV-Übertragung und verringert gleichzeitig den Zugang zu Prävention, Betreuung und Behandlung. Dies gilt besonders dann, wenn eine solche Diskriminierung den Zugang zum Arbeitsmarkt oder zur formellen Wirtschaft erschwert, wo in der Regel Maßnahmen gegen HIV/Aids zur Verfügung stehen. So gehört beispielsweise die im Übereinkommen Nr. 111 und anderen völkerrechtlichen Normen genannte Diskriminierung aufgrund der Rasse und Hautfarbe, der nationalen Abstammung oder aus anderen Gründen zu den Faktoren, die zur HIV-Verbreitung beitragen, weil die Angehörigen dieser Gruppen häufig beim Zugang zu Arbeitsplätzen oder zu Schutzmaßnahmen diskriminiert werden, obwohl diese generell verfügbar sein sollten. Ethnische Minderheiten sowie indigene und Stammesbevölkerungen sind hiervon besonders betroffen. Berufskategorien wie das Personal im Gesundheitswesen, Arbeitsmigranten, Landarbeiter, Sexarbeiter und andere in der informellen Wirtschaft tätige Personen sind dem Risiko einer HIV-Infektion und den damit verbundenen Problemen verstärkt ausgesetzt, weil sie in vielen Fällen keinen Zugang zu den Strukturen und Diensten haben, die an den Arbeitsplätzen in der formellen Wirtschaft zur Verfügung stehen. Für die genannten Kategorien sollten im Prinzip die gleichen Rechte und Schutzansprüche gelten wie für alle anderen Arbeitnehmer, aber sie sind in vielen Fällen von dem durch innerstaatliche Rechtsvorschriften gewährten Schutz ausgeschlossen, entweder explizit oder weil sie durch die Vorschriften nicht erfasst werden oder die Durchsetzungsmechanismen mangelhaft sind.

126. Daraus lassen sich zwei Schlussfolgerungen für die vorgeschlagene Empfehlung ziehen. Erstens könnte es für wünschenswert erklärt werden, dass die ratifizierenden Staaten den Geltungsbereich des Übereinkommens Nr. 111 ausdrücklich erweitern, um auch die Arbeitnehmer zu erfassen, die wegen ihres HIV/Aids-Status oder aus anderen Gründen ausgeschlossen sind, entsprechend Artikel 1 (1) b) des genannten Übereinkommens. Zweitens könnte die Empfehlung das Recht auf Nicht-Diskriminierung über die in dem Übereinkommen Nr. 111 ausdrücklich genannten Gruppen hinaus erweitern und es als ein Recht bezeichnen, das generell für alle Gruppen gilt, die unter Diskriminierung leiden könnten.

127. Das Übereinkommen (Nr. 158) über die Beendigung des Beschäftigungsverhältnisses, 1982, ist hier ebenfalls unmittelbar relevant. Sein Artikel 4 sieht vor, dass das Arbeitsverhältnis eines Arbeitnehmers nur dann beendet werden darf, „wenn ein triftiger Grund hierfür vorliegt, der mit der Fähigkeit oder dem Verhalten des Arbeitnehmers zusammenhängt oder sich auf die Erfordernisse der Tätigkeit des Unternehmens, Betriebs oder Dienstes stützt.“ Zwar wird in den in Artikel 5 aufgeführten Gründen, die nicht als Rechtfertigung für eine Kündigung herangezogen werden dürfen, der HIV-Status nicht erwähnt, aber die allgemeine Aussage, dass jede Beendigung eines Arbeitsverhältnisses mit der Fähigkeit oder dem Verhalten des Arbeitnehmers zusammenhängen muss, sollte ausreichen, um eine Kündigung allein aufgrund der Kenntnis oder Vermutung der HIV-Infektion eines Arbeitnehmers zu untersagen. Sollte allerdings ein Arbeitnehmer durch zusätzliche Infektionen so stark erkranken, dass er nicht mehr arbeitsfähig ist, wäre nach Übereinkommen Nr. 158 eine Beendigung des Arbeitsverhältnisses natürlich nicht untersagt. Dies unterstreicht, wie wichtig Prävention und Behandlung am Arbeitsplatz sind, um sicherzustellen, dass eine solche Situation mög-

lichst selten eintritt. In vielen Fällen könnte z. B. der Zugang zu einer antiretroviralen Behandlung dafür sorgen, dass die Arbeitnehmer wesentlich länger arbeitsfähig bleiben.

128. Ein weiterer Aspekt der Chancengleichheit, der hier erwähnt werden sollte, ist das Übereinkommen (Nr. 159) über die berufliche Rehabilitation und Beschäftigung der Behinderten, 1983. Arbeitnehmer, die an Aids erkranken, sind häufig in der Lage, noch für eine gewisse Zeit weiterzuarbeiten. Dies hat den Vorteil, dass sie den Lebensunterhalt für sich selbst und ihre Familien erwerben und die bereits erwähnten betrieblichen Unterstützungsmaßnahmen weiterhin in Anspruch nehmen können. Auch hier ist diese Möglichkeit vor allem dann gegeben, wenn die Arbeitnehmer Zugang zu antiretroviraler Behandlung haben, die zwar die HIV-Infektion nicht heilt, aber ihre Symptome abschwächt oder hinauszögert und dadurch die Arbeitsfähigkeit verbessert. In Artikel 2 des genannten Übereinkommens werden die ratifizierenden Staaten aufgefordert, „eine innerstaatliche Politik auf dem Gebiet der beruflichen Rehabilitation und der Beschäftigung Behinderter festzulegen, durchzuführen und regelmäßig zu überprüfen.“ In Artikel 4 heißt es, diese Politik solle „auf dem Grundsatz der Chancengleichheit zwischen behinderten Arbeitnehmern und anderen Arbeitnehmern beruhen. Die Chancengleichheit und die Gleichbehandlung männlicher und weiblicher Arbeitnehmer sind zu wahren. Besondere positive Maßnahmen, die auf die Chancengleichheit und Gleichbehandlung von behinderten Arbeitnehmern und anderen Arbeitnehmern abzielen, sind nicht als eine Diskriminierung der anderen Arbeitnehmer anzusehen.“ Diese Bestimmungen bedeuten, dass Arbeitnehmer, die behindert, aber nicht arbeitsunfähig sind, auf gleichberechtigter Basis die Chance erhalten sollten, so lange zu arbeiten, wie sie können. Eine Bestimmung in diesem Sinn sollte in die nationale HIV/Aids-Politik integriert werden und könnte auch in die vorgeschlagene Empfehlung aufgenommen werden.

129. Es geht hier auch um das Recht auf eine sichere und gesunde Arbeitsumwelt. Die Präambel der IAO-Verfassung nennt als eine der Aufgaben der IAO „den Schutz der Arbeitnehmer gegen allgemeine und Berufskrankheiten und gegen Betriebsunfälle“. Artikel 23 (1) der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte behandelt das Recht auf „gerechte und befriedigende Arbeitsbedingungen“. In Artikel 7 des Internationalen Paktes über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte wird dies weiter ausgeführt: „[Die Vertragsstaaten]... erkennen das Recht eines jeden auf gerechte und günstige Arbeitsbedingungen an, durch die insbesondere gewährleistet wird ... b) gesunde und sichere Arbeitsbedingungen“.

130. Dieses Recht wurde auch in verschiedenen IAO-Arbeitsschutznormen weiterentwickelt, insbesondere dem Übereinkommen (Nr. 155) über Arbeitsschutz, 1981, dem Übereinkommen (Nr. 161) über die betriebsärztlichen Dienste, 1985, und dem Übereinkommen (Nr. 187) und der Empfehlung (Nr. 197) über den Förderungsrahmen für den Arbeitsschutz, 2006. Ferner hat die IAO zahlreiche Sammlungen praktischer Richtlinien zum Thema Gesundheit und Sicherheit am Arbeitsplatz angenommen. Teilweise in Zusammenarbeit mit anderen internationalen Organisationen wurden außerdem konkrete Leitlinien für den Umgang mit dem HIV-Risiko in verschiedenen Sektoren herausgegeben, so etwa im Gesundheits-⁹, Bildungs-¹⁰ und Transportsektor¹¹.

⁹ IAA/WHO, *Joint ILO/WHO Guidelines on Health Services and HIV/AIDS*, 2005, unter: <http://www.ilo.org/public/english/protection/trav/aids/publ/hsgl.pdf>

¹⁰ IAA/UNESCO: *HIV/AIDS workplace policy for the education sector in the Caribbean*, 2006, unter: <http://www.ilo.org/public/english/dialogue/sector/papers/education/carib-ed-policy.pdf> und ILO/UNESCO: *HIV/AIDS Workplace Policy for the Education Sector in Southern Africa*, 2006, unter: <http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001469/146933E.pdf>

131. In all diesen Instrumenten geht es um eine bestimmte Kategorie von Maßnahmen gegen HIV/Aids, nämlich den Schutz der Arbeitnehmer vor einer berufsbedingten Infektion. Ein anderer Arbeitsschutzaspekt, der bisher bei der Diskussion über HIV/Aids vernachlässigt wurde, ist jedoch, dass es sich hier nicht nur um ein *direktes*, sondern auch um ein *indirektes* Arbeitsplatzrisiko handelt. Wenn am Arbeitsplatz Bedingungen herrschen, die einen umfassenden Schutz der Arbeitnehmer nicht zulassen, wenn lange Arbeitszeiten zu Ermüdung führen und Arbeitnehmer nicht die erforderliche Aufklärung und Schulung für ein umfassendes Verständnis der Gefahren in ihrem Arbeitsumfeld erhalten, erhöht sich ihr Risiko, mit dem Virus in Kontakt zu kommen. Gleichzeitig verschlechtern bei einer hohen HIV/Aids-Prävalenz, ihre Arbeitsbedingungen. Damit fließt das Konzept der menschenwürdigen Arbeit in die Diskussion ein, und hier ist die IAO unmittelbar angesprochen, da dieses Konzept in ihrem gesamten Kernarbeitsprogramm eine wichtige Rolle spielt.

132. Das Recht auf Soziale Sicherheit wird im Folgenden ausführlich erörtert.

Elemente des allgemeinen Zugangs

Allgemeiner Zugang zu Prävention

133. Der Leitfaden der IAO räumt der Prävention im Rahmen einer Gesamtstrategie einen wichtigen Platz ein:

4.9. Prävention

Einer HIV-Infektion kann vorgebeugt werden. Alle Übertragungsmöglichkeiten können durch verschiedene auf die Verhältnisse des jeweiligen Landes abgestimmte und kulturell angepasste Strategien verhindert werden.

Prävention kann durch Verhaltensänderung, Aufklärung, Behandlung und ein diskriminierungsfreies Umfeld gefördert werden.

Den Sozialpartnern kommt eine Schlüsselposition bei der Förderung von Präventionsmaßnahmen zu, vor allem in Bezug auf Einstellungs- und Verhaltensänderungen, die Information und Aufklärung und die Berücksichtigung sozioökonomischer Faktoren.

134. Der Leitfaden sieht auch Präventionsmaßnahmen seitens der Regierungen vor. In Punkt 5.1 d) heißt es dazu: „Die zuständigen Behörden sollten in Zusammenarbeit mit den Sozialpartnern Aufklärungs- und Präventionsprogramme, vor allem am Arbeitsplatz, fördern.“ In Punkt 5.2 a) wird die Rolle der Arbeitgeber wie folgt beschrieben: „Arbeitgeber sollten sich mit den Arbeitnehmern und ihren Vertretern beraten, um geeignete Betriebsprogramme zu entwickeln und umzusetzen, die darauf abzielen, eine Ausbreitung der Infektion zu verhindern und alle Arbeitnehmer gegen eine HIV/Aids-bedingte Diskriminierung zu schützen.“ In Punkt 5.2 c) werden die Arbeitgeber und ihre Organisationen aufgefordert, in Beratung mit den Arbeitnehmern und ihren Vertretern „Arbeitsplatzprogramme einzuführen und zu unterstützen, die Arbeitnehmer über die Prävention von HIV/Aids ... informieren, ausbilden und schulen“. In Punkt 5.3 werden die Arbeitnehmer und ihre Organisationen aufgefordert, bei diesen Bemühungen um Aufklärung und Prävention mit den Arbeitgebern zusammenzuarbeiten.

135. Abschnitt 6 des Leitfadens befasst sich mit „Prävention durch Information und Aufklärung“. Dort heißt es u.a.: „Informations- und Aufklärungsprogramme am Arbeitsplatz sind wesentlich, um die Ausbreitung der Epidemie zu bekämpfen und um eine

¹¹ IAA/AIDS: *Using the ILO code of practice on HIV/Aids and the world of work – Guidelines for the transport sector*, 2005, unter: <http://www.ilo.org/public/english/protection/trav/aids/publ/trgl.pdf>

größere Toleranz gegenüber Arbeitnehmern mit HIV/Aids zu fördern. Eine wirksame Aufklärung kann dazu beitragen, dass Arbeitnehmer sich besser gegen eine HIV-Infektion schützen können.“ Es werden Anleitungen zur Form, zum Inhalt und zur Methodik dieser Aufklärungsprogramme gegeben und auf die Notwendigkeit hingewiesen, sie durch praktische Maßnahmen wie die Verteilung von Kondomen zu unterstützen. Seit der Verabschiedung des Leitfadens hat sich gezeigt, dass die oberen und unteren Führungsebenen der Unternehmen häufig nicht in die Aufklärungsprogramme einbezogen werden, so dass diese Unternehmen nicht über die neuesten Erkenntnisse und beispielhaften Verfahrensweisen informiert sind. Dies verzögert oder behindert die rasche Umsetzung wirksamer Programme der Zusammenarbeit und der Förderung des allgemeinen Zugangs.

136. In der Praxis stößt die Durchführung von Präventionsmaßnahmen auf zahlreiche Hindernisse. Das erste ist die fehlende Einsicht mancher Länder, dass die Epidemie für ihre Bevölkerung und ihre Wirtschaft eine echte Bedrohung darstellt. Insbesondere in Ländern mit einer niedrigen HIV/Aids-Rate muss den Regierungen, den Sozialpartnern und anderen stärker bewusst gemacht werden, wie vordringlich die Prüfung von Möglichkeiten zur Verhinderung einer weiteren HIV-Übertragung ist.

137. Ein zweites Hindernis – das zum Glück angesichts der drängenden Notwendigkeit allmählich überwunden wird – können Empfindlichkeiten in manchen Kreisen sein, die es erschweren, öffentlich über Sexualpraktiken und ähnliche Fragen zu sprechen. Regierungen, die diesbezüglich bisher gezögert haben, konnten daher ihre Bevölkerung, insbesondere die Hochrisikogruppen, nicht darüber aufklären, wie sie das Risiko, das HIV-Virus weiterzugeben oder sich damit zu infizieren, verringern können. Regierungen, die klare Informationskampagnen durchführten, erzielten dagegen erkennbare Wirkungen. Die Arbeitsstätte bietet hier ein enormes Potenzial als Modell für Offenheit, Nicht-Diskriminierung und kollegiale Unterstützung.

138. Das Fehlen einer öffentlichen Infrastruktur verhindert oder begrenzt häufig den Zugang zu Präventionsmaßnahmen. Ohne angemessene öffentliche Gesundheitsdienste, namentlich breit verfügbare Aufklärung und Schulung über Infektionsvermeidung sowie Zugang zu Kondomen, zusammen mit der erforderlichen Aufklärung über deren korrekte Verwendung, lassen sich die Informationen, die eine präventive Wirkung haben könnten, nicht verbreiten. Dies ist natürlich nicht unmittelbar ein Arbeitsplatzproblem, aber es gibt eine Reihe von Beispielen für Arbeitgeber, die für ihre Arbeitnehmer nicht nur Aufklärung, sondern sogar Kondome bereitstellen. Indem sie also ihre Arbeitnehmer und deren Familien in Bereichen unterstützen, in denen die Regierung nicht in der Lage ist, die entsprechenden Bedürfnisse zu decken, sichern sie die Interessen ihres Unternehmens und tragen so zum Wirtschaftswachstum bei. Langfristig sollte die Hauptverantwortung natürlich nicht allein bei den Arbeitgebern liegen, und eine kohärente Reaktion auf die Epidemie, die auch die Durchführung der vorgeschlagenen Empfehlung umfasst, kann dazu beitragen, die Verantwortung für solche Maßnahmen wieder in die Hände der Regierung zu legen. Die Erfahrungen der Arbeitnehmer- und Arbeitgeberorganisationen werden außerordentlich wichtig sein, um die Regierungen, die dazu in der Lage sind, bei der Konzeption der erforderlichen Maßnahmen zu unterstützen.

139. Schließlich ist zu erwähnen, dass Präventionsstrategien (Unterrichtung durch Kollegen und Kolleginnen, Information und Aufklärung, Kondomverteilung) sich als besonders wirksam erwiesen haben, wenn sie die lokalen Gemeinschaften, einschließlich der Akteure am Arbeitsplatz, also Arbeitgeber, Arbeitnehmer und ihre Vertreter, dazu ermutigten, sich diese Strategien zu eigen zu machen und daran mitzuwirken.

140. Wie in Kapitel I dargelegt, gibt es Länder, in denen die Präventionsmaßnahmen zu echten Fortschritten geführt haben, aber allzu häufig waren solche Ergebnisse nicht, und sie sind nicht auf bestimmte Einzelfaktoren zurückzuführen. Solche Erfolge hingen auch mit einem größeren Zugang zu Behandlungsmöglichkeiten zusammen, denn hier besteht eine Wechselwirkung, die nicht übersehen werden darf.

141. Hier könnte die neue Empfehlung einen Beitrag dazu leisten, die weitere Ausbreitung der Krankheit zu verhindern, vor allem, wenn sie Arbeitgeber und Arbeitnehmer sowie Arbeitsministerien zur Mitwirkung an nationalen Strategien gegen HIV ermutigt und die dringende Notwendigkeit von Präventionsmaßnahmen deutlich macht.

Allgemeiner Zugang zu Behandlung, Betreuung und Unterstützung

142. Im Leitfaden wird zu diesem Grundprinzip, soweit es HIV/Aids betrifft, Folgendes ausgeführt:

4.10 Betreuung und Unterstützung

In der Welt der Arbeit sollte mit Solidarität, Betreuung und Unterstützung auf HIV/Aids reagiert werden. Alle Arbeitnehmer, einschließlich HIV-infizierter Arbeitnehmer, haben Anspruch auf erschwingliche Gesundheitsdienste. Weder sie noch ihre Angehörigen sollten beim Zugang zu gesetzlichen Programmen der Sozialen Sicherheit und beruflichen Versorgungseinrichtungen oder beim Bezug von Leistungen dieser Institutionen diskriminiert werden.

...

5.1. Regierungen und ihre zuständigen Behörden

...

f) *Sozialschutz.* Die Regierungen sollten sicherstellen, dass Arbeitnehmer mit HIV/Aids von der nationalen Gesetzgebung vorgesehene Sozialleistungen im gleichen Umfang in Anspruch nehmen können wie andere Arbeitnehmer mit ernsthaften Erkrankungen. Bei der Gestaltung und Umsetzung von Programmen der Sozialen Sicherheit sollten Regierungen berücksichtigen, dass die Krankheit fortschreitend ist und in Schüben auftritt, und ihre Programme entsprechend gestalten, indem sie beispielsweise die Leistungen den Bedürfnissen anpassen und Leistungsanträge zügig bearbeiten.

...

9.5 Sozialleistungen

- a) Regierungen sollten in Beratung mit den Sozialpartnern sicherstellen, dass Leistungen aufgrund innerstaatlicher Rechtsvorschriften Arbeitnehmern mit HIV/Aids in gleichem Umfang erbracht werden wie Arbeitnehmern mit anderen schweren Erkrankungen. Sie sollten auch prüfen, ob neuartige Leistungen finanzierbar sind, die dem progressiven und intermittierenden Charakter von Aids Rechnung tragen.
- b) Arbeitgeber sowie Arbeitgeber- und Arbeitnehmerorganisationen sollten sich gemeinsam mit den Regierungen um die Anpassung bestehender Leistungsmechanismen, einschließlich etwaiger Lohnsubventionssysteme, an die Bedürfnisse von Arbeitnehmern mit HIV/Aids bemühen.

9.6. Soziale Sicherheit

- a) Regierungen, Arbeitgeber und Arbeitnehmerorganisationen sollten alle notwendigen Maßnahmen ergreifen, um sicherzustellen, dass Arbeitnehmer mit HIV/Aids und ihre Familien den vollen Schutz und die Leistungen der bestehenden Systeme der Sozialen Sicherheit und Berufseinrichtungen genießen. Dies sollte auch für Arbeitnehmer und ihre Familien gelten, die einer als besonders HIV/Aids-gefährdeten Berufs- oder Gesellschaftsgruppe angehören.

- b) Diese Systeme und Einrichtungen sollten für Arbeitnehmer mit HIV/Aids ähnliche Sozialleistungen wie für Arbeitnehmer mit anderen schweren Erkrankungen vorsehen.

Der Kontext

143. Die Gesundheitsversorgung der Menschen mit HIV darf nicht isoliert vom umfassenderen Kontext der allgemeinen Gesundheitsversorgung gesehen werden; sie hängt auch eng mit der Tätigkeit der IAO auf dem Gebiet der Sozialen Sicherheit zusammen¹². Neuere IAO-Forschungen zeigen, dass trotz der dringenden Notwendigkeit eines allgemeinen Zugangs zur Gesundheitsversorgung im Einklang mit der diesbezüglichen IAO-Politik hier erhebliche Lücken bestehen. Davon sind auch die Menschen mit HIV betroffen, in vielen Fällen sogar besonders stark.

Der Aspekt der Rechte

144. Bei dieser Diskussion geht es zunächst um die Menschenrechte, konkret um das Recht auf Gesundheit und den Zugang zu medizinischer Versorgung. Die Allgemeine Erklärung der Menschenrechte postuliert in Artikel 22: „Jeder hat als Mitglied der Gesellschaft das Recht auf Soziale Sicherheit und Anspruch darauf, durch innerstaatliche Maßnahmen und internationale Zusammenarbeit sowie unter Berücksichtigung der Organisation und der Mittel jedes Staates in den Genuss der wirtschaftlichen, sozialen und kulturellen Rechte zu gelangen, die für seine Würde und die freie Entwicklung seiner Persönlichkeit unentbehrlich sind.“

145. In Artikel 9 des Internationalen Paktes über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte heißt es: „Die Vertragsstaaten erkennen das Recht eines jeden auf Soziale Sicherheit an; dies schließt die Sozialversicherung ein.“ Artikel 12 dieses Paktes betrifft die Gesundheitsversorgung und verpflichtet die Vertragsstaaten dazu, Schritte zur vollen Verwirklichung des Rechts auf Gesundheit zu unternehmen, u.a. zur Vorbeugung, Behandlung und Bekämpfung epidemischer, endemischer, Berufs- und sonstiger Krankheiten. Wörtlich heißt es dort:

1. Die Vertragsstaaten erkennen das Recht eines jeden auf das für ihn erreichbare Höchstmaß an körperlicher und geistiger Gesundheit an.
2. Die von den Vertragsstaaten zu unternehmenden Schritte zur vollen Verwirklichung dieses Rechts umfassen die erforderlichen Maßnahmen
 - a) zur Senkung der Zahl der Totgeburten und der Kindersterblichkeit sowie zur gesunden Entwicklung des Kindes;
 - b) zur Verbesserung aller Aspekte der Umwelt- und der Arbeitshygiene;
 - c) zur Vorbeugung, Behandlung und Bekämpfung epidemischer, endemischer, Berufs- und sonstiger Krankheiten;
 - d) zur Schaffung der Voraussetzungen, die für jedermann im Krankheitsfall den Genuss medizinischer Einrichtungen und ärztlicher Betreuung sicherstellen.

146. Die IAO ist der wichtigste völkerrechtliche Garant dieses Rechts, soweit es sich auf den Arbeitsplatz bezieht. Artikel III der Erklärung von Philadelphia enthält u.a. folgende Verpflichtungen der IAO:

- f) Ausdehnung der Sozialen Sicherheitsmaßnahmen, um allen ein Grundeinkommen zu gewährleisten, die einen solchen Schutz benötigen, ebenso wie vollständige ärztliche Betreuung;

¹² Siehe IAA: *Social health protection: An ILO strategy towards universal access to health care*, Hauptabteilung Soziale Sicherheit, *Issues in Social Protection*, Diskussionspapier 19, Aug. 2007, unter: <http://www.ilo.org/public/english/protection/secsoc/downloads/healthpolicy.pdf>

- g) angemessener Schutz des Lebens und der Gesundheit der Arbeitnehmer in allen Tätigkeitsgebieten.

147. Die IAO hat eine Reihe internationaler Arbeitsnormen zu diesem Thema angenommen. Die wichtigste ist das Übereinkommen (Nr. 102) über Soziale Sicherheit (Mindestnormen), 1952. Teilelemente des Rechts auf Gleichbehandlung finden sich im Übereinkommen Nr. 111; das Recht auf Arbeitsschutz ist in einem breiten Spektrum diesbezüglicher Urkunden verankert, die nachstehend erörtert werden.

Wie werden Gesundheitsdienste erbracht?

148. Gesundheitsdienste können durch öffentliche Gesundheitssysteme, Sozialversicherungs- und staatliche Krankenversicherungssysteme, von Arbeitgebern finanzierte betriebliche Systeme, private kommerzielle und gemeinnützige Krankenversicherungssysteme, einschließlich kommunaler Systeme, oder durch eine Kombination dieser Träger erbracht werden. Während jedes dieser Systeme Vor- und Nachteile hat, vor allem hinsichtlich der Gleichheit und Qualität der Leistungen, mangelt es häufig an gesamtstaatlicher Koordination, sodass der Zugang der Armen und ihr Schutz lückenhaft sind. Dies gilt insbesondere für diejenigen, die von HIV/Aids betroffen und somit Gegenstand dieses Berichts sind. Um hier gegenzusteuern, müssen alle in einem Land vorhandenen Gesundheitsfinanzierungsmechanismen rationalisiert werden, damit für alle Menschen, einschließlich derjenigen mit HIV, ein Versicherungsschutz gewährleistet werden kann.

149. Die Einschätzung der Größenordnung des weltweiten Zugangsdefizits ist schwierig, denn die vorhandenen international vergleichbaren Daten über den Zugang zu Gesundheitsdiensten sind wenig aussagekräftig und unvollständig. Die Daten, über die die Weltgesundheitsorganisation (WHO) verfügt, lassen erkennen, dass weltweit rund 1,3 Milliarden Menschen im Bedarfsfall keinen Zugang zu einer wirksamen und erschwinglichen Gesundheitsversorgung haben, während 70 Millionen Menschen gezwungen sind, mehr als 40 Prozent ihres Haushaltseinkommens für medizinische Behandlung auszugeben. 1997 stellte der VN-Bericht über die menschliche Entwicklung, fest¹³, dass die meisten bedürftigen Menschen, die keinen Zugang zu Gesundheitsdiensten haben, in Entwicklungsländern leben. Den Schätzungen des Berichts zufolge hatten 34 Prozent der Bevölkerung in Südasien, 27 Prozent in Afrika südlich der Sahara und 19 Prozent in Südostasien und dem Pazifischen Raum keinen Zugang zu Gesundheitsdiensten, und das zu einem Zeitpunkt, als die HIV/Aids-Epidemie noch nicht in vollem Umfang auf die Gesundheitsinfrastruktur durchgeschlagen hatte. Weitere Millionen Menschen haben zwar einen begrenzten Zugang zu Gesundheitsdiensten, aber dieser reicht häufig nicht aus, um sicherzustellen, dass alle Arbeitnehmer und ihre Familien die lebensnotwendige Betreuung und Unterstützung erhalten.

150. In Bezug auf die Systeme der Sozialen Sicherheit stellte das Amt in einem diesbezüglichen Bericht an die Tagung der Internationalen Arbeitskonferenz von 2001 fest, dass der Sozialschutz bei weitem noch nicht universell verwirklicht ist:

Eines der wichtigsten globalen Probleme, vor denen die Soziale Sicherheit heute steht, ist die Tatsache, dass über die Hälfte der Bevölkerung der Welt (Arbeitnehmer und ihre Angehörigen) keine Art von Sozialschutz genießt, d.h. sie genießen weder den Schutz eines auf Beiträgen beruhenden Sozialversicherungssystems noch können sie steuerfinanzierte Sozialleistungen in Anspruch nehmen, während ein weiterer großer Teil lediglich Schutz für wenige Risiken in Anspruch nehmen kann. In Afrika südlich der Sahara und Südasien erstreckt sich der gesetzliche soziale Schutz auf lediglich 5 bis 10 Prozent der arbeitenden Bevölkerung; in einigen Fällen nimmt er sogar ab. In Lateinamerika liegt der Deckungsbereich zwischen

¹³ UNDP: Human Development Report 1997, unter: <http://hdr.undp.org/en/reports/global/hdr1997>

10 und 80 Prozent und verändert sich kaum. In Südost- und Ostasien schwankt der Deckungsbereich zwischen 10 und nahezu 100 Prozent und nahm in vielen Fällen bis vor kurzem zu. In den meisten Industrieländern liegt der Deckungsgrad zwar bei annähernd 100 Prozent, in einer Reihe dieser Länder, insbesondere in den Transformationsländern, werden die entsprechenden rechtlichen Bestimmungen in den letzten Jahren jedoch nicht mehr in gleichem Maß umgesetzt¹⁴.

151. Aufgrund dieser Diskussion konnte Einvernehmen darüber erzielt werden, dass den „Politiken und Initiativen zur Ausweitung der Sozialen Sicherheit auf alle, die von bestehenden Systemen nicht erfasst sind“, höchste Priorität einzuräumen ist¹⁵. Dies ist Teil der Globalen IAO-Kampagne für Soziale Sicherheit und Schutz für alle.

152. Die Mechanismen zur Finanzierung des Sozialschutzes im Krankheitsfall reichen von steuerfinanzierten staatlichen Gesundheitsdiensten über beitragsfinanzierte soziale Pflichtkrankenkassen, die durch Arbeitgeber und Arbeitnehmer finanziert werden (mit dreigliedrigen Lenkungsstrukturen), bis zu obligatorischen oder regulierten privaten gemeinnützigen Krankenversicherungssystemen, sowie gemeinnützigen Krankenkassen auf Gegenseitigkeit oder auf Gemeinschaftsbasis. Jeder dieser Finanzierungsmechanismen praktiziert in der Regel die Zusammenlegung der Risiken der Versicherten, und bei vielen ist die Quersubventionierung zwischen Reichen und Armen ausdrücklich vorgesehen. In irgendeiner Form enthalten alle Systeme des Sozialschutzes im Krankheitsfall eine solche Quersubventionierung, denn anders ließe sich das Ziel des allgemeinen Zugangs gar nicht anstreben oder verwirklichen.

153. Praktisch alle Länder haben Systeme auf der Grundlage verschiedener Finanzierungsmechanismen aufgebaut, die zwei oder mehr der genannten Möglichkeiten kombinieren. Die IAO verfolgt auf dem Gebiet des Sozialschutzes im Krankheitsfall eine Politik, die den pluralistischen Charakter der nationalen Gesundheitssysteme ausdrücklich und pragmatisch anerkennt. Sie rät den Regierungen und anderen wichtigen Akteuren, strategische systemische Kombinationen innerstaatlicher Finanzierungssysteme zu verwirklichen, die den allgemeinen und gleichberechtigten Zugang, finanziellen Schutz im Krankheitsfall und generell eine effiziente und wirksame Erbringung von Gesundheitsdiensten anstreben. In diesem Zusammenhang muss unbedingt sichergestellt werden, dass die Systeme zur Finanzierung der staatlichen Gesundheitsdienste nicht zu Lasten anderer Sozialversicherungsleistungen gehen.

154. Der Sozialschutz im Krankheitsfall wird zunehmend als Beitrag zum Aufbau von Humankapital betrachtet, das durch Produktivitätssteigerungen und höheres makroökonomisches Wachstum Gewinne erwirtschaftet. Die derzeitige Debatte befasst sich auch intensiv mit dem Zusammenhang zwischen schlechter Gesundheit und Armut. Dieser spielt in den Strategiepapieren zur Verringerung von Armut eine wichtige Rolle und wurde auch in den Millenniums-Entwicklungszielen berücksichtigt, die eine Halbierung der extremen Armut und eine Verbesserung der Gesundheit anstreben. Die Verwirklichung eines universellen Sozialschutzes im Krankheitsfall könnte zu einem Meilenstein für die Erreichung der Millenniumsziele bis 2015 werden. Daher ist dieses Thema Teil einer sehr viel weiterreichenden Debatte über den Zusammenhang zwischen Gesundheit, sozialem Schutz und Entwicklung, die durch das Aids-Problem eine erhöhte Dringlichkeit erhalten hat.

¹⁴ IAA: *Soziale Sicherheit: Fragen, Herausforderungen und Aussichten*, Bericht VI, IAA, 89. Tagung, Genf, 2001, S. 3 unter: <http://www.ilo.org/public/english/standards/relm/ilc/ilc89/rep-vi.htm>

¹⁵ IAA: *Menschenwürdige Arbeit und die informelle Wirtschaft*, Bericht VI, IAA, 90. Tagung, Genf, 2002.

Soziale Sicherheit für alle verfügbar machen

155. Grundsätzlich sollte jeder Zugang zu Sozialer Sicherheit haben, aber dies ist bislang offensichtlich nicht der Fall, vor allem im Kontext von HIV/Aids. Zur Behebung dieses Problems wurden verschiedene Initiativen eingeleitet.

156. Ein Ansatz besteht darin sicherzustellen, dass anspruchsberechtigte Personen ihren Sozialversicherungsschutz nicht verlieren, weil sie HIV-positiv sind oder Aids-Symptome entwickelt haben. In mehreren Ländern sorgen gesetzliche Vorschriften dafür, dass Arbeitnehmer und ihre Familien, die mit HIV/Aids leben, durch Sozialversicherungssysteme und andere Versicherungsleistungen geschützt werden. In Malaysia¹⁶ haben die Betroffenen ein Anrecht auf Versicherungsschutz, und der HIV-Status muss wie jedes andere vergleichbare Gesundheitsproblem behandelt werden. Dasselbe gilt für Nepal¹⁷. In Nicaragua¹⁸ ist vorgesehen, dass Menschen mit HIV auch weiterhin Leistungen aus dem Sozialversicherungssystem erhalten. Es war dem Amt nicht möglich zu überprüfen, in welchem Umfang diese Vorschriften in die Praxis umgesetzt werden, aber es liegt auf der Hand, dass der Erlass solcher Gesetze Teil einer im Rahmen der vorgeschlagenen Empfehlung zu formulierenden und durchzuführenden nationalen Politik sein sollte.

157. Ein anderer Ansatz besteht darin, den Schutz durch Systeme der Sozialen Sicherheit für diejenigen zu verbessern, die aus anderen Gründen von solchen Leistungen ausgeschlossen sind, insbesondere die Armen sowie die Arbeitnehmer in der informellen Wirtschaft. Die IAO unterstützt die afrikanischen Länder bei einer neuen Sozialschutzinitiative, die lokale Schutzstrukturen aufbauen und/oder verstärken soll. Außerdem bemüht sich die IAO darum, die Ausweitung der Sozialen Sicherheit in der Gesellschaft insgesamt, also auch in der informellen Wirtschaft, zu fördern. Dabei wird das Ziel verfolgt, alle wichtigen Komponenten des sozialen Schutzes (Soziale Sicherheit, Arbeitsschutz, Arbeitsbedingungen, Maßnahmen gegen HIV/Aids, Verbesserungen auf dem Gebiet der Arbeitsmigration) in bestehende Strukturen einzubinden, wie etwa die Strategiepapiere zur Verringerung von Armut, den Entwicklungshilferahmen der Vereinten Nationen (UNDAF) und die Neue Partnerschaft für die Entwicklung Afrikas (NEPAD)¹⁹.

158. Die IAO fördert einen Ansatz der schrittweisen Ausweitung der Systeme des Sozialschutzes im Krankheitsfall. Dabei werden in der Regel zunächst Sozialleistungen und finanzieller Schutz in begrenztem Umfang für eine einige wenige gesellschaftliche Gruppen bereitgestellt, und dann wird der Leistungsumfang nach und nach erhöht und auf breitere Bevölkerungsgruppen ausgedehnt. Im Rahmen der HIV-Aids-Bekämpfung in Afrika sollten vorrangig Frauen, Kinder, Arbeitnehmer in der informellen Wirtschaft und ältere Menschen wirksamen Zugang zu Gesundheitsdiensten und finanziellem Schutz erhalten. Die Bandbreite dieser auf soziale Absicherung gerichteten Initiativen eröffnet den afrikanischen Ländern die Chance, ihre Sozialorganisation auf eine realistischere, umfassende und wirksame Grundlage zu stellen.

159. Es ist zu hoffen, dass die Empfehlung den Mitgliedstaaten, einschließlich der Arbeitsministerien und der Sozialpartner, als Orientierungshilfe dienen kann, um die

¹⁶ Siehe in Anhang II: Malaysia (1), Abschn. 7

¹⁷ Siehe in Anhang II: Nepal (3), Ziel 5.2.5.

¹⁸ Siehe in Anhang II: Nicaragua (1), Abschn. 23.

¹⁹ Siehe ferner: VN: *The New Partnership for Africa's Development: fourth consolidated report on progress in implementation and international support*, General Assembly, A/61/212, Aug. 2006, unter: <http://www.uneca.org/nepad/RCM7/SG-Report-on-NEPADAugust2006.pdf>

Maßnahmen zur Bekämpfung von HIV/Aids in den Rahmen eines erweiterten Systems des sozialen Schutzes zu stellen und dabei tragfähige Sicherheitsnetze und Sozialpolitiken zu entwickeln, die sich nicht auf Palliativmaßnahmen beschränken.

Private Versicherungsgesellschaften

160. Zwar sollten Gesundheitsversorgung und Versicherungsschutz für Menschen mit HIV hauptsächlich über die Sozialversicherungssysteme bereitgestellt werden, aber für viele Arbeitnehmer sind private Versicherungsgesellschaften, die zusätzliche oder andere Leistungen anbieten, eine wichtige Zugangsmöglichkeit zur Gesundheitsversorgung. Mehrere Länder haben Gesetze erlassen, die vorschreiben, dass Personen mit HIV ohne jede Diskriminierung zu versichern sind. So muss z. B. in Malaysia²⁰, Nepal²¹, Nigeria²² und Simbabwe²³ HIV/Aids unter Versicherungsaspekten wie jede andere chronische Krankheit behandelt werden, während es in Papua Neu-Guinea²⁴ eine Vorschrift gibt, wonach es nicht als diskriminierende Handlung gilt, wenn HIV/Aids wie jede andere chronische Krankheit behandelt wird. In den Philippinen²⁵ dürfen keine Kredit- oder Darlehensleistungen, einschließlich Kranken-, Unfall- und Lebensversicherungen, aufgrund der Kenntnis, der Vermutung oder des Verdachts einer HIV-Infektion verweigert werden, vorausgesetzt, die betreffende Person hat ihren HIV-Status in ihrem Antrag an die Versicherungsgesellschaft nicht verschwiegen oder falsch dargestellt. Ebenso wenig darf allein aus diesem Gesundheitsgrund eine Verlängerung oder Weiterführung von Krediten oder Darlehen verweigert werden. In Togo²⁶ haben Personen mit HIV das Recht, mit Versicherungsgesellschaften alle Arten von Versicherungen abzuschließen, insbesondere Lebensversicherungen. In Sierra Leone²⁷ darf niemand gezwungen werden, sich allein zum Zweck der Erlangung eines Kredits oder einer Versicherung bzw. der Verlängerung oder Weiterführung einer solchen Leistung einem HIV-Test zu unterziehen oder seinen HIV-Status offen zu legen. Die Lebens- und Krankenversicherungsgesellschaften sind verpflichtet, eine angemessene Deckungsgrenze zu bestimmen, bis zu der die Offenlegung des HIV-Status durch den Antragsteller nicht erforderlich ist. Wird eine darüber hinausgehende Deckung beantragt, können die Versicherer einen HIV-Test verlangen und im Fall eines positiven Ergebnisses die Prämie erhöhen. Es wurde ein Beschwerdeverfahren eingerichtet, um prüfen zu lassen, was in diesem Zusammenhang als „angemessen“ zu gelten hat.

161. In Namibia²⁸ schreibt das entsprechende Gesetz vor, dass berufliche Versorgungsleistungen nicht diskriminierend sein dürfen und dass die Rechte und Ansprüche der Angehörigen verstorbener oder pensionierter Beschäftigter nach Möglichkeit zu schützen sind. Die Informationen über solche Programme müssen vertraulich bleiben. Die Finanzierungsmechanismen privater und öffentlicher Leistungsträger im Gesundheitsbereich sollten Standardleistungen für alle Beschäftigten vorsehen, ungeachtet ihres HIV-Status. Nach Abschnitt 6.7.4 dieses Gesetzes müssen Beratungsdienste angeboten

²⁰ Siehe in Anhang II: Malaysia (1), a.a.O.

²¹ Siehe in Anhang II: Nepal (3), a.a.O.

²² Siehe in Anhang II: Nigeria (3), Abschn. 14.

²³ Siehe in Anhang II: Simbabwe (4). Abschn. 7.

²⁴ Siehe in Anhang II: Papua Neuguinea (1), Abschn. 8.

²⁵ Siehe in Anhang II: Philippinen, Abschn. 30.

²⁶ Siehe in Anhang II: Togo (2), Abschn. 31.

²⁷ Siehe in Anhang II: Sierra Leone (1), Abschn. 27.

²⁸ Siehe in Anhang II: Namibia (1), Abschn. 6.7.

werden, die alle Arbeitnehmer über ihre Rechte und ihnen zustehende Leistungen aus Krankenkassen, Lebensversicherung-, Pensions- und Sozialversicherungsfonds aufklären sollen. Dazu gehören auch Informationen über geplante Veränderungen der Struktur, der Leistungen und der Prämien dieser Fonds. Der Gesamtarbeitsvertrag von 2001 zwischen Jowells Transport und der Transportarbeitergewerkschaft Namibias sieht in Abschnitt 2.5 vor, dass Beschäftigte, die klinisch krank oder aus medizinischen Gründen arbeitsunfähig sind, Leistungen entsprechend den jeweiligen Beschäftigungsbedingungen erhalten, die in bestimmten Abständen von den Vertragsparteien ausgehandelt werden. In Abschnitt 2.6 heißt es, dass die Vertragsparteien sich darüber beraten sollen, wie den Bedürfnissen von Beschäftigten, die aufgrund ihrer Infektion ihre Aufgaben nicht wahrnehmen können, am besten entsprochen werden kann, etwa durch die Inanspruchnahme von Krankheitsurlaub und/oder die Einleitung des Prozesses der Arbeitsunfähigkeit.

162. Es gibt jedoch andere Fälle, in denen Versicherungsgesellschaften HIV-positive Personen vom Versicherungsschutz ausschließen. Dies stellt eine gravierende Verletzung der Grundsätze des Leitfadens dar.

163. Privatversicherer wenden verschiedene Methoden an, um Menschen mit HIV den Versicherungszugang zu verweigern. Hier einige Beispiele:

- Ausschlussklauseln, die festlegen, dass bei einer Inanspruchnahme der Versicherung aufgrund eines HIV/Aids-bedingten Todesfalls oder einer dadurch bedingten Behinderung innerhalb eines bestimmten Zeitraums nach dem Ausstellungsdatum der Versicherungspolice (beispielsweise zehn Jahre) keinerlei Zahlungen geleistet werden.
- Eine Klausel über den Zugang zu medizinischen Unterlagen, die vorschreibt, dass vor der Entscheidung über den Abschluss einer neuen Lebensversicherung, einer Arbeitsunfähigkeitsversicherung und einer Krankheitskostenversicherung medizinische Untersuchungen mit diagnostischen und prognostischen medizinischen Verfahren durchgeführt werden, die neben anderen Blut- und Urinuntersuchungen auch einen HIV-Test umfassen.
- Alternativ dazu fragen die Versicherer die Antragsteller nach HIV-Infektionen und Aids, sowie auch danach, ob sie auf eine HIV-Infektion oder Aids getestet wurden und ob eine solche bei ihnen diagnostiziert und behandelt wurde. In solchen Fällen behalten sich die Versicherungsgesellschaften das Recht vor, die Auskünfte des Antragstellers zu überprüfen, und der Versicherte muss der Aufhebung der Vertraulichkeit zwischen Arzt und Patient zustimmen.
- Rückwirkend geltende Rücktrittsklauseln gestatten es Versicherungsgesellschaften, von Versicherungsverträgen zurückzutreten, wenn sie glauben, dass der Versicherte den Versicherer irregeführt oder vor Abschluss des Versicherungsvertrags Informationen über seinen HIV-Status verschwiegen hat.

164. In manchen Ländern sind jedoch auch positive Maßnahmen zur Überwindung des Problems festzustellen. Die Fortschritte, die diese Länder im Versicherungssektor erzielten, beruhten darauf, dass sie das Problem offensichtlich mit größerer Dringlichkeit angingen oder dass das Ausmaß der sie bedrohenden HIV/Aids-Krise sie dazu zwang, progressivere Strategien und Praktiken zu verfolgen. Beispiele hierfür sind Südafrika und Uganda.

165. In einigen Fällen wurden solche Ansätze durch den Erlass oder die Auslegung von Gesetzen erzwungen. In den Vereinigten Staaten bieten Rechtsvorschriften des Bundes und der einzelnen Staaten einen mehr oder weniger hohen Schutz vor unterschiedlicher

Behandlung mit nachteiligen Auswirkungen. Die Anwendung der verschiedenen Antidiskriminierungsgesetze auf das Versicherungswesen richtet sich gegen Diskriminierung aus einer Vielzahl von Gründen, wie etwa Rasse, Geschlecht, Alter, Behinderung, Erbanlagen, häusliche Gewalt und Geisteskrankheit. Im Hinblick auf Menschen mit HIV werden Versicherer, die einen Versicherungsschutz für schwere Krankheiten wie Krebs oder Herzerkrankungen anbieten, denen die Gesellschaft „positiv“ gegenübersteht, durch ein Bundesgesetz dazu gezwungen, versicherungsmathematisch ähnlich einzustufende, aber als „negativ“ angesehene Krankheiten wie HIV/Aids ebenfalls zu versichern.

166. In anderen Fällen reagierten die Versicherungsgesellschaften ohne Aufforderung durch den Gesetzgeber auf diese Bedürfnisse. In Uganda führte die Versicherungsgesellschaft AON Uganda Ltd ein Krankenversicherungsprogramm für Menschen mit HIV ein, ein Novum in diesem Land. Die am AON-Krankenversicherungssystem teilnehmenden Unternehmen leisten vierteljährliche Einzahlungen auf das medizinische Konto der AON. Im Rahmen dieses Programms erhalten Menschen mit HIV eine medizinische Behandlung in Krankenhäusern und Ambulanzstationen, die sowohl die Behandlung von schon länger bestehenden und chronischen Krankheiten als auch anti-retrovirale Medikament umfasst. Für die durch dieses Programm versicherten Beschäftigten gelten unterschiedlich hohe Obergrenzen für die Behandlungskosten, die durch die Versicherungsgesellschaft angepasst werden können. Das Programm deckt für bestimmte Behandlungsoptionen wie antiretrovirale Medikamente und Zahnbehandlung auch die Behandlung von Familienangehörigen. Im Rahmen dieses Versicherungssystems wird Vertraulichkeit gewährleistet, einschließlich gesonderter Rechnungen, und zur Identifikation der Versicherten werden anstelle von Patientennamen Nummern verwendet.

167. In Südafrika hob die Versicherungsgesellschaft „African Life“ 2004 den Ausschluss von HIV/Aids aus Lebensversicherungsverträgen auf²⁹. Allerdings erfolgt keine Auszahlung von Leistungen in Fällen, in denen unmittelbare Familienangehörige der Versicherten innerhalb eines festgelegten Zeitraums nach Vertragsabschluss an einer Aids-bedingten Krankheit sterben, oder in Fällen, in denen entferntere Familienangehörige innerhalb von zwölf Monaten nach Vertragsabschluss sterben. Auch die 36 Mitgliedsgesellschaften des Dachverbands „South African Life Offices Association“ strichen für Neukunden die HIV-Ausschlussklauseln und nahmen solche Klauseln aus bestehenden und neuen Lebensversicherungsverträgen heraus.

168. Im Vereinigten Königreich gab der Verband der Versicherungsgesellschaften (Association of British Insurers – ABI), in dem über 200 Versicherungsgesellschaften zusammengeschlossen sind, einen neuen Praxisleitfaden mit dem Titel „Abschluss von Lebensversicherungen bei HIV/Aids“ heraus, der vorschreibt, dass britische Versicherungsvertreter männlichen Antragstellern, die eine Lebensversicherung abschließen wollen, keine Fragen zu ihren Sexualpraktiken stellen dürfen, um so ein HIV-Risiko zu ermitteln³⁰. Die neuen Richtlinien untersagen es den Versicherern, Allgemeinärzte zur Sexualität ihrer Patienten zu befragen und „spekulative Versicherungsverträge“ abzuschließen. ABI änderte auch seine praktischen Leitlinien für HIV/Aids dahingehend, dass jemand, der eine Versicherung beantragt, nicht danach gefragt werden

²⁹ Aus <http://ch.planetout.com/health/hiv/?sernum=3044> (Website von Planet Out – über Gesundheit und HIV). „South African life insurance company removes HIV exclusions“ von Gus Cairns, 2004.

³⁰ Henry G. Kaiser Foundation: *Daily HIV/AIDS report*, Global Challenges, “New British Insurance Association Guidelines say questions about sexuality cannot be asked to determine HIV risk”, 4. Okt. 2005, unter: http://www.kaisernetwork.org/daily_reports/rep_hiv_recent_rep.cfm?dr_cat=1&show=Ja&dr_DateTime=10-03-05

soll, ob er in den letzten fünf Jahren mit HIV in Kontakt war oder auf HIV getestet wurde³¹. Die Leitlinien schreiben für Frauen und verheiratete Männer bei Policen, deren Wert mehr als ca. 1,75 Millionen Dollar beträgt, HIV-Tests vor, während für unverheiratete Männer bei Policen ab einem Wert von 440.000 Dollar Tests verlangt werden³².

169. Die Namibia Business Coalition on AIDS (NABCOA)³³ gab mit technischer und finanzieller Unterstützung durch das ACCA-Projekt und die BACKUP-Initiative der GTZ eine Studie der Krankenversicherungsbranche in Namibia in Auftrag, um festzustellen, welche Lücken bei der Abdeckung der Bevölkerung durch Versicherungen und Krankenkassen bestehen und wie hoch die Zahl der Beschäftigten ist, die sich die Prämien nicht leisten können. Diese Untersuchung führte zu dem Ergebnis, dass der bestehende Deckungsschutz durch Krankenkassen unzureichend und für die Beschäftigten mit den niedrigsten Einkommen unerschwinglich ist. Ferner wurde festgestellt, dass die Arbeitgeber normalerweise nur ihre eigenen Arbeitnehmer versichern, wenn auch in manchen Fällen die Subventionierung der Krankenversicherung auf die unmittelbaren Familienangehörigen der Beschäftigten ausgeweitet wurde. Es wird häufig übersehen, dass ganze Großfamilien von Arbeitnehmern mit niedrigem Einkommen abhängig sind. Tatsächlich sorgen diese Beschäftigten nicht nur für die finanzielle Unterstützung und den Zugang zu medizinischer Behandlung für ihre unmittelbare Familie, sondern vielfach auch für Verwandte, die zum Teil auf dem Land leben. Die Studie ergab außerdem, dass Klein- und Mittelbetriebe in manchen Fällen keinen Zugang zu Krankenversicherungsschutz haben und dass ein gezielt auf HIV/Aids zugeschnittenes Krankheitsmanagementprogramm für sie nicht erschwinglich oder nicht zugänglich ist. Es wird empfohlen, dass die Institutionen, die derzeit solche Produkte auf dem Markt anbieten, deren Gestaltung so verändern, dass sie auch für Klein- und Mittelbetriebe eher zugänglich und erschwinglich werden.

170. Die Frage, wie sichergestellt werden kann, dass private Krankenversicherungen auch weiterhin für alle, die sie benötigen, zur Verfügung stehen, muss offensichtlich weiter untersucht werden. Ebenso notwendig erscheint es, den Sozialversicherungsschutz zu ergänzen und die Finanzierung des allgemeinen Zugangs zur Gesundheitsversorgung für alle Menschen mit HIV sicherzustellen.

Zugang zu Behandlung, einschließlich antiretroviraler Medikamente

171. Dieser Abschnitt konzentrierte sich bisher auf finanzielle Aspekte der Behandlung, aber ein weiterer, ebenso wichtiger Aspekt ist die Verfügbarkeit einer Therapie, die sich als wirksam erwiesen hat – antiretrovirale (ARV) Medikamente. Natürlich ist das auch eine finanzielle Frage, da solche Medikamente für die meisten der Armen völlig unerschwinglich sind, wenn sie nicht subventioniert werden. Aber an vielen Orten der Welt stehen diese Medikamente gar nicht zur Verfügung, wenn nicht Regierungen, Arbeitgeber oder andere Akteure sich dafür einsetzen. Wenn eine ARV-Behandlung begonnen wurde, müssen die Betroffenen die Medikamente ihr Leben lang einnehmen – und wenn die Medikamente vorhanden sind, kann sich dieses noch auf viele Jahre erstrecken. Wie lässt sich also die Verfügbarkeit dauerhaft sicherstellen?

³¹ Berichtet auf der Website Gay.com U.K., Nov. 2004, unter: www.gay.com/

³² Association of British Insurers: *ABI statement of best practice on HIV and insurance*, in Kraft getreten am 30. Sept. 2005, unter: http://www.abi.org.uk/Display/default.asp?Menu_ID=946&Menu_All=1,946,0&Child_ID=197

³³ Siehe ferner World Economic Forum: *Namibia Business Coalition on HIV/AIDS (NABCOA): Profile*, Juni 2006, unter: <http://www.weforum.org/pdf/GHI/Namibia.pdf>

172. Verschiedene Programme, die in breiterem Umfang eine ARV-Behandlung bereitstellen, leiden häufig unter dem Problem, dass bei der Ausgabe der Medikamente das soziale Umfeld der Patienten nicht berücksichtigt wird. Abgesehen von der Finanzierung der Behandlung ist es für manche Patienten sehr schwierig, diese Medikamente kontinuierlich einzunehmen, etwa weil sie aus Kostengründen die Gesundheitseinrichtungen, in denen sie ausgegeben werden, nicht aufsuchen können, oder weil sie besonders schwierige Arbeitsbedingungen haben (lange und unregelmäßige Arbeitszeiten oder lange Wege zwischen Wohnung und Arbeitsplatz), die ihnen die regelmäßige Einnahme erschweren. Auch die nach wie vor herrschende Stigmatisierung kann es ihnen schwer machen, die Behandlung fortzusetzen. Dies sind wichtige Gründe, die für eine enge Koordinierung und Integration gemeinschafts- und arbeitsplatzbezogener Strategien und für die Einbeziehung der Arbeitsministerien und der Sozialpartner in die Ausarbeitung von Plänen zur HIV/Aids-Bekämpfung in dem jeweiligen Land sprechen. Also müssen sowohl Behandlungs- als auch Präventionsstrategien auf den Aspekt der Stigmatisierung und Diskriminierung eingehen. Außerdem muss die Stärkung der Gesundheitssysteme und die Schulung und Weiterbeschäftigung von Fachpersonal angestrebt werden, wenn die Therapie nachhaltig sein soll. Die vorgeschlagene Empfehlung könnte daher der Notwendigkeit Rechnung tragen, die Bereitstellung der Behandlung mit Maßnahmen zur Verbesserung des gesamten sozialen und wirtschaftlichen Umfelds sowie der Gesundheitsversorgung im Allgemeinen zu verbinden, aber auch der Notwendigkeit, die Mitgliedsgruppen der IAO in die Planung und Durchführung auf nationaler Ebene sowie in die Verbesserung der sozioökonomischen Bedingungen der Arbeitnehmer einzubeziehen.

Einzel- und Reihenuntersuchungen und Vertraulichkeit

173. Die Art des Umgangs mit HIV-Untersuchungen und der Frage der Vertraulichkeit entscheidet darüber, ob die nationalen Maßnahmen gegen HIV/Aids mit dem Leitfaden und mit den von praktisch allen Akteuren zu dieser Frage beschlossenen Grundsätzen im Einklang stehen. Der Leitfaden behandelt dieses äußerst schwierige Thema relativ ausführlich:

4.6. Reihenuntersuchungen zum Zweck des Ausschlusses von der Beschäftigung oder der Arbeit

Es sollten keine HIV/Aids-Reihenuntersuchungen von Arbeitssuchenden oder Beschäftigten vorgenommen werden.

4.7 Vertraulichkeit

Es gibt keine Rechtfertigung dafür, von Arbeitssuchenden oder Arbeitnehmern zu verlangen, HIV-relevante persönliche Daten bekannt zu geben. Ebenso wenig sollten Arbeitnehmer gezwungen werden, solche persönlichen Daten über Arbeitskollegen weiterzugeben. Der Zugang zu persönlichen Daten, die den HIV-Status eines Arbeitnehmers aufzeigen, sollte den Datenschutzregelungen unterliegen, in Übereinstimmung mit der IAO-Richtliniensammlung von 1997 zum Schutz persönlicher Arbeitnehmerdaten.

...

8. HIV-Untersuchungen

Mit Ausnahme der in diesem Leitfaden beschriebenen Fälle sollten keine HIV-Untersuchungen am Arbeitsplatz durchgeführt werden. Sie sind unnötig und gefährden die Menschenrechte und die menschliche Würde. Untersuchungsergebnisse könnten offengelegt und missbraucht werden, und nicht immer könnte die Einwilligung der Arbeitnehmer ganz freiwillig erfolgen oder auf einem Verständnis aller Fakten und Auswirkungen der Untersuchungen beruhen. Sogar außerhalb des Arbeitsplatzes sollten vertrauliche HIV-Untersuchungen nur

aufgrund einer freiwilligen Einwilligung und nach vorheriger genauer Unterrichtung erfolgen und ausschließlich von entsprechend qualifiziertem Personal unter Bedingungen der strengsten Vertraulichkeit durchgeführt werden.

8.1. Verbot bei Einstellung und Beschäftigung

HIV-Untersuchungen sollten nicht zum Zeitpunkt der Neueinstellung oder als Bedingung zur Fortsetzung des Beschäftigungsverhältnisses gefordert werden. Routinemäßige ärztliche Untersuchungen, wie etwa Fitness-Tests, die vor Beginn des Beschäftigungsverhältnisses oder regelmäßig durchgeführt werden, sollten keine obligatorische HIV-Untersuchung umfassen.

8.2. Verbot für Versicherungszwecke

- a) HIV-Untersuchungen sollten nicht zur Voraussetzung für die Aufnahme in staatliche Sozialversicherungssysteme, allgemeine und berufsspezifische Versicherungen und Krankenkassen gemacht werden.
- b) Versicherungsgesellschaften sollten keine HIV-Untersuchungen verlangen, ehe sie Versicherungsschutz für einen bestimmten Arbeitsplatz bieten. Sie können die Schätzungen ihrer Kosten und Prämienaufkommen sowie ihre versicherungsmathematischen Berechnungen auf die verfügbaren epidemiologischen Daten für die Gesamtbevölkerung stützen.
- c) Arbeitgeber sollten Untersuchungen für Versicherungszwecke nicht begünstigen, und alle bereits in ihrem Besitz befindlichen Informationen sollten vertraulich bleiben.

174. Trotz dieser ausführlichen Darstellung ist die Einhaltung oder praktische Anwendung dieser Grundsätze nicht immer einfach. Auch kommen darin gegensätzliche Forderungen zum Ausdruck. Der Einzelne und die Gesellschaft als Ganzes haben ein starkes Interesse daran, den HIV-Status eines jeden in Erfahrung zu bringen, vor allem dort, wo HIV stark verbreitet ist oder die Gesundheit und Sicherheit gefährdet sein können. Andererseits hat die Möglichkeit – ja sogar Wahrscheinlichkeit – einer Stigmatisierung und Diskriminierung HIV-positiver Personen eine stark abschreckende Wirkung, wenn es um die Bereitschaft geht, sich am Arbeitsplatz oder außerhalb auf HIV untersuchen zu lassen und gegebenenfalls eine Behandlung und Betreuung in Anspruch zu nehmen.

175. Zwar haben alle Ko-Sponsoren von UNAIDS und die meisten auf diesem Gebiet aktiven Organisationen den Grundsatz akzeptiert, dass es keine obligatorischen HIV-Untersuchungen geben sollte, aber in Wirklichkeit wird gerade dieser Grundsatz am häufigsten verletzt. HIV-Tests als Teil von Einstellungsuntersuchungen sind ein hartnäckig weiterbestehendes Phänomen, obwohl es vielerorts Rechtsvorschriften gibt, die diese Praxis verbieten. Hinzu kommt, dass verschiedene Länder vor Erteilung einer Einreiseerlaubnis für Migranten HIV-Untersuchungen vorschreiben und HIV-positiven Personen die Einreise verweigern. Darin kommt in vielen Fällen die Überzeugung zum Ausdruck, HIV/Aids sei ein „ausländisches“ Problem, das man durch solche Maßnahmen fernhalten könne (siehe unten).

176. Dennoch ist seit der Verankerung dieses Grundprinzips in dem 2001 angenommenen Leitfadens eine Veränderung hinsichtlich der medizinischen Aspekte von HIV/Aids zu beobachten. Die Einsicht, dass es wichtig ist, den HIV-Status eines jeden zu kennen, ist gestiegen, und die Therapien, mit denen sich das Virus unter Kontrolle bringen lässt, sind heute in wesentlich größerem Umfang verfügbar. Wie bereits in Kapitel I ausgeführt, konnte durch die erweiterte Bereitstellung der antiretroviralen Therapie das Leben einer signifikanten Anzahl von Menschen verlängert werden.

177. Dies wirft natürlich die Frage auf, ob heute eine stärkere Notwendigkeit besteht, die Durchführung von HIV-Untersuchungen vorzuschreiben, damit jeder seinen HIV-Status kennt und gegebenenfalls eine Behandlung erhalten kann. Gibt es in dieser Situation einen triftigen Grund für ein Abweichen von der gegen obligatorische Untersuchungen gerichteten Regel?

178. Von der Aids-Gemeinschaft wird dies weiterhin verneint. Zum ersten ist eine Therapie zwar in breiterem Ausmaß verfügbar als bisher, aber sie steht bei weitem noch nicht *überall* und allen Betroffenen zur Verfügung. Aus finanziellen und institutionellen Gründen ist sie an den meisten Orten für die meisten Bevölkerungsgruppen nicht erschwinglich und nicht zugänglich. Zum zweiten sind mit HIV-Aids lebende und davon betroffene Personen trotz aller Aufklärungsfortschritte immer noch weit verbreiteter Diskriminierung und Stigmatisierung, dem Verlust des Arbeitsplatzes und der gesellschaftlichen Ächtung ausgesetzt. Obwohl der Leitfaden mehr Offenheit und Akzeptanz in ihrem jeweiligen Umfeld fordert, ist der Zeitpunkt, an dem dies die vorherrschende Philosophie wäre, noch lange nicht erreicht.

179. Die Diskussion über HIV-Untersuchungen wird inzwischen in einem breiteren Rahmen geführt, in dem jeder dazu ermutigt werden soll, seinen HIV-Status in Erfahrung zu bringen. Dies verpflichtet Regierungen, Gesundheitsdienste, Arbeitgeber und andere, die davon betroffen sind, auf eine Situation hinarbeiten, in der die meisten Menschen den Wunsch haben, ihren Status zu kennen, und dann auch relativ einfach die Möglichkeit dazu erhalten. Um dies praktisch zu verwirklichen, ist ein breites Umdenken innerhalb der Gesellschaft erforderlich. Es bedeutet auch, dass die Unternehmen in der Lage sein müssen, Vertraulichkeit und Arbeitsplatzsicherheit zu gewährleisten und den Therapiezugang zu fördern. Wenn die Arbeitnehmer ihren eigenen HIV-Status kennen, trägt dies zum Fortbestand der Unternehmen bei, während gleichzeitig die Menschen mit HIV durch die Aufnahme bzw. weitere Ausübung einer bezahlten Beschäftigung ihre materielle Lage verbessern und ihre Würde bewahren können. Die IAO befasst sich seit einiger Zeit zusammen mit dem UNAIDS-Sekretariat mit der Frage der Beschäftigungsmöglichkeiten für Menschen mit HIV. Obwohl sich diese Arbeit noch im Anfangsstadium befindet, hat sie bereits erhebliche Fortschritte bewirkt. Aber es bleibt immer noch sehr viel zu tun.

Formen und Modalitäten der HIV-Untersuchungen

180. Der IAO-Leitfaden sieht vor, dass Untersuchungen nur aufgrund einer freiwilligen Einwilligung und nach vorheriger Unterrichtung durchgeführt werden dürfen. Wie in Kapitel III gezeigt wird, schreibt die Gesetzgebung einiger Länder sogar eine schriftliche Einwilligung vor.

181. Dennoch ist der Anteil derjenigen, die ihren HIV-Status kennen, in den meisten Regionen sehr niedrig. Einer gemeinsamen Fachkonsultation von WHO/UNICEF/UNAIDS über die Ausweitung der HIV-Untersuchungen und -Beratung in Asien und im Pazifischen Raum wurde berichtet, dass weniger als 10 Prozent der Menschen mit HIV in der Region ihren Status kennen³⁴. Die Fachkonsultation kam zu dem Schluss, dass der Zugang zur HIV-Beratung und -Untersuchungen dringend ausgeweitet werden muss, um so auch den Zugang zu umfassender HIV-Prävention, -Betreuung und -Behandlung zu verbessern. Auch sollten die bestehenden Modelle für freiwillige Beratung und Untersuchung verstärkt, ausgeweitet und durch Ansätze ergänzt werden, die das Potenzial der Gesundheitsdienste für Beratungs- und Untersuchungsangebote nutzen. Dieser Ansatz, HIV-Untersuchungen durch Anbieter von Gesundheitsdiensten durchführen zu lassen – „Provider-Initiated Counselling and Testing“ (PICT) – sollte sich auf Beratung, Vertraulichkeit und die Einwilligung der Betroffenen nach vorheriger Unterrichtung stützen.

³⁴ Conclusions and recommendations, Joint WHO/UNICEF/UNAIDS Technical Consultation on scaling up HIV testing and counselling in Asia and the Pacific, Phnom Penh, Kambodscha, 4.-6. Juni 2007, unter: www.searo.who.int/LinkFiles/AIDS_ConclusionsNRecommendations.pdf

Das WHO/UNAIDS-Sekretariat gab im Mai 2001 Richtlinien zu PICT heraus³⁵. Ein weiterer Aspekt dieses Ansatzes gilt der Verhütung der Mutter-Kind-Übertragung: alle Schwangeren, die dies nicht ausdrücklich ablehnen, werden auf HIV getestet.

182. Dieser Ansatz stimmt formal mit der Position des IAO-Leitfadens überein, wonach Untersuchungen nur freiwillig und aufgrund einer formellen Einwilligung nach vorheriger Unterrichtung erfolgen dürfen. Es ist auf jeden Fall von Vorteil, dass damit die Anzahl der Menschen, die über ihren HIV-Status informiert sind, erhöht wird. Außerdem kann so unter Umständen die mit einer HIV-Untersuchung verbundene Stigmatisierung verringert werden, weil nicht nur Risikopatienten untersucht werden, sondern alle Patienten, die eine Gesundheitseinrichtung aufsuchen, selbst wenn sie symptomfrei sind.

183. Dennoch hat das Amt von Bedenken Kenntnis genommen, der PICT-Ansatz könnte letztlich obligatorische Untersuchungen in verschleierter Form zur Folge haben, weil die Betroffenen selbst aktiv werden müssen, um die Durchführung der Tests zu verhindern und daher unter erheblichem Druck stehen, ihnen zuzustimmen. Angesichts des breit gefächerten Angebots für die Durchführung von HIV-Untersuchungen und der praktischen Schwierigkeit, die Erfüllung aller drei Voraussetzungen (Beratung, Vertraulichkeit, Einwilligung) in allen Situationen sicherzustellen, gibt es so viele Fälle einer fragwürdigen Freiwilligkeit, dass bei der Anwendung des PICT-Ansatzes große Sorgfalt geboten ist. Unter Berücksichtigung des Leitfadens und der aus der Erfahrung gewonnenen Erkenntnisse erscheint es dem Amt daher schwierig, diesen Grundsatz vorbehaltlos zu unterstützen.

184. Die Empfehlung muss den Mitgliedstaaten die Entscheidung darüber, wie sie den Grundsatz der freiwilligen Untersuchung mit der dringenden Notwendigkeit vereinbaren wollen, dass mehr Menschen ihren HIV-Status in Erfahrung bringen, nicht vorschreiben. Sie kann den Mitgliedstaaten die Möglichkeit offen lassen, in Beratung mit den zuständigen Akteuren und der Gemeinschaft, einschließlich der Sozialpartner, ihre konkrete Situation zu prüfen und über eine wirksame Lösung des Problems von HIV-Untersuchungen bei gleichzeitiger Achtung grundlegender Rechte nachzudenken. Dadurch würden die Mitgliedstaaten verstärkt mit der Notwendigkeit konfrontiert, parallel zur Aufdeckung von HIV-Infektionen auch Präventionsstrategien zu entwickeln und durchzuführen. Es könnte sinnvoll sein, in der Empfehlung breiter zugängliche HIV-Untersuchungsmöglichkeiten außerhalb des Arbeitsplatzes und den Schutz der Privatsphäre zu fordern, unterstützt durch erschwinglichere, für einen breiteren Personenkreis verfügbare Therapieangebote.

185. Ferner sollte angesichts der weit verbreiteten Praxis, HIV-Untersuchungen für bestimmte Berufsgruppen vorzuschreiben (siehe Kapitel III), bei Ausarbeitung der Empfehlung eine Diskussion darüber geführt werden, ob die Formulierungen des Leitfadens überprüft werden müssen, um Bedingungen festzulegen, unter denen eine Einschränkung der Freiwilligkeit zulässig sein könnte. Es geht hier um ein grundlegendes Menschenrecht, aber da eine ausreichende Zahl von Ländern bzw. berufsständischen Zertifizierungsstellen eine Modifizierung dieses Grundprinzips als notwendig bezeichnet haben, sollte diese Frage weiter erörtert werden.

³⁵ Siehe WHO/UNAIDS: *Guidance on provider-initiated HIV testing and counselling in health facilities*, 2007, unter: http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241595568_eng.pdf

Risiko und Gefährdung

186. Bei der Annahme internationaler Normen zu HIV/Aids am Arbeitsplatz und ihrer Umsetzung in die Praxis müssen zahlreiche Risiko- und Gefährdungsfaktoren berücksichtigt werden. Viele dieser Faktoren haben nicht unmittelbar mit dem Arbeitsplatz zu tun, ziehen jedoch schwerwiegende Folgen für die Arbeitnehmer und ihre Familien und für die Welt der Arbeit nach sich. Auf keinen Fall dürfen Arbeitsministerien, Arbeitgeber und Arbeitnehmer in den Irrtum verfallen, sie müssten sich lediglich mit berufsbedingten Risiken befassen, die zu einer HIV-Übertragung führen können. Zur HIV-Bekämpfung müssen zwei sich ergänzende Strategien kombiniert werden: die Verringerung des Risikos durch konkrete Präventionsprogramme, und die Verringerung der Gefährdung durch umfassendere Maßnahmen mit dem Ziel sozialer, kultureller, politischer und wirtschaftlicher Veränderungen. Besonders wichtig ist, dass die Krankheit nicht nur mit Bevölkerungsgruppen in Verbindung gebracht wird, die als „gefährdet“ oder „risikoanfällig“ gelten.

Allgemeine soziale, wirtschaftliche und politische Faktoren

187. Der Anhang des Leitfadens beschreibt verschiedene allgemeine soziale Faktoren, die eine Gefährdung erhöhen. Er stellt fest, dass Aids sich besonders dort ausbreitet, wo wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte verletzt werden, sowie dort, wo bürgerliche und politische Regeln ignoriert werden. Aus ökonomischer Sicht muss Armut als ein Hauptfaktor angesehen werden – siehe unten. In sozialer und kultureller Hinsicht kann die ungleiche Position der Geschlechter innerhalb der sozialen und beruflichen Beziehungen zu unerwünschtem Geschlechtsverkehr unter Risikobedingungen führen, weil Frauen in einer schwachen Verhandlungsposition sind. Bestimmte persönliche Einstellungen und Verhaltensweisen sollten ebenfalls als risikosteigernde Faktoren anerkannt werden. HIV kann auch durch intravenösen Drogenkonsum mit Hilfe von infiziertem Gerät übertragen werden. Es ist offensichtlich, dass Alkohol- und Drogenmissbrauch die Fähigkeit eines Menschen, sicheres Sexual- oder Drogenkonsumverhalten zu praktizieren, beeinträchtigen kann. Die Stigmatisierung der mit HIV/Aids lebenden Personen stärkt das natürliche Bedürfnis, eine Infektion zu verschweigen und trägt somit zu ihrer Verbreitung bei. Kultureller Druck und Verleugnung kaschieren die Ausbreitung der Infektion auf lokaler und nationaler Ebene und machen es sowohl Gemeinwesen als auch Einzelpersonen schwerer, wirksame Gegenmaßnahmen zu planen. In gesellschaftlicher und politischer Hinsicht hemmen Konfliktsituationen, der Zusammenbruch von Gesetz und Ordnung, unzulängliche gesetzliche Rahmenbedingungen und Vollzugseinrichtungen in Verbindung mit der Verweigerung der Vereinigungsfreiheit und des Rechts auf Kollektivverhandlungen die Entwicklung im Allgemeinen und untergraben wesentliche Gesundheitsförderungsmaßnahmen im Besonderen. In vielen Ländern sind Gesundheitsversorgungssysteme mit mangelnden Ressourcen, die bereits durch Verschuldung und Strukturanpassungsprogramme geschwächt sind, nicht in der Lage, die nötige Betreuung oder Prävention zu leisten. Zusammenfassend kann gesagt werden, dass ein Klima der Diskriminierung und die mangelnde Achtung der Menschenrechte Arbeitnehmer für eine Infektion anfälliger und unfähiger macht, mit Aids umzugehen, weil es für sie schwierig ist, sich um freiwillige Untersuchungen, Beratung, Behandlung oder Unterstützung zu bemühen. Ebenso wenig wird es ihnen möglich sein, an Aufklärungs- und Präventionskampagnen teilzunehmen.

188. Die meisten dieser Faktoren haben wenig oder gar nichts mit persönlichen oder berufsbezogenen Merkmalen zu tun und zeigen, dass die HIV-Epidemie nicht allein ein medizinisches und gesundheitliches Problem ist.

Armut

189. Armut erhöht die Wahrscheinlichkeit der HIV-Übertragung³⁶. Die in Armut lebenden Menschen – und die Länder am unteren Ende der globalen Wirtschaftsskala – verfügen nicht über die Mittel für Aufklärung, Untersuchung, Behandlung und all die anderen Strategien, die sich in vielen Ländern als erfolgreich erwiesen haben. Arme Menschen sind häufiger Analphabeten und haben einen schlechteren Zugang zu Gesundheits- und Sozialdiensten. Dadurch sinkt die Wahrscheinlichkeit, dass sie über HIV und Präventionsmöglichkeiten aufgeklärt werden. Arme Menschen mit HIV sterben häufig früher als Nicht-Arme, weil sie keinen Zugang zu Gesundheitsdiensten und Medikamenten haben, sei es für die Behandlung opportunistischer Infektionen oder für die antiretrovirale Behandlung von HIV selbst³⁷.

190. Bereits bestehende Armut wird durch die Krankheit weiter verschlimmert, und die Folgen von HIV/Aids können für einzelne Haushalte katastrophal sein. Wo keine sozialen Sicherheitsnetze vorhanden sind, namentlich Kranken- oder Sozialversicherungen, bedeutet die Erkrankung eines Familienmitglieds sowohl eine Erhöhung der medizinischen Ausgaben als auch einen Rückgang des Familieneinkommens, wodurch die Familie häufig in Armut gerät. In den letzten Jahren wurde erkannt, dass die Epidemie jahrelange Entwicklungsanstrengungen zunichte macht und das Potenzial für eine künftige Entwicklung beeinträchtigt. Die HIV/Aids-Epidemie verschärft die aktuellen sozioökonomischen Probleme in den Entwicklungsländern, während sie ihrerseits durch diese Probleme verschlimmert wird. Sie kann die Armut intensivieren und bislang nicht zu den Armen zählende Menschen in Armut stürzen. Aus einem Bericht von 2001³⁸ geht hervor, dass die Epidemie schon damals für zahlreiche Länder eine enorme Belastung darstellte:

- Kenia rechnete mit einem Anstieg der Ausgaben für HIV/Aids-Behandlung auf 60 Prozent seines Gesundheitsbudgets bis 2005;
- in Sambia entsprach die Anzahl der 1998 verstorbenen Lehrer zwei Dritteln der Absolventen pädagogischer Fachschulen³⁹;
- ein Drittel der von HIV/Aids betroffenen ländlichen Haushalte Thailands berichtete über einen Rückgang der landwirtschaftlichen Produktion um 50 Prozent.

191. Es ist jedoch keineswegs so, dass innerhalb der Gruppe der ärmeren Länder mit hoher HIV-Konzentration die Bevölkerungsteile mit überdurchschnittlichem Bildungs- und Einkommensniveau generell eine niedrigere HIV-Prävalenz aufweisen. Daraus ergibt sich, dass die Verbreitung von HIV in einem Land gravierende Folgen für das Angebot an Arbeitskräften hat, unter quantitativen wie auch qualitativen Aspekten. Der Verlust einer enorm hohen Zahl von Fachkräften – von Lehrern und Ärzten bis zu Landwirten und Mechanikern – hat ernsthafte Auswirkungen auf die Fähigkeit des

³⁶ IAA: *Implementing the ILO code of practice on HIV/AIDS and the world of work: An education and training manual*, Genf, 2002.

³⁷ J. Collins und B. Rau: *AIDS in the context of development*, UNRISD, Programme on Social Policy and Development, Paper No. 4, Dez. 2000.

³⁸ Brookings Institution: *Meeting the global challenge of HIV/AIDS*, Washington, Apr. 2001, unter: <http://www.brookings.edu/comm/policybriefs/pb75.pdf>

³⁹ Siehe auch IAA: *Eine Zukunft ohne Kinderarbeit*, Gesamtbericht im Rahmen der Folgemaßnahmen zur Erklärung der IAO über grundlegende Prinzipien und Rechte bei der Arbeit, Bericht I (B), 2002 (Genf 2002), Ziffer 142, unter: <http://www.ilo.org/public/german/region/eurpro/bonn/download/enderderkinderarbeit.pdf>

Landes, seine Produktivität zu erhalten, Grundversorgungsdienste zu erbringen und sich aus der Armut herauszuarbeiten.

192. Neben diesen allgemeinen Überlegungen muss auch daran erinnert werden, dass Frauen stärker armutsgefährdet sind und häufig auch stärker unter den Folgen der Armut leiden als Männer. Die geschlechtsspezifischen Aspekte werden in einem der folgenden Abschnitte dieses Berichts behandelt, sind aber von der umfassenderen Frage der Armut nicht zu trennen.

Arbeitslosigkeit

193. Arbeitslosigkeit, insbesondere die Jugendarbeitslosigkeit, kann ein wichtiger Faktor für die HIV-Übertragung und den Zugang zu Prävention, Betreuung, Behandlung und Unterstützung sein. Arbeitslosen fehlt vor allem der Zugang zu einem betrieblichen Umfeld, in dem HIV/Aids wirksam bekämpft werden kann. Sie sind in der Regel ärmer als die übrige Bevölkerung und daher nicht in der Lage, lokale Gesundheitszentren aufzusuchen, in denen HIV-Prävention und -Behandlung angeboten werden.

194. Junge Menschen, die arbeitslos sind, sind besonders gefährdet. Der letzte IAA-Bericht über die Jugendarbeitslosigkeit (2006)⁴⁰ lieferte weitere Belege für eine weltweit anzutreffende Situation, in der junge Menschen zunehmend Schwierigkeiten haben, im Arbeitsleben Fuß zu fassen. Zu den wichtigsten Erkenntnissen gehörte, dass ein globales Defizit an menschenwürdigen Arbeitsmöglichkeiten dazu geführt hat, dass jeder dritte Jugendliche auf der Welt Arbeit sucht, aber keine finden kann, seine Arbeitsplatzsuche völlig aufgegeben hat oder zwar arbeitet, aber dennoch unterhalb der Armutsgrenze von weniger als zwei Dollar pro Tag bleibt. Ohne die richtigen Startbedingungen auf dem Arbeitsmarkt können junge Menschen weniger gut Entscheidungen treffen, die ihre eigenen Arbeitsplatzaussichten und die ihrer künftigen Familienangehörigen verbessern. Dies verfestigt wiederum den Teufelskreis von unzureichender Bildung, Arbeitsstellen mit geringer Produktivität und Armut, die trotz Arbeit von einer Generation zur nächsten weitergegeben wird. Die Gefahr einer HIV-Infektion kann für diese Jugendlichen besonders hoch sein, wenn sie sich aus einem Gefühl der Hoffnungslosigkeit oder Ausgrenzung – oder schlicht für ihren Lebensunterhalt – zu risikoreichen Verhaltensweisen entschließen. Außerdem haben sie häufig geringeren Zugang zu Prävention, Betreuung, Behandlung und Unterstützung.

Mangel an staatlichen Diensten

195. Die Ausbreitung der Epidemie steht auch in engem Zusammenhang mit dem Mangel an staatlichen Diensten. In verschiedenen Ländern sind die öffentlichen Gesundheitsdienste durch die HIV-Epidemie überlastet. Dies führt häufig dazu, dass die staatlichen Stellen nicht in der Lage sind, mit Aufklärung und Schulung darüber zu informieren, wie eine Übertragung vermieden werden kann und wie die Menschen durch Untersuchungen ihren HIV-Status in Erfahrung bringen und damit umgehen können, während andererseits Behandlungs- und Betreuungsmöglichkeiten fehlen. Behandlungsdefizite können auf den Mangel an erschwinglichen Medikamenten oder auf Infrastruktur- und Organisationsprobleme zurückzuführen sein, namentlich auf dem Gebiet der primären Gesundheitsversorgung und der Finanzierung von Systemen der Sozialen Sicherheit. Besonders wichtig ist die Vermeidung der Mutter-Kind-Übertragung. Ohne antiretrovirale Therapie werden 20 bis 45 Prozent der Kinder von HIV-positiven Müttern während der Schwangerschaft, der Geburt oder durch das Stillen mit dem Virus

⁴⁰ IAA: *Global employment trends for youth*, 2006, unter: <http://www.ilo.org/public/english/employment/strat/download/gety06en.pdf>

infiziert⁴¹. Schätzungen zufolge betrug der Anteil HIV-positiver schwangerer Frauen, die eine ARV-Prophylaxe erhielten, 2005 in Afrika südlich der Sahara 11 Prozent, in Osteuropa und Zentralasien 75 Prozent, in Lateinamerika und der Karibik 24 Prozent, in Ost-, Süd- und Südostasien 5 Prozent und in Nordafrika und im Nahen Osten weniger als ein Prozent⁴². Weltweit gibt es jedoch zur Zeit für weniger als 8 Prozent der Schwangeren Therapieangebote zur Vermeidung dieser Art von HIV-Übertragung.

196. Angesichts des mangelhaften Versorgungsangebots staatlicher Stellen haben in vielen Fällen Arbeitgeber Aufgaben übernommen, die eigentlich von der Regierung geleistet werden müssten. Den Arbeitgebern geht es auf jeden Fall um das Wohl ihrer Arbeitnehmer und das Überleben ihres Unternehmens: sie wollen krankheitsbedingtes Fernbleiben verringern und qualifizierte Arbeitnehmer weiterbeschäftigen; in manchen Fällen reagieren sie auch auf den Druck von Gewerkschaften. Viele lassen sich von einem generellen Bewusstsein der sozialen Verantwortung von Unternehmen leiten. Über all diese Gründe hinaus sehen sich die Arbeitgeber jedoch manchmal gezwungen, zum Ausgleich fehlender staatlicher Dienste Aufgaben zu übernehmen, für die sie eigentlich weder die Kapazität und noch die Kompetenz haben. Die Empfehlung kann dazu beitragen, die jeweilige Rolle und Verantwortung des öffentlichen und des privaten Sektors in Bezug auf HIV/Aids deutlich zu machen.

197. Was den unvollständigen gesetzlichen Schutz betrifft⁴³, so wurde in der Verpflichtungserklärung zu HIV/Aids, die die Sondertagung der Generalversammlung der Vereinten Nationen über HIV/Aids im Juni 2001 verabschiedete, die Bedeutung eines gesetzlichen Rahmens für die Festlegung und Aufrechterhaltung von Grundprinzipien betreffend HIV/Aids am Arbeitsplatz anerkannt. Diese Erklärung enthielt u.a. das folgende Ziel:

Bis 2003 auf einzelstaatlicher Ebene im Benehmen mit den Vertretern der Arbeitgeber und der Arbeitnehmer sowie unter Berücksichtigung der bestehenden internationalen Richtlinien über HIV/Aids am Arbeitsplatz rechtliche und politische Rahmenbedingungen [zu] schaffen, die die Rechte und die Würde der Menschen mit HIV/Aids, der davon betroffenen und der davon am stärksten gefährdeten Personen am Arbeitsplatz schützen.

Da mit der Verabschiedung der Verpflichtungserklärung keine systematische Weiterverfolgung verbunden war, können die im Rahmen der vorgeschlagenen Empfehlung ergriffenen Maßnahmen dazu beitragen, diese Lücke zu schließen.

⁴¹ K.M. De Cock, et al.: „Prevention of mother-to-child HIV transmission in resource-poor countries: Translating research into policy and practice“, *Journal of the American Medical Association*, Vol. 283, Nr. 9, 2000, S. 1175-1182.

⁴² WHO, UNAIDS und UNICEF: *Towards Universal Access: Scaling up priority HIV/AIDS interventions in the health sector*, Progress Report, Genf, 2007.

⁴³ Dieser Abschnitt sowie der entsprechende Abschnitt über Gesetzgebung in Kapitel III basieren auf: J. Hodges: *Guidelines on addressing HIV/AIDS in the workplace through employment and labour law*, ILO, In Focus Programme on Social Dialogue, Labour Law and Labour Administration, Paper No. 3, 2004, unter: <http://www.ilo.org/public/english/dialogue/ifpdial/downloads/papers/hiv aids.pdf>. Siehe auch J. Hodges: *Policy and legal issues relating to HIV/AIDS and the world of work*, erstellt als Teil der Antwort der IAO auf die Aktionsplattform von Windhoek (Namibia, 1999) und vorgestellt auf der 14. Internationalen Aids-Konferenz, Barcelona, 7.-14. Juli 2002; J. Hodges: *An outline of recent developments concerning equality issues in employment for labour court judges*, Genf, Nov. 1997; M.-C. Chartier: *HIV/AIDS and human rights: Promoting human rights through the ILO code of practice on HIV/AIDS and the world of work*, ILO/AIDS-Arbeitspapier Nr. 3, 2002, unter: <http://www.ilo.org/public/english/protection/trav/aids/publ/d3aids.pdf>; und J. Hodges: *Digest of good legislative practices relating to HIV/AIDS in selected African countries*, veröffentlicht im Nov./Dez. 2007.

198. Wie das nächste Kapitel zeigen wird, fehlt es leider häufig an Rechtsvorschriften allgemeiner Art oder mit Bezug auf bestimmte Bevölkerungsgruppen des jeweiligen Landes. Wenn Regierungen es versäumt haben, die erforderlichen Gesetze zu verabschieden, sie an eine veränderte Situation anzupassen oder ihre wirksame Anwendung zu regeln, oder wenn sie solche Gesetze jahrelang als Entwürfe vor sich herschieben, was leider häufig der Fall ist, dann werden durch dieses Handlungsdefizit der Regierung wiederum die Ausbreitung der HIV-Infektion begünstigt und wirksame Gegenmaßnahmen behindert.

199. Der Beitrag der Arbeitsaufsicht ist – zumindest potenziell – von entscheidender Bedeutung. Der IAO-Sachverständigenausschuss stellte in seiner Erhebung von 2006 über die Arbeitsaufsicht fest: „Den Arbeitsaufsichtsbeamten kommt eine besonders bedeutende Rolle beim Schutz vor der HIV/Aids-Pandemie zu“⁴⁴. 2005 veröffentlichte ILO/AIDS ein Handbuch zu HIV/Aids für Arbeitsaufsichtsbeamte und Betriebsprüfer⁴⁵. Darin werden verschiedene Gründe genannt, die Arbeitsaufsichtsbeamte veranlassen sollten, sich mit HIV/Aids auseinanderzusetzen, z. B.:

- Zahlreiche Länder haben inzwischen Gesetze zum Thema HIV/Aids und Beschäftigung erlassen, die häufig von den Aufsichtsbeamten durchgesetzt werden müssen.
- Die Arbeitsstätte spielt beim Kampf gegen HIV/Aids eine wichtige Rolle – die Aufsichtsbeamten können einen enormen Beitrag zur Bekämpfung der Epidemie leisten, wenn sie das Problem ansprechen und den Betrieben helfen, sinnvolle Strategien durchzuführen.

200. Der hier beschriebene Ansatz kann natürlich nur dann erfolgreich sein, wenn eine funktionierende Arbeitsaufsicht von ausreichender Größe und Kompetenz vorhanden ist, die die gesamte Wirtschaft abdeckt. In sehr vielen Ländern ist die Arbeitsaufsicht unterfinanziert, unterbesetzt und ihr Personal unzureichend geschult, so dass diese staatlichen Aufsichtsdienste große Lücken aufweisen. Dieses Defizit schränkt nicht nur die HIV-Prävention ein, sondern kann selbst zu einem Risikofaktor für die HIV-Übertragung werden.

Geschlechtsspezifische Aspekte

201. Der Leitfaden enthält zwei gesonderte Bestimmungen zu geschlechtsspezifischen Fragen (Punkt 4.3 zur Gleichstellung der Geschlechter wird in Kapitel III zitiert):

6.3. Geschlechtsspezifisch ausgerichtete Programme

- a) Alle Programme sollten das Geschlecht, die ethnische Herkunft und die sexuelle Neigung berücksichtigen. Das heißt u.a., dass sie gezielt auf Frauen und Männer gemeinsam ausgerichtet oder aber wegen der unterschiedlichen Risikoarten und -stufen bei männlichen und weiblichen Arbeitnehmern für beide Geschlechter getrennt durchgeführt werden sollten.
- b) Informationen für Frauen müssen diese auf ihr höheres Infektionsrisiko aufmerksam machen und die Gründe hierfür erläutern, insbesondere die höhere Gefährdung junger Frauen.
- c) Die Aufklärung sollte sowohl Frauen als auch Männern helfen, das ungleiche Kräfteverhältnis zwischen ihnen in beruflichen und privaten Situationen zu verstehen und dementsprechend zu handeln; dabei sollten die Aspekte sexuelle Belästigung und Gewalt konkret angesprochen werden.

⁴⁴ IAA: *Labour inspection*, Allgemeine Erhebung, Internationale Arbeitskonferenz, 95. Tagung, 2006, Ziffer 56, unter: <http://www.ilo.org/public/standards/relm/ilc/ilc95/pdf/rep-iii-1b.pdf>

⁴⁵ ILO/AIDS: *A handbook on HIV/AIDS for labour and factory inspectors*, Genf, Febr. 2005.

- d) Diese Programme sollten Frauen helfen, ihre Rechte sowohl am Arbeitsplatz als auch außerhalb zu verstehen, und sie dazu befähigen, sich selbst zu schützen.
- e) Die Programme für Männer sollten sich auf Aufklärung, Risikoeinschätzung und Strategien zur Förderung ihrer Verantwortung für die HIV/Aids-Prävention erstrecken.
- f) Für homosexuell aktive Männer sollten in Beratung mit diesen Arbeitnehmern und ihren Vertretern gesonderte Präventionsprogramme entwickelt werden.

202. Speziell im Hinblick auf Frauen ist festzustellen, dass trotz dieser recht deutlich formulierten Bestimmungen diejenigen, die sich für die Bekämpfung der HIV-Epidemie engagieren, nach wie vor darüber besorgt sind, dass in der Praxis noch sehr viel mehr getan werden muss, um der Lage der Frauen Rechnung zu tragen und geschlechtsspezifische Anliegen noch umfassender in die auf nationaler und internationaler Ebene ergriffenen Maßnahmen zu integrieren.

203. Dass die Zahl der Frauen, die mit HIV und seinen Folgen leben, ständig ansteigt, ist unumstritten. Der von UNAIDS und WHO für 2007 vorgelegte Bericht stellt fest⁴⁶:

Die Zahl der 2007 mit HIV lebenden Frauen beträgt Schätzungen zufolge 15,4 [13,9-16,6] Millionen, das sind 1,6 Millionen mehr als die 13,8 [12,7-15,2] Millionen ...im Jahr 2001... In **Afrika südlich der Sahara** waren 2007 fast 61 Prozent der mit HIV lebenden Erwachsenen Frauen, während in der **Karibik** dieser Anteil bei 43 Prozent lag (verglichen mit 37 Prozent im Jahr 2001). In **Lateinamerika, Asien** und **Osteuropa** nimmt der Anteil der mit HIV lebenden Frauen ebenfalls langsam zu, weil HIV auf die Partnerinnen von Männern übertragen wird, bei denen die Wahrscheinlichkeit besteht, dass sie sich durch intravenösen Drogenkonsum oder ungeschützten bezahlten Sex bzw. Sex mit anderen Männern infiziert haben. In **Osteuropa** und **Zentralasien** wurde der Anteil von Frauen an den mit HIV lebenden Erwachsenen für 2007 auf 26 Prozent geschätzt (verglichen mit 23 Prozent im Jahr 2001), während dieser Anteil in Asien 2007 bei 29 Prozent lag (verglichen mit 26 Prozent im Jahr 2001).

204. Das Problem liegt vor allem darin, dass Frauen in vielen Gesellschaften rechtlich und in der Praxis einen niedrigeren Status haben. Dies bedeutet häufig, dass Frauen eine geringere Kontrolle über ihre eigene Sexualität und einen schlechteren Zugang zu Optionen wie Aufklärung und Behandlung haben als Männer. Aus diesen Gründen wird in dem oben genannten Grundprinzip 4.3 des Leitfadens betont, dass Frauen um so negativer von HIV betroffen werden, je stärker die geschlechtsspezifische Diskriminierung in der Gesellschaft ist, und dass deshalb die Förderung der Gleichstellung und die Stärkung der Position der Frau ausschlaggebend dafür sind, dass der Ausbreitung der Infektion erfolgreich entgegengewirkt werden kann und dass Frauen lernen, mit HIV umzugehen. Wenn die Ausbreitung der HIV-Epidemie gestoppt und umgekehrt werden soll, müssen weiterhin Anstrengungen zur Verwirklichung einer stärkeren wirtschaftlichen, sozialen und politischen Gleichstellung der Frau unternommen werden.

205. Diese Diskriminierung wirkt sich auch am Arbeitsplatz aus. Das Schulungs- und Ausbildungshandbuch der IAO⁴⁷ macht deutlich, dass die Welt der Arbeit in vielerlei Hinsicht sehr ungleich ist. Nach wie vor gelten für Frauen ungleiche Einstellungsbedingungen, ungleiche Aus- und Fortbildungschancen, ungleiche Bezahlung für gleiche oder gleichwertige Arbeit, Absonderung und Konzentration auf eine relativ kleine Anzahl von „Frauenarbeitsplätzen“, ungleicher Zugang zu Produktionsmitteln, einschließlich Krediten, ungleiche Teilhabe an ökonomischen Entscheidungsprozessen, ungleiche Beförderungschancen und eine höhere Wahrscheinlichkeit, arbeitslos zu werden. Sie sind auch Gewalt am Arbeitsplatz und sexueller Belästigung ausgesetzt, einschließlich möglicher Vergewaltigung als einer Form sexueller Erpressung, sei es am

⁴⁶ UNAIDS und WHO: *AIDS epidemic update: December 2007*, unter: <http://www.unaids.org/>

⁴⁷ IAA: *Implementing the ILO code of practice on HIV/AIDS and the world of work*, a.a.O.

Arbeitsplatz oder auf dem Weg zur Arbeit bzw. dem Nachhauseweg. Dies wird in manchen Fällen sogar als gerechtfertigt angesehen, wenn es sich gegen Frauen richtet, die durch ihre Arbeit außerhalb der Familie gegen traditionelle Vorstellungen von der Rolle der Frau verstoßen.

206. Aber bei der Auseinandersetzung mit geschlechtsspezifischen Fragen geht es nicht allein um die Lage der Frauen. Der Druck, dem Männer und Jungen ausgesetzt sind, die sie beeinflussenden Normen und ihre Einstellungen und Verhaltensweisen sind außerordentlich wichtige Faktoren. Aus diesen Gründen richten sich geschlechtersensible HIV/Aids-Maßnahmen nicht nur auf die persönliche, soziale, wirtschaftliche und politische Besserstellung von Frauen – so wichtig dies ist – sondern auch auf die Zusammenarbeit mit Männern und Jungen, um beispielsweise zu verstehen, warum sie sich gegen die Benutzung von Kondomen wehren, und um sie dazu zu bringen, Verantwortung für ihr Sexualleben zu übernehmen. Diese Maßnahmen müssen sich auch mit akzeptierten Sexualpraktiken am Arbeitsplatz befassen (zur Unterhaltung von Kunden geleistete sexuelle Handlungen, sexuelle Belästigung und Sex als Gegenleistung für bestimmte Dienste). Dies betrifft arbeitende Männer und Frauen von der Managementebene bis zum Hilfsarbeiter.

207. Der Leitfaden weist auch auf die Probleme hin, die eine mangelnde Achtung der sexuellen Orientierung mit sich bringt. Während einige Länder diese Frage klar geregelt haben, setzen sich viele andere sowie auch zahlreiche internationale HIV/Aids-Programme überhaupt nicht mit dem Problem der Männern, die Sex mit Männern haben, auseinander. Ihre spezifischen Bedürfnisse und Gefährdungen werden selten berücksichtigt, weil der Schwerpunkt auf den heterosexuellen Beziehungen liegt. Selbst wenn es in einem Land keine breite Akzeptanz für sexuelle Beziehungen zwischen gleichgeschlechtlichen Paaren gibt, sollten betriebliche HIV-Programme diese Frage in einer neutralen und sensiblen Sprache behandeln, spezielle Aufklärungsmaterialien für diese Zielgruppe bereitstellen und die vorhandenen Ausbildungsinstrumente anpassen, damit sie auch für gleichgeschlechtliche Beziehungen relevant sind.

Alter

208. Kinder sind in starkem Maß von HIV/Aids betroffen, vor allem im südlichen Afrika, aber auch anderswo. Viele leben nach dem Tod ihrer Eltern als Waisen und sind häufig zu Kinderarbeit gezwungen. Wenn sie arbeiten, können sie dem Risiko sexueller Ausbeutung ausgesetzt sein, insbesondere, wenn sie als Hausangestellte arbeiten oder in die Fänge der Sexindustrie geraten sind. Einerseits werden Kinder aus der Schule genommen, um bei der Betreuung Erkrankter mitzuhelfen oder das Familieneinkommen zu sichern; andererseits werden so ihre Bildungs- und Ausbildungsmöglichkeiten eingeschränkt. Viele Kinder werden mit HIV geboren und benötigen Behandlung, Betreuung und Unterstützung, außerdem hat sich die Säuglingssterblichkeit durch HIV/Aids erhöht. Bisher gibt es jedoch kaum Hinweise darauf, dass Pläne ausgearbeitet würden, um die langfristigen Entwicklungsstrategien an die HIV/Aids-Realität anzupassen und die Verluste an Humankapital auszugleichen.

209. Auch ältere Menschen können betroffen sein. Die erheblichen Kapazitätsdefizite des öffentlichen Gesundheitssektors werden hauptsächlich auf Ebene der Gemeinwesen ausgeglichen, vor allem durch ältere Frauen in den jeweiligen Haushalten. Die HIV/Aids-Epidemie hat zur Folge, dass der Produktivitätsbeitrag der Altersgruppe zwischen 15 und 49 Jahren sinkt und gleichzeitig der Mangel an Arbeitskräften steigt. Wenn HIV/Aids dazu führt, dass Arbeitskraft und Ersparnisse anstatt für einkommenschaffende und unterhaltssichernde Tätigkeiten für die Betreuungsarbeit aufgewendet werden müssen, hat dies nachteilige ökonomische Auswirkungen, die das Risiko

absoluter Armut verschärfen. Der kumulative Effekt alters- und geschlechtsbedingter Diskriminierung bedeutet, dass die meisten Menschen, die informelle Betreuungsarbeit leisten, in der Regel ältere Frauen, überlastet sind, keine Bezahlung erhalten und keinen sozialen Schutz genießen. Die Übereinkommen der IAO, insbesondere über Heimarbeit (Nr. 177), Betriebsärztliche Dienste (Nr. 161) und Diskriminierung (Nr. 111), bieten eine Grundlage für die Förderung der Rechte von Betreuungspersonen und die Ausweitung des sozialen Schutzes auf die von HIV/Aids betroffenen Haushalte. Betriebliche Programme gegen HIV/Aids sollten den allgemeinen Zugang zu Unterstützungsmaßnahmen nachhaltig sichern, indem sie den sozialen und wirtschaftlichen Auswirkungen von HIV/Aids auf die Haushalte Rechnung tragen, vor allem durch genau auf die Bedürfnisse älterer Arbeitnehmerinnen zugeschnittene Schulung und Ausbildung und durch die Erleichterung des Zugangs zu Sozialversicherung und Mikrokrediten.

Verhalten und Risiko

210. Manche Bevölkerungsgruppen setzen sich aufgrund bestimmter Verhaltens- und Lebensweisen Risiken aus, selbst wenn sie Zugang zu HIV-Informationen und -Hilfsdiensten haben. Welche Gründe die Betroffenen veranlassen, sich für solche Verhaltensweisen zu entscheiden, kann im Rahmen dieses Berichts nicht untersucht werden; möglicherweise werden solche Entscheidungen auch gar nicht aus freien Stücken getroffen. Anlass zur Sorge gibt die Frage, wie die Gesellschaft, einschließlich des Arbeitsumfelds, mit Menschen umgeht, deren Verhaltensweise augenscheinlich nicht den allgemein akzeptierten Normen entspricht. Auf jeden Fall führt das Verhalten einzelner Personen nicht zu einem Verlust ihrer Rechte und darf kein Anlass für Stigmatisierung oder Diskriminierung sein. Zurückweisung und Ausgrenzung führen nur dazu, dass Menschen, die wichtige Informationen, Hilfe und Unterstützung benötigen, diese nicht erhalten können. Die meisten Männer, die mit Männern Sex haben, intravenöse Drogenkonsumenten sowie Sexarbeiter und ihre Kunden sind Teil der Erwerbsbevölkerung, und der Arbeitsplatz ist der geeignete Rahmen für gezielte Interventionen.

211. Während die genannten Gruppen früher als Hauptüberträger von HIV/Aids angesehen wurden, gilt dies für einige Regionen heute nicht mehr. Wie oben erwähnt, hat sich die Epidemie in einigen Ländern so stark ausgebreitet, dass auch die breite Bevölkerung von HIV-Infektionen betroffen ist. Allerdings ist die zentrale Rolle risikoreicher Verhaltensweisen bei den HIV-Epidemien in Asien, Osteuropa und Lateinamerika besonders deutlich erkennbar. In Osteuropa und Zentralasien beispielsweise waren 2005 rund zwei Drittel (67 Prozent) der HIV-Infektionen auf die Verwendung von nicht-sterilem Gerät durch Drogenkonsumenten zurückzuführen. In Süd- und Südostasien hatten Prostitution und intravenöser Drogenkonsum einen ähnlich hohen Anteil an den HIV-Infektionen. Mit Ausnahme von Indien betrafen mehr als ein Fünftel (22 Prozent) der Infektionen intravenöse Drogenkonsumenten. Ein kleiner, aber signifikanter Anteil der Infektionen (5 Prozent) betraf Männer, die mit Männern Sex haben. In Lateinamerika dagegen entfielen rund ein Viertel (26 Prozent) der HIV-Infektionen im Jahr 2005 auf Männer, die mit Männern Sex haben, und 19 Prozent auf intravenöse Drogenkonsumenten. Zwar hat die Epidemie in den genannten Regionen auch die breite Bevölkerung der einzelnen Länder erreicht, aber sie ist immer noch besonders stark auf bestimmte Bevölkerungsgruppen konzentriert. Dies macht deutlich, wie vordringlich es ist, für die Bevölkerungsgruppen mit dem höchsten Infektionsrisiko gezielte Präventions-, Behandlungs- und Betreuungsstrategien bereitzustellen⁴⁸.

⁴⁸ UNAIDS/WHO: *AIDS epidemic update, December 2006*, unter: www.unaids.org/en/HIV_data/epi2006/

Merkmale von Berufsgruppen mit höherem Infektionsrisiko

212. Im Anhang I des Leitfadens werden Faktoren aufgeführt, die das Infektionsrisiko bestimmter Arbeitnehmergruppen erhöhen. Hier eine auf diesem Anhang basierende, rein indikative Aufstellung solcher Faktoren:

- Arbeit, die mit Mobilität verbunden ist, vor allem mit regelmäßigen Reisen und einem Leben fern vom Ehegatten oder Partner;
- Arbeit in geographisch isolierter Umgebung mit beschränkten sozialen Kontakten und Gesundheitseinrichtungen;
- Arbeiten und Wohnen ausschließlich in Gemeinschaft mit Männern;
- Situationen, in denen der Arbeitnehmer sich nicht selbst gegen eine Infektion schützen kann;
- Arbeit, die von Männern dominiert wird und bei der Frauen eine kleine Minderheit sind;
- Arbeit, die ein berufsbedingtes Risiko bedeutet, wie Kontakt mit menschlichem Blut, Blutprodukten und anderen Körperflüssigkeiten, Nadelstichverletzungen und Kontakt mit infiziertem Blut, und bei der die Allgemeinen Schutzmaßnahmen nicht eingehalten werden, bzw. für die die Ausrüstung unzulänglich ist;
- Arbeit in Strafanstalten, die oft nicht den allgemein anwendbaren Bestimmungen des Arbeitsrechts und dem Schutz der Menschenrechte unterliegt.

213. In Anhang I wird außerdem vorgeschlagen, die oben stehende Liste um Personengruppen außerhalb des Arbeitsmarkts zu erweitern, um Situationen zu erfassen, in denen Arbeitslose in der Hoffnung, ein kleines Einkommen zu erzielen, in die Städte ziehen und dort dem HIV-Risiko ausgesetzt sind. Dabei sind junge Menschen besonders gefährdet. Vertriebene und Bewohner von Flüchtlingslagern sind wegen fehlender Arbeitsmöglichkeiten einem ähnlichen Druck ausgesetzt.

214. Bergarbeiter sind einem erhöhten Risiko ausgesetzt, weniger durch Art ihrer Arbeit, sondern wegen der Umstände, unter denen sie diese ausüben. Dies gilt vor allem für Bergleute in vielen Teilen des südlichen Afrikas, wo sie über längere Zeit weit von ihren Familien und Heimatorten entfernt leben und daher anfällig für HIV/Aids sind.

215. Was den Transportbereich betrifft, so sich die Aufmerksamkeit bisher hauptsächlich auf den Straßentransport gerichtet, die zentralen Probleme jedoch auch für die meisten anderen Gruppen von Transportarbeitern⁴⁹, also beispielsweise Seeleute, Zugpersonal sowie Arbeitnehmer in der Zivilluftfahrt und in der Binnenschifffahrt. Die Ausweitung des Transportwesens führt dazu, dass mehr Arbeitnehmer längere Zeiträume von zu Hause abwesend und von ihren Familien getrennt sind. Die Folgen des grenzüberschreitenden Einsatzes der Transportarbeiter sind nicht nur auf der nationalen, sondern auch auf der überregionalen Ebene und sogar darüber hinaus spürbar.

216. Transportarbeiter leiden unter Unsicherheit, sind Opfer von Belästigung und Erpressung und haben nur begrenzten Zugang zu Gesundheitsdiensten, vor allem zur Behandlung sexuell übertragener Infektionen. Viele sind als Fernfahrer tätig und längere Zeit von zu Hause abwesend. Transportarbeiter berichten über das Fehlen angemessener Unterkünfte oder zu wenig Geld, um sie bezahlen, sowie über die unzureichende Achtung ihrer Rechte. Seeleute, deren Schiffe in Häfen anlegen, müssen häufig lange

⁴⁹ Siehe: ILO/AIDS: *Using the ILO code of practice on HIV/AIDS and the world of work – Guidelines for the transport sector*, a.a.O.

warten, bis die Schiffe entladen und die an Bord befindlichen Güter abgefertigt sind, sodass sie lange Zeiträume in den Häfen verbringen. Auf See leben sie häufig wochenlang mit einer kleinen Gruppe von Kollegen zusammen. Seeleute mit niedrigen Basislöhnen verlängern häufig ihre Heuerperioden, um Zulagen und Überstundenentgelte zu erhalten. Manchmal verzichten sie auf Unterkünfte, um Geld zu sparen. Das Aufsuchen von Prostituierten ist möglicherweise billiger als der Übernachtungssatz in einer „offiziellen“ Unterkunft.

217. Arbeitnehmer im Gesundheitswesen sind hauptsächlich durch Verletzungen mit Nadeln dem Risiko der HIV-Übertragung ausgesetzt; allerdings liegen keine ausreichenden Daten über das Ausmaß berufsbedingter Infektionen vor. In einigen Fällen wurde HIV/Aids als Berufskrankheit anerkannt, aber auf jeden Fall müssen für diese Arbeitnehmer und ähnliche Berufsgruppen wie Reinigungskräfte in Krankenhäusern, Leichenpfleger und Rettungssanitäter besondere Schutzvorkehrungen ergriffen werden.

218. Sexarbeit ist zweifellos ein für die HIV-Epidemie relevanter Faktor, in dem Rechte, Gefährdung und geringere Präventionsmöglichkeiten zusammentreffen. Sexarbeiter sind besonders HIV-anfällig und wahrscheinlich auch diejenigen, die die geringste Unterstützung beim Umgang mit diesem Risiko erhalten. Sie stehen unter dem ständigen – häufig mit Gewalt verbundenen – Druck ihrer Kunden, ungeschützten Sex anzubieten. Sexarbeit ist in den meisten Ländern weder legal noch anerkannt, wird aber dennoch in breitem Umfang praktiziert und in manchen Ländern sogar durch Vorschriften geregelt, selbst wenn es nicht legal ist. Seine Existenz und die damit verbundenen Risiken anzuerkennen, bedeutet nicht seine Legitimierung, sondern erlaubt es, diejenigen, die es ausüben, zu schützen und ihre Unterstützung für Präventionsstrategien zu gewinnen.

219. Die Lage von Sexarbeitern macht es häufig schwierig, ihre Mitwirkung an HIV-Maßnahmen zu erreichen. In vielen Fällen, in denen diese Form von Arbeit illegal ist, stehen praktische und rechtliche Hindernisse im Weg. Hinzu kommt, dass hinsichtlich der Lage von Sexarbeitern häufig die Meinung vorherrscht, sie verdienen keine Hilfe oder hätten wegen der Ausübung dieser Tätigkeit keine Rechte.

220. Die praktischen Gründe für HIV-Maßnahmen, die sich an Sexarbeiter richten, liegen auf der Hand. Menschen, die dieses Gewerbe ausüben, gibt es in allen Gesellschaften, ob legal oder nicht, und wenn sie keine Aufklärung und Hilfe für die HIV-Prävention sowie regelmäßige Gesundheitsuntersuchungen erhalten, werden sie weiterhin infektionsgefährdet sein. Es ist daher unerlässlich, die Lage der Sexarbeiter frei und offen zu prüfen und ihnen den gleichen Zugang zu Prävention, Behandlung, Betreuung und Unterstützung einzuräumen wie allen anderen Arbeitnehmern.

221. Ungeachtet dessen, ob dieses Gewerbe rechtlich anerkannt ist und die Sexarbeiter durch die Arbeitsgesetzgebung erfasst sind, werden sie auf jeden Fall durch die allgemeinen Menschenrechte geschützt, die für alle gelten. Dazu gehört auch der Schutz vor Diskriminierung, Zwangsarbeit und Kinderarbeit. Wird ihnen dieser Schutz verwehrt, ist es umso wahrscheinlicher, dass sie aufgrund der fehlenden Kontrolle über ihre eigene Lage Formen des Missbrauchs ausgesetzt sind, die eine HIV-Übertragung begünstigen. Dies ist vor allem – aber nicht nur – der Fall, wenn sie in die Sexarbeit verkauft wurden. Davon abgesehen sind die Bestimmungen der meisten internationalen Arbeitsnormen und der internationalen Übereinkünfte der Vereinten Nationen oder regionaler Organisationen nicht auf regulär beschäftigte oder sogenannte „legale“ Arbeitnehmer beschränkt. Das Recht auf Gesundheit und Zugang zu Gesundheitsversorgung sowie auf Schutz gegen vielfältige Formen der Ausbeutung oder Vorenthaltung von Rechten gilt für alle Arbeitnehmer.

222. Hinsichtlich der Arbeitsmigration zeigen die dem Amt vorliegenden Informationen, dass die meisten Länder an HIV/Aids-Programmen arbeiten, die den Schutz von Arbeitnehmern und den Zugang zu ihnen ermöglichen sollen, und dass sie durch Rechtsvorschriften und politische Maßnahmen die Diskriminierung von Arbeitnehmern, die infiziert sind oder bei denen ein Infektionsrisiko vermutet wird, untersagen. Die große Ausnahme sind Arbeitsmigranten. Wie aus Kapitel III dieses Berichts hervorgeht, verlangen mehr als 60 Länder HIV-Untersuchungen von Personen, die als Arbeitnehmer oder in anderer Eigenschaft einreisen wollen. Wenn auch nicht von allen Ländern ausdrücklich festgelegt, bedeutet dies in der Regel, dass HIV-positiven Personen der Status von legalen Arbeitsmigranten, die über die gleichen Rechten wie andere Arbeitnehmer verfügen, verweigert wird. Dies hat verschiedene nachteilige Folgen.

223. Erstens ist die Arbeitsmigration in vielen Fällen die einzige Chance für Arbeitnehmer, Zugang zu einem Einkommen zu erhalten, wenn ihr Herkunftsland unter Armut und hoher Arbeitslosigkeit leidet. Migration ist insbesondere für die Armen eine Überlebensstrategie, aber HIV-positiven Personen wird der Zugang dazu möglicherweise verweigert.

224. Zweitens ist die Ablehnung des Zugangs dieser Arbeitnehmer zu einer Beschäftigung gleichbedeutend mit der Verweigerung des Zugangs zu Prävention, Betreuung, Behandlung und Unterstützung. Dies verstärkt die Gefahr, dass sie an Aids erkranken und entsprechende Symptome entwickeln, und es nimmt ihnen und ihren Familien das Einkommen, das HIV-positive Arbeitnehmer noch erzielen können, bevor sie medizinisch arbeitsunfähig werden – während in vielen Fällen durch eine Therapie der Ausbruch von Symptomen lange hinausgezögert oder sogar verhindert werden kann. Diese Faktoren wurden von verschiedenen Ländern, vor allem den karibischen, erkannt; sie lehnen inzwischen HIV-Untersuchungen von Migranten als Voraussetzung für eine Beschäftigung ausdrücklich ab und hoben in einigen Fällen entsprechende frühere Einschränkungen auf.

225. Arbeitsmigranten haben häufig keinen Zugang zu Aufklärungs- und Präventionsangeboten, weder vor ihrer Abreise noch in den Gastländern; viele haben Schwierigkeiten mit der Sprache, der Kultur und den Verfahren des Aufnahmelandes und sind von ihren Familien und ihren Wurzeln abgeschnitten. Wenn sie Migranten ohne gültige Papiere sind, können sie die Gesundheitseinrichtungen der Länder, in denen sie arbeiten, nicht in Anspruch nehmen. Sie sind, wie an anderer Stelle ausführlich dokumentiert, Diskriminierung und schlechten Arbeitsbedingungen ausgesetzt, sie haben keine regulären Arbeitsverträge und keinen Zugang zu den Rechten, über die andere Arbeitnehmer verfügen.

226. Dies kann besonders für bestimmte Kategorien von Arbeitsmigranten der Fall sein. Hausangestellte, in der überwiegenden Mehrheit Frauen, sind sexuellem Missbrauch und damit dem Risiko einer HIV-Infektion stärker ausgesetzt als andere Arbeitsmigranten. Viele Arbeitsmigranten werden von der übrigen Bevölkerung ferngehalten und häufig in reinen Männer- bzw. Frauenunterkünften untergebracht, was das Risiko der sexuellen Übertragung von HIV ebenfalls verstärkt und auch Drogen- und Alkoholkonsum fördert, der wiederum die Wahrscheinlichkeit von ungeschütztem Sex erhöht. Zahlreiche Arbeitsmigranten mit regulärem oder irregulärem Status arbeiten in der Landwirtschaft, im Baugewerbe und an anderen Arbeitsplätzen, die von Gesundheitseinrichtungen mit Präventions- und Behandlungsmöglichkeiten weit entfernt liegen.

227. Nach den IAO- und auch den VN-Übereinkommen genießen jedoch Arbeitsmigranten den gleichen Schutz wie die anderen Arbeitnehmer in ihren Gastländern. Zwar können die Arbeits- und Aufenthaltsbedingungen von Arbeitsmigranten ohne

gültige Papiere gewissen Beschränkungen unterliegen, aber sie haben Anspruch auf die gleichen Menschenrechte wie andere Arbeitnehmer, und dazu gehört auch das Recht auf Gesundheit. Diese grundlegenden Schutzbestimmungen, die vor allem in den beiden von zahlreichen Ländern ratifizierten Menschenrechtspakten verankert sind, namentlich im Internationalen Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte, gelten selbst dann, wenn die einschlägigen IAO-Übereinkommen (Nr. 97 und 143) oder die Internationale Konvention zum Schutz der Rechte aller Wanderarbeitnehmer und ihrer Familienangehörigen nicht ratifiziert wurden.

228. Aus dem bisher Gesagten lassen sich verschiedene Schlussfolgerungen ziehen. Erstens gilt für dieses wie auch für andere Themen, dass die Ratifikation und/oder Anwendung weiterer Rechtsinstrumente über Arbeitnehmerrechte dazu beitragen wird, die Häufigkeit von HIV-Infektionen bei Arbeitsmigranten zu verringern, weil sich deren Arbeits- und Lebensbedingungen durch diese Instrumente verbessern. Zweitens obliegt es den Entsende- und den Aufnahmeländern, den Zugang der Arbeitsmigranten zu Prävention, Aufklärung, Betreuung, Unterstützung und Behandlung zu verbessern. Schließlich sollten die Länder, die von Arbeitsmigranten HIV-Untersuchungen verlangen und sie je nach Ergebnis abweisen, diese Forderung überprüfen. Sie steht in direktem Widerspruch zu der Position, die von allen auf diesem Gebiet engagierten internationalen Organisationen vertreten und zumindest im Prinzip von ihren Mitgliedstaaten weitgehend unterstützt wird. Auch könnte diese Forderung durchaus zu dem Ergebnis führen, dass Arbeitsmigranten, die infiziert sind oder sein könnten bzw. keinen Zugang zu Informationen über ihren eigenen HIV-Status haben, sich für eine Migration außerhalb der offiziellen Kanäle entscheiden, sodass sie noch weniger Zugang zu Prävention, Betreuung, Unterstützung und Behandlung haben, wodurch sich die Gefahren für sie selbst, ihre Familien und die Gesellschaft erhöhen.

Kapitel III

Die Lage auf nationaler und regionaler Ebene

Gesetzgebung und Praxis auf nationaler Ebene

229. Einer der Gründe für den Vorschlag, die Empfehlung anzunehmen, ist der, dass es keine Möglichkeiten gibt, um Informationen über nationale Maßnahmen zur Umsetzung des Leitfadens zu sammeln. Die neue Urkunde soll auch Orientierungshilfe in Bezug auf Maßnahmen bieten, die im Licht vorbildlicher Praktiken (Best Practice) zu ergreifen sind.

230. Das Amt hat die ihm zur Verfügung stehenden und von anderen Ko-Sponsoren von UNAIDS zur Verfügung gestellten Informationen sowie Gesetzesforschung genutzt, um Angaben zur Lage auf nationaler Ebene in Bezug auf den Umgang der Länder mit HIV/Aids am Arbeitsplatz zusammenzustellen. Diese Angaben sind zwar umfassend, aber bei weitem nicht vollständig¹. Sie beruhen nicht auf Mitteilungen von Regierungen oder der systematischen Bereitstellung von Informationen durch die Sozialpartner, es sei denn, Informationen sind im Verlauf anderer Tätigkeiten gesammelt worden, z. B. im Rahmen der vom Amt oder von anderer Seite durchgeführten technischen Zusammenarbeit. Das Amt beabsichtigt, die von ihm über Gesetzgebung und Praxis gesammelten Daten als Instrument für seine eigene Arbeit und als weiteren Beitrag für Mitgliedsgruppen und UNAIDS im Rahmen seiner Vorbereitung der Aussprachen auf der Konferenz öffentlich zugänglich zu machen und soweit wie möglich laufend zu aktualisieren.

231. Die nachstehenden Informationen sind daher lediglich als genereller Hinweis zu verstehen. Das Amt ist gerne bereit, diese Angaben mit Informationen zu ergänzen, die von Mitgliedstaaten und Anderen zur Verfügung gestellt werden. Ein Teil der vom Amt gesammelten Informationen wird hier in einem allgemeinen Rahmen vorgestellt, ein anderer Teil wird in verschiedenen Kapiteln dieses Berichts zur Illustration aufgeführt.

232. Hinzu kommt, dass sich dieses Kapitel überwiegend auf Texte bezieht, die auf nationaler Ebene angenommen wurden, und in geringerem Ausmaß auf die tatsächliche Praxis. Wie in vielen anderen Fällen sind Gesetze oder Politiken zwar unerlässlich, um nationale Prioritäten festzulegen und zum Handeln anzuregen, sie werden aber nicht immer praktisch angewandt, und in einigen Fällen handelt es sich lediglich um Gesten, denen keine Taten folgen. In den nachfolgend dargestellten Fällen war man jedoch zumindest bemüht, Politiken anzunehmen, vielfach mit Hilfe der IAO oder anderer internationaler Partner in UNAIDS, und dies ist bereits ein Fortschritt.

233. Wie im vorausgegangenen Kapitel ausgeführt, bieten Gesetze für die Welt der Arbeit ein ideales Transmissionsmedium für Antworten auf HIV und für die Ausräu-

¹ Wie an anderer Stelle erwähnt, ist es nicht möglich, in diesen Bericht alle ILO/AIDS zur Verfügung stehenden Informationen aufzunehmen. Es ist vorgesehen, diese Informationen soweit wie möglich auf der Website von ILO/AIDS und auf anderem Weg zur Verfügung zu stellen.

mung schädlicher Mythen, die die Krankheit umgeben. Unabhängig von der Infektionsrate kann für alle Länder ein rechtlicher Rahmen nützlich sein, der Arbeitsplatzprobleme ans Licht bringt, vor Diskriminierung in der Beschäftigung schützt, Prävention und Betreuung am Arbeitsplatz fördert und die Mitwirkung von interessierten Parteien an den Mechanismen und Institutionen gewährleistet, die möglicherweise eingerichtet werden. Eine wachsende Zahl von Ländern hat nun Rechtsvorschriften angenommen, die sich speziell mit den Beschäftigungsaspekten von HIV/Aids befassen. Einige haben sich dafür entschieden, dies im Rahmen spezieller Aids-Gesetze, Gleichstellungsgesetze, Gesetze zu Behinderungen oder Beschäftigungs- oder Arbeitsbeziehungsgesetze zu tun, auch durch nach solchen Gesetzen angenommene Verhaltenskodices. Regierungen müssen überlegen, welche Art von Arbeitsgesetzen entsprechend ihren innerstaatlichen Verhältnissen und des Stadiums der Epidemie in ihrem Land am geeignetsten ist. Das Amt hat eine Studie über gute Praktiken nach Art des Arbeitsrechts erstellt, in der die Vorteile der verschiedenen Arten von rechtlicher Rahmen analysiert werden ².

234. Arbeitgesetze – ein allgemeiner Begriff für alle genannten Optionen für die Welt der Arbeit – stellen einen wichtigen Ansatzpunkt dar. Im Mittelpunkt der von der IAO geförderten Strategie stehen der Sozialdialog und die Mitwirkung der Sozialpartner und anderer Gruppen der Zivilgesellschaft, die ein Interesse an diesem Thema haben, insbesondere Organisationen von Menschen mit HIV, am Erarbeitungsprozess. Überdies unterstützt die IAO ihre Mitgliedsgruppen – Arbeitsverwaltungen, insbesondere deren Arbeitsaufsichtsdienste und Konfliktbeilegungsmechanismen einerseits und Gewerkschaften und Arbeitgeberverbände andererseits – dabei, sich der Herausforderung zu stellen, die Gesetze anzuwenden.

235. Ebenso wichtig ist die Rolle der Arbeitsaufsicht ³. Diese Rolle, die ursprünglich in der Durchsetzung der Arbeitgesetze und der Veröffentlichung detaillierter präskriptiver Normen bestand, hat sich geändert. Aufsichtsbeamte sind nur begrenzt in der Lage, bei Gesetzesverstößen einzuschreiten, insbesondere wenn sich Gesetze – de facto oder de jure – nur auf eine kleine formale Wirtschaft beziehen. Der moderne Ansatz sieht vor, dass die Arbeitsaufsicht gemeinsam mit Arbeitgebern und Arbeitnehmern Ziele festlegt und sie bei deren Realisierung unterstützt. Aufsichtsbeamte helfen immer häufiger bei der Ausarbeitung, Durchführung und Evaluierung von Plänen und Kampagnen, setzen stärker auf Prävention anstelle von Entschädigungen, wenden technologische Lösungen an und finden einen Ausgleich zwischen Beratung und Zwang. Hat eine Arbeitsaufsicht eines Landes diesen Ansatz noch nicht eingeführt, so sollte sie dies insbesondere angesichts zunehmender Bedrohungen wie der HIV-Epidemie in Erwägung ziehen.

236. Die Übereinkommen Nr. 81 und Nr. 129 über die Arbeitsaufsicht bieten eine gute Grundlage für diesen neuen Ansatz. Die Durchführung der innerstaatlichen Gesetze bleibt ein Thema, da Gesetze allein nicht ausreichen, um ein gut funktionierendes System zu gewährleisten. Aus diesem Grund wird jetzt die Mitwirkung aller betroffenen Parteien, insbesondere der Verbände der Arbeitgeber und der Arbeitnehmer, und der Prozess des Sozialdialogs stärker betont.

237. Es sind auch neue Fähigkeiten erforderlich, z. B. im Bereich von Verhandlungen, Motivierung und Kommunikation. Unterstützt werden müssen diese Fähigkeiten durch neue Materialien für grundsatzpolitische Beratung und technische Anleitung. Ein relativ neues Instrument, das auf dem Ansatz der Zielsetzung beruht, sind die *Leitlinien für*

² M.-C. Chartier: *Legal initiatives that can help fight HIV/AIDS in the world of work* (ILO/AIDS, Sept. 2003), unter: http://www.ilo.org/public/english/protection/trav/aids/publ/legal_initiatives.pdf

³ IAA: *A handbook on HIV/AIDS for labour and factory inspectors* (ILO/AIDS, 2005), unter: <http://www.ilo.org/public/english/protection/trav/aids/publ/gl-labourinspectorshandbook-feb05.pdf>

Arbeitsschutz-Managementsysteme der IAO⁴. Die oft als ILO-OSH bezeichneten Leitlinien wurden im Jahr 2001 im Rahmen des dreigliedrigen sozialen Dialogs auf internationaler Ebene vereinbart und erfreuen sich umfassender Unterstützung. Sie bieten einen systematischen Rahmen, der Betrieben dabei hilft, ein Arbeitsschutz-Managementsystem in die weiteren grundsätzlichen Führungsvorkehrungen zu integrieren. Sicherheit ist nicht mehr eine „Ergänzung oder ein Grund für Maßnahmen, die ergriffen werden, um Ärger mit Aufsichtsbeamten zu vermeiden, sondern fester Bestandteil der täglichen Arbeit des Unternehmens. Mit zunehmender Nutzung der Leitlinien als freiwilliger Rahmen wandelt sich der Aufgabenbereich der Aufsichtsbeamten von einer detaillierten Inspektion der Arbeitsstätte zur Überprüfung von Managementsystemen, falls erforderlich, durch eine Inspektion. Wenn sie gut sind und einwandfrei funktionieren, dürften Sicherheit und Gesundheit im Unternehmen ein akzeptables Niveau aufweisen. Dies entspricht dem optimalen Vorgehen beim Umgang mit HIV/Aids. Grundlage für Maßnahmen in einem Betrieb ist die Annahme einer HIV/Aids-Politik, und ein Aufsichtsbeamter mit der nötigen Sachkenntnis kann Sozialpartner zu ihrer Annahme ermutigen und sie bei der Umsetzung der Politik unterstützen.

Allgemeine nationale Politiken und Strategien

238. Allgemein kann festgestellt werden, dass die Mehrzahl der Länder⁵ Maßnahmen ergriffen hat. Eine deutliche Mehrheit hat als ersten Schritt eine allgemeine nationale Entwicklungspolitik oder -strategie mit einem Verweis auf HIV/Aids bzw. eine nationale Politik oder Strategie angenommen, die sich ausdrücklich mit HIV/Aids befasst. Allerdings bestehen von Land zu Land und von Region zu Region große Unterschiede bei Art und Umfang dieser Politik, was weitgehend von der HIV-Prävalenz in den betreffenden Ländern abhängt.

239. In Afrika haben alle 48 Länder, für die Informationen zur Verfügung stehen, eine allgemeine nationale Politik oder Strategie angenommen. Bei einigen Ländern war es dem Amt nicht möglich, den Wortlaut der nationalen Politik zu ermitteln, wengleich aus der Tatsache, dass eine nationale Stelle eingerichtet wurde, auf das Vorhandensein einer derartigen Politik geschlossen werden kann⁶. Außerdem sind einige Länder derzeit im Begriff, eine nationale Politik anzunehmen, oft um eine nicht mehr zeitgemäße Politik zu ersetzen⁷.

240. In Asien und im Pazifischen Raum stellt sich die Lage ähnlich dar: In 22 der 26 Länder, für die Informationen zur Verfügung stehen, gibt es eine nationale Politik. In drei Ländern dürfte dies der Fall sein, da eine nationale Stelle eingerichtet wurde⁸, und Sri Lanka ist gegenwärtig im Begriff, eine solche Politik anzunehmen.

241. In Amerika haben offenbar alle Länder eine nationale Politik angenommen (23 von 35 Ländern) oder sie sind im Begriff, eine neue Politik einzuführen, um eine nicht mehr zeitgemäße Politik zu ersetzen. Die Existenz einer nationalen Stelle in einigen dieser

⁴ IAA: *Leitlinien für Arbeitsschutz-Managementsysteme* (Safework, 2001), unter: www.ilo.org/public/english/protection/safework/cops/english/download/e000013.pdf

⁵ Dem Amt ist es nicht gelungen, brauchbare Informationen für Brunei Darussalam, die Libysch-Arabische Dschamahirija, Oman und die Vereinigten Arabischen Emirate zu ermitteln.

⁶ Côte d'Ivoire, Guinea, Guinea-Bissau und Niger.

⁷ Liberia, Mauritius, Namibia, Simbabwe, Sudan und Togo.

⁸ Japan, Republik Korea und Singapur. In Vanuatu handelt es sich um das Gesundheitsministerium.

Länder lässt vermuten, dass derartige Politiken vorhanden sind, auch wenn sie nicht ermittelt werden konnten⁹.

242. In Europa stellt sich die Lage in verschiedenen Teilen des Kontinents unterschiedlich dar. In Osteuropa und Zentralasien steigt die Zahl der Menschen mit HIV schneller als in den meisten anderen Regionen; zwischen 2001 und 2007 um 150 Prozent¹⁰. Es gibt auch bei der Wirtschaftsentwicklung der Länder dieser Region große Unterschiede. Lediglich in 30 von 50 Ländern sind nationale Politiken ermittelt worden; alle Länder haben allerdings entweder eine nationale Stelle eingerichtet oder die entsprechende Zuständigkeit dem Gesundheitsministerium zugewiesen, was den Schluss zulässt, dass eine nationale Politik vorhanden ist.

243. Nach den zur Verfügung stehenden Informationen sind der Nahe Osten und Nordafrika die Region mit dem niedrigsten Anteil nationaler Politiken. Nur von zehn von 17 Ländern¹¹ ist bekannt, dass sie in irgendeiner Form über eine nationale Politik verfügen. Dies ist Ausdruck der gegenwärtig niedrigen, allerdings steigenden HIV-Prävalenz in dieser Region. Die Tätigkeiten verschiedener Ko-Sponsoren von UNAIDS laufen in dieser Region gerade an. Nach Angaben von UNAIDS¹² hat von den Ländern mit mittlerem Einkommen im Nahen Osten und Nordafrika bis Ende 2006 nur Marokko das Ziel eines allgemeinen Zugangs verbindlich festgelegt; Ägypten, Algerien, Jemen und Tunesien haben ihr Ziel des allgemeinen Zugangs zwar definiert, aber noch nicht gebilligt, und Irak sowie die Arabische Republik Syrien haben keine Ziele definiert.

Nationale Koordinierungsstellen

244. Dieser Begriff wird hier ganz allgemein verwandt, da Art, Befugnisse und Zusammensetzung dieser Gremien von Land zu Land sehr unterschiedlich sind¹³. Das Amt hat festgestellt, dass es in allen Ländern eine Stelle gibt, die in irgendeiner Weise für HIV/Aids zuständig ist. In vielen dieser Länder sind nationale Aids-Stellen eingerichtet worden, und in den Fällen, in denen dies nicht der Fall ist, wurde oft das Gesundheitsministerium oder eine seiner Abteilungen (in einigen Ländern die Abteilung für Infektionskrankheiten) zur zuständigen Stelle ernannt; in einigen Ländern ist das Arbeitsministerium beteiligt. In Afrika gibt es in allen Ländern, zu denen Daten vorliegen, eine nationale für HIV/Aids zuständige Stelle¹⁴. Dies ist auch der Fall in Asien und im Pazifischen Raum, wo alle 26 Länder nationale Stellen eingerichtet haben¹⁵, sowie in Amerika, wo aus den zur Verfügung stehenden Daten hervorgeht, dass es in allen

⁹ Surinam hat einen Nationalen strategischen Plan für HIV eingeführt; das Amt war allerdings nicht in der Lage, eine Kopie des Plans bzw. verlässliche Informationen für Surinam zu erhalten.

¹⁰ UNAIDS und WHO, *AIDS epidemic update: December 2007*.

¹¹ Ägypten, Algerien, Islamische Republik Iran, Jemen, Jordanien, Libanon, Marokko, Saudi-Arabien, Arabische Republik Syrien und Tunesien. Aus sprachlichen und logistischen Gründen war es nicht in allen Fällen möglich, alle möglicherweise vorhandenen Informationen zu finden.

¹² UNAIDS: *Towards universal access to HIV prevention, treatment, care and support in the Middle East and North Africa* (October 2006), unter: http://data.unaids.org/pub/Presentation/2006/20061126_mena.pdf

¹³ Es sollte nicht vergessen werden, dass UNAIDS und andere internationale staatliche und nichtstaatliche Organisationen gegenwärtig gemeinsame VN-Teams bilden, um ihre Zusammenarbeit in jedem Land unter einer einzigen Stelle zu organisieren. Dies könnte Auswirkungen auf die nationalen Koordinierungsstellen haben, die auf Regierungsebene gebildet werden.

¹⁴ Somalia hat einzelne Stellen für Somaliland, Puntland und Südzentrosomalia eingerichtet, und Gabun baut gegenwärtig eine Stelle für Aidsbekämpfung und Aids-Waisen auf.

¹⁵ Möglicherweise mit Ausnahme von Vanuatu; die diesbezüglichen Informationen des Amtes sind ungenau.

35 Ländern solcher Stellen gibt¹⁶. In Europa haben alle 50 Länder eine nationale Stelle eingerichtet oder dem Gesundheitsministerium die Zuständigkeit übertragen, und im Nahen Osten und in Nordafrika haben neun der 17 Länder¹⁷ nachweislich AIDS-Stellen eingerichtet.

245. Die meisten dieser Stellen existieren offenbar in Form von nationalen Räten oder nationalen Ausschüssen mit unterschiedlichen Koordinierungsbefugnissen in Bezug auf die vielfältigen nationalen Bemühungen zur Bekämpfung von HIV/Aids. Im Allgemeinen sind in diesen Stellen nichtstaatliche Akteure vertreten, z. B. Organisationen der Menschen mit HIV, sowie verschiedene Ministerien. Die meisten wurden durch Ministerialverordnung eingerichtet, einige hingegen durch vom nationalen Parlament verabschiedete Gesetze. Viele dieser Stellen sind beauftragt, die Durchführung mehrjähriger nationaler Pläne oder Programme zur Bekämpfung von HIV/Aids zu koordinieren.

Annahme spezieller nationaler Maßnahmen

246. Zusätzlich zur Annahme einer allgemeinen nationalen Politik und der Einrichtung der genannten nationalen AIDS-Stellen haben die meisten Länder in allen Regionen spezielle Maßnahmen für HIV/Aids in Form von Rechtsvorschriften, Richtlinien oder Politiken angenommen. Einige Länder haben HIV/Aids in die bestehende Gesetzgebung integriert: die Gesetzgebung für öffentliche Gesundheit (Infektions- und ansteckende Krankheiten)¹⁸, allgemeine Antidiskriminierungs- oder Chancengleichheitsgesetze (unter den Diskriminierungsgründen „Behinderung“ und/oder „sexuelle Ausrichtung“)¹⁹ oder die Arbeitsgesetzgebung²⁰. Hier kann erwähnt werden, dass die Beschränkung der Diskussion über HIV/Aids auf einige dieser Kategorien die breite Perspektive verengen kann, die zum Umgang mit dieser Thematik in einem multidisziplinären Rahmen erforderlich ist.

247. Die Integration von HIV/Aids in ein bereits vorhandenes Instrumentarium von Gesetzen bietet den Vorteil, dass die Regeln, die für andere unter diese Gesetze fallenden Bereiche gelten, auch auf HIV/Aids anwendbar sind. Bei Aufnahme dieser Frage in die allgemeine Arbeitsgesetzgebung beispielsweise würden Arbeitsschutzvorschriften, Beschwerdeverfahren²¹, die Arbeitsaufsicht usw. auch dafür gelten. Einige Länder, in denen HIV/Aids in bestehende Rechtsvorschriften integriert wurde, haben zusätzlich spezielle Vorschriften für HIV/Aids erlassen, z. B. in Bezug auf Infektionskrankhei-

¹⁶ Abgesehen von der Bundes-, Provinz- und Territorialebene hat Kanada auch einen Nationalen Ureinwohnerrat für HIV/Aids eingesetzt. Paraguay ist im Begriff, eine nationale Aidskommission einzurichten.

¹⁷ Ägypten, Algerien, Islamische Republik Iran, Jordanien, Libanon, Marokko, Saudi-Arabien, Arabische Republik Syrien und Tunesien.

¹⁸ Siehe beispielsweise in Anhang II: Ägypten 1; Bulgarien 1; Dominikanische Republik 3; Estland 1; Finnland 1; Frankreich 1; Island 1; Kroatien; Marshall-Inseln; Mexiko 1, 2; Montenegro; Schweiz; Tunesien; Uruguay.

¹⁹ Siehe beispielsweise in Anhang II: Belgien; Bosnien-Herzegowina; Bulgarien 2; Burundi 1; Dänemark; Deutschland; Finnland 2; Frankreich 2; Griechenland; Irland; Island 2; Israel 1; Italien 2; Litauen; Luxemburg; Niederlande; Österreich 2; Portugal; Rumänien 1; San Marino; Slowenien 1,2; Südafrika (laut Urteil des Verfassungsgerichts erstreckt sich die Verfassung auch auf HIV/Aids, in *Hoffman vs. South African Airways*, 2000); Spanien; Schweden; Tschechische Republik; Türkei; Ungarn; Vereinigtes Königreich; Zypern.

²⁰ Siehe beispielsweise in Anhang II: Dominikanische Republik 1; Estland 2; Lettland 2; Malta 1, 2; Norwegen; Polen; Salomon-Inseln; Slowakei; Slowenien 1, 3.

²¹ In den Rechtsvorschriften einiger Länder über HIV/Aids sind Beschwerdeverfahren vorgesehen, beispielsweise in Mosambik (Gesetz Nr. 5 von 2002 über HIV/Aids und Arbeitnehmer, Abschnitt 12); Kenia richtet einen HIV/Aids-Gerichtshof ein (Gesetz zur Prävention und Bekämpfung von HIV und Aids, Teil VII, 2006).

ten²². Schließlich haben viele Länder zur Regelung von HIV/Aids spezielle Maßnahmen getroffen, entweder zusätzlich zu den oben genannten oder als einzige Maßnahmen. Das Amt hat festgestellt, dass 73 Länder ein allgemeines HIV/Aids-Gesetz, das in den meisten Fällen für den Arbeitsbereich gilt, erlassen haben oder im Begriff sind, dies zu tun, und dass 30 Länder Regelungen angenommen haben oder im Begriff sind, dies zu tun, die ausdrücklich HIV/Aids in der Welt der Arbeit betreffen.

248. Was Afrika anbelangt, so wurde in Malawi, auf den Seschellen und in Uganda²³ HIV/Aids in die Arbeitsgesetzgebung aufgenommen, und in Benin, Dschibuti, Guinea, Guinea-Bissau, Kenia, Madagaskar, Mali, Mauritius, Senegal, Sudan, Swasiland, Togo und Tschad wurde ein allgemeines HIV/Aids-Gesetz erlassen²⁴. Sowohl Burkina Faso als auch Burundi haben HIV/Aids in ihre allgemeine Arbeitsgesetzgebung integriert und ein allgemeines HIV/Aids-Gesetz erlassen²⁵. Lesotho, Mosambik, Sambia, Simbabwe, Südafrika und die Vereinigte Republik Tansania haben HIV/Aids in ihre Arbeitsgesetzgebung integriert und spezielle Vorschriften für die Arbeitsstätte erlassen²⁶. Angola, Botsuana und Sierra Leone haben sowohl ein allgemeines HIV/Aids-Gesetz und Vorschriften für die Arbeitsstätte erlassen²⁷. Niger hat Vorschriften für die Arbeitsstätte erlassen, und Äthiopien, Namibia und Nigeria haben HIV/Aids in ihre Arbeitsgesetze integriert und ein allgemeines HIV/Aids-Gesetz sowie spezielle Vorschriften für die Arbeitsstätte erlassen²⁸. Sowohl Kamerun als auch Mauretanien haben Rechtsvorschriften im Zusammenhang mit HIV/Aids, aber bisher noch kein allgemeines Gesetz angenommen, das sich mit HIV/Aids in der Welt der Arbeit befasst²⁹.

249. Was Asien und den Pazifischen Raum anbelangt, so wird auf HIV/Aids in Australien und Neuseeland im Rahmen der Gesetze der Chancengleichheit eingegangen³⁰, und in China, Japan, Kiribati, der Republik Korea und Singapur regeln die Rechtsvorschriften für Infektionskrankheiten den Umgang mit HIV/Aids³¹, wobei einige Länder spezielle Vorschriften für HIV/Aids erlassen haben³². Überdies hat China³³ für die Provinz Guangdong ein allgemeines HIV/Aids-Gesetz und Vorschriften für die Arbeitsstätte erlassen. Afghanistan, Bangladesch, Kambodscha, Mongolei, Pakistan, Philippinen, Sri

²² Siehe beispielsweise in Anhang II: Singapur (Das Gesetz über Infektionskrankheiten, Teil IV, enthält Vorschriften für die vorausgehende und anschließende Beratung, den Datenschutz und die Offenlegung der Untersuchungsergebnisse); China 2, 3; Japan 2; Republik Korea 2.

²³ Siehe in Anhang II: Malawi 1; Seschellen; Uganda.

²⁴ Siehe in Anhang II: Benin 2; Dschibuti 1, 2; Guinea 2; Guinea-Bissau 2; Kenia; Madagaskar 2, 3; Mali; Mauritius; Senegal; Sudan; Swasiland 1, 2; Togo 2; Tschad.

²⁵ Siehe in Anhang II: Burkina Faso 1, 3; Burundi 3,4.

²⁶ Siehe in Anhang II: Lesotho 1, 2; Mosambik 1, 2; Sambia 1, 2; Simbabwe 1, 3; Südafrika 1, 2, 4, 5; Vereinigte Republik Tansania 1, 2.

²⁷ Siehe in Anhang II: Angola 1, 2; Botsuana 1, 2, 4; Sierra Leone 1, 2, 3, 4.

²⁸ Siehe in Anhang II: Niger; Äthiopien 1, 2, 3; Namibia 1, 2, 3; Nigeria 1, 2, 3.

²⁹ In Kamerun sind auf verschiedenen Ebenen Fach- und Provinzgruppen und -ausschüsse eingesetzt worden; überdies wurden mehrere Gesetze erlassen, die Regeln für die antiretrovirale Behandlung festlegen. Siehe auch in Anhang II: Mauretanien 1, 2.

³⁰ Siehe in Anhang II: Australien; Neuseeland.

³¹ Siehe in Anhang II: China 1; Japan 1; Kiribati; Republik Korea 1, Singapur.

³² Siehe in Anhang II: China 2; Japan 2; Republik Korea 2.

³³ Siehe in Anhang II: China 2, 3.

Lanka und Vietnam haben ein allgemeines HIV/Aids-Gesetz erlassen³⁴. Indien, Malaysia und Nepal haben sowohl ein allgemeines Gesetz als auch spezielle Vorschriften für die Arbeitsstätte erlassen³⁵, und Indonesien, die Laotische Demokratische Volksrepublik und Thailand haben spezielle Vorschriften für die Arbeitsstätte angenommen³⁶. Fidschi³⁷ hat HIV/Aids in seine Arbeitsgesetzgebung integriert und spezielle Vorschriften für die Arbeitsstätte erlassen, und Papua-Neuguinea³⁸ hat HIV/Aids in sein Arbeitsrecht integriert und ein allgemeines HIV/Aids-Gesetz sowie spezielle Vorschriften für die Arbeitsstätte erlassen.

250. Was Amerika anbelangt, so wird HIV/Aids sowohl in Kanada als auch in den Vereinigten Staaten im Rahmen der Gleichstellungsgesetze behandelt³⁹. Argentinien, Bolivien, Brasilien, Chile, Costa Rica, Dominikanische Republik, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Guyana, Honduras, Kolumbien, Kuba, Mexiko, Nicaragua, Panama, Peru und die Bolivarische Republik Venezuela haben ein allgemeines HIV/Aids-Gesetz erlassen⁴⁰. Was die Karibik betrifft: Jamaika hat betriebliche Regelungen eingeführt, Belize hat sowohl ein allgemeines HIV-Gesetz und betriebliche Regelungen erlassen, Barbados hat HIV in seine Arbeitsgesetzgebung integriert und betriebliche Regelungen erlassen, und die Bahamas haben HIV/Aids in ihre Arbeitsgesetzgebung integriert⁴¹.

251. In Europa sind alle Mitglieder der Europäischen Union (EU) verpflichtet, EU-Richtlinien in ihrem nationales Rechtssystem umzusetzen. In Bezug auf HIV/Aids ist festzustellen, dass bis zur Annahme einer künftigen Richtlinie HIV-Infizierte oder Aids-Kranke unter den Schutz der Antidiskriminierungsgesetze fallen, insbesondere unter die Richtlinie 2000/78/EG des Rates zur Festlegung eines allgemeinen Rahmens für die Verwirklichung der Gleichbehandlung in Beschäftigung und Beruf, die eine Diskriminierung wegen Behinderung verbietet und vorsieht, dass angemessene Maßnahmen für behinderte Arbeitnehmer zu ergreifen sind. Die meisten EU-Mitglieder haben dies in ihren nationalen Rechtsvorschriften umgesetzt bzw. sind im Begriff, dies zu tun, und dies trifft auch auf die Beitrittsländer zu⁴². Überdies haben Die ehemalige jugoslawische Republik Mazedonien, Italien, Lettland, die Republik Moldau, die Republik Montenegro, Österreich und Rumänien ein allgemeines HIV/Aids-Gesetz erlassen⁴³. Bosnien-Herzegowina erarbeitet gegenwärtig eine Gesetzesvorlage. HIV/Aids wird auch in den meisten dieser Länder im Rahmen der Rechtsvorschriften für Infektions- und ansteckende Krankheiten behandelt; dies ist auch in Israel der Fall⁴⁴. Was die Länder

³⁴ Siehe in Anhang II: Afghanistan; Bangladesch; Kambodscha, Mongolei 1; Pakistan; Philippinen; Sri Lanka 1; Vietnam 1, 2.

³⁵ Siehe in Anhang II: Indien 2, 3; Malaysia 1, 2; Nepal 1, 2.

³⁶ Siehe in Anhang II: Indonesien 2, 3; Laotische Demokratische Volksrepublik; Thailand.

³⁷ Siehe in Anhang II: Fidschi 1, 2.

³⁸ Siehe in Anhang II: Papua-Neuguinea 1, 2, 3.

³⁹ Siehe in Anhang II: Kanada; Vereinigte Staaten.

⁴⁰ Siehe in Anhang II: Argentinien 1, 2, 3; Bolivien 1, 2; Brasilien 1, 2; Chile; Costa Rica, Dominikanische Republik 2; Ecuador 1; El Salvador; Guatemala; Guyana; Honduras 2, 3; Kolumbien 1, 2; Kuba; Mexiko 1; Nicaragua 1; Panama; Peru; Bolivarische Republik Venezuela 2.

⁴¹ Siehe in Anhang II: Jamaika; Belize 1, 2; Barbados 1, 2; Bahamas.

⁴² Die ehemalige jugoslawische Republik Mazedonien und die Türkei. Dasselbe gilt für Island und Norwegen, die keine EU-Länder sind.

⁴³ Siehe in Anhang II: Die ehemalige jugoslawische Republik Mazedonien; Italien 1; Lettland 1; Republik Moldau; Republik Montenegro; Österreich 1; Rumänien 2.

⁴⁴ Siehe in Anhang II: Israel 2.

Asiens und des Fernen Ostens anbelangt, so sind in Aserbaidschan, Belarus, Kasachstan, Kirgistan, der Russischen Föderation, Tadschikistan, Turkmenistan, der Ukraine und Usbekistan allgemeine HIV/Aids-Rechtsvorschriften erlassen worden⁴⁵, und Armenien und Georgien haben HIV/Aids in ihre Arbeitsgesetzgebung integriert⁴⁶.

252. Im Nahen Osten und in Nordafrika wurde im Oktober 2002 das HIV/Aids-Regionalprogramm in den arabischen Staaten (HARPAS) ins Leben gerufen. Dieses Programm verfolgt einen multisektoralen Ansatz zur Schaffung eines günstigen Umfelds für Menschenrechte, zur Förderung einer guten Staatsführung und zur Reaktion auf HIV/Aids als einem entscheidenden Entwicklungs- und Gleichstellungsproblem⁴⁷. Einbezogen in diese Initiative sind religiöse Führer, der private Sektor, Initiativen für die Überprüfung von Rechtstexten, Kunst und Medien, das Regionale Arabische Netzwerk gegen Aids (RANAA), die Initiative Stärkere Einbeziehung von mit Aids lebenden Menschen (GIPA) und Women's Leadership. Gegenwärtig führen Ägypten, der Irak, der Jemen, Jordanien, Kuwait, der Libanon, Marokko, die Arabische Republik Syrien und Tunesien eine Überprüfung der innerstaatlichen Gesetze zum Schutz der Rechte der Menschen mit HIV durch⁴⁸.

Aufnahme von Grundsätzen des praxisorientierten Leitfadens in das innerstaatliche Recht

253. Die Grundsätze des praxisorientierten Leitfadens werden zwar weitgehend direkt in innerstaatliches Recht übernommen, in einigen Fällen wird ihnen jedoch nicht sehr klar Rechnung getragen. Nachfolgend sind Beispiele dafür angeführt.

254. *HIV/Aids als Arbeitsplatzproblem.* Die Grundsätze des Leitfadens sind in eine große Anzahl innerstaatlicher Gesetze, Politiken und Strategien aufgenommen worden; eine genaue Quantifizierung ist allerdings schwierig, da dies in unterschiedlicher Form geschieht. In diesem Bericht ist anhand mehrerer Möglichkeiten aufgezeigt worden, wie die umfassenderen sozialen Fragen im Zusammenhang mit HIV/Aids für den Arbeitsplatz relevant sind und wo die Arbeitsstätte ein wesentliches Element einer nationalen Reaktion ist. Eine deutliche Mehrheit aller Länder in Afrika, Asien und im Pazifischen Raum, Amerika und Europa hat durch die Maßnahmen, die auf nationaler Ebene ergriffen wurden, HIV/Aids als Arbeitsplatzproblem anerkannt. Nur im Nahen Osten und in Nordafrika konnten keine Politiken ermittelt werden, die speziell den Arbeitsplatz betreffen.

255. *Diskriminierungs- und Stigmatisierungsverbot.* Diskriminierende Handlungen im Bereich der Beschäftigung gegenüber Menschen mit HIV in Bezug auf Einstellung, Beförderungsmöglichkeiten, Arbeitsaufträgen und Entlassung, z. B. der Umstand, dass bewusst vermieden wird, einen Arbeitsplatz, eine Beförderung oder einen Arbeitsauftrag anzubieten, sind untersagt⁴⁹. In einigen Gesetzen wird ausdrücklich erklärt, dass Menschen mit HIV dieselbe Chancengleichheit in Beschäftigung und Beruf haben sollen

⁴⁵ Siehe in Anhang II: Aserbaidschan; Belarus 1; Kasachstan 1; Kirgistan; Russische Föderation 1; Tadschikistan 1; Turkmenistan; Ukraine; Usbekistan.

⁴⁶ Siehe in Anhang II: Armenien; Georgien.

⁴⁷ UNDP/HARPAS: *Saving lives, saving money – The private sector's response to HIV/Aids in the Arab region* (Mai 2006), unter: http://www.harapas.org/reports/Saving%20Lives_Saving%20Money-UNDP-HARPAS.pdf

⁴⁸ Nur in Arabisch, unter: <http://www.harapas.org/reports/>

⁴⁹ Siehe beispielsweise in Anhang II: Papua-Neuguinea (Abschnitt 7 a)).

wie nichtinfizierte Arbeitskräfte⁵⁰ und würdevoll zu behandeln sind⁵¹. In Togo⁵² sind Arbeitgeber verpflichtet, Maßnahmen zu ergreifen, um ein Arbeitsklima zu gewährleisten, das die Zurückweisung oder Demütigung HIV-positiver Arbeitnehmer verhindert, und in Nigeria⁵³ müssen Arbeitgeber positiv diskriminierende Maßnahmen ergreifen, um eine Diskriminierung zu beseitigen und die Chancengleichheit der Menschen mit HIV zu verbessern.

256. Zahlreiche Länder sehen vor, dass sich der HIV-Status eines Arbeitnehmers nicht negativ auf die Aufnahme in berufsspezifische oder andere Leistungssysteme für die Beschäftigten auswirken darf⁵⁴. In Namibia⁵⁵ sehen private und staatliche Gesundheitsfinanzierungsmechanismen Regelleistungen für alle Arbeitnehmer unabhängig von ihrem HIV-Status vor; es müssen Beratungsdienste vorhanden sein, um Arbeitnehmer über ihre Rechte und Leistungen in Bezug auf ärztlichen Beistand, Lebensversicherung, Renten- und Sozialversicherungskassen zu informieren. Überdies sollten Bemühungen unternommen werden, um die Rechte und Leistungen der Angehörigen verstorbener und pensionierter Arbeitnehmer zu schützen. Einige Länder schreiben vor, dass ein HIV-Test, sofern er notwendig ist, wie jede andere lebensbedrohende Krankheit zu behandeln ist⁵⁶. In Kenia⁵⁷ sind obligatorische Untersuchungen als Voraussetzung für die Bereitstellung von Gesundheitsversorgung, Versicherungsschutz oder andere Dienste untersagt.

257. Viele Länder schreiben vor, dass Menschen mit HIV denselben Zugang zu Krediten und Darlehen wie Nichtinfizierte haben sollen, z. B. in Bezug auf Kranken-, Unfall- und Lebensversicherung⁵⁸. In Togo⁵⁹ haben alle Menschen mit HIV das Recht, alle Arten von Versicherung bei der Versicherungsgesellschaft ihrer Wahl abzuschließen, insbesondere Lebensversicherungen, und keine Finanzinstitution kann jemand ein Bankdarlehen aufgrund des serologischen Status verweigern. Auf den Philippinen⁶⁰ dürfen niemandem Kredit- oder Darlehensdienste aufgrund des HIV-Status verweigert werden, sofern die betreffende Person diesen Sachverhalt der Versicherungsgesellschaft bei Antragstellung nicht verheimlicht oder ihr gegenüber falsch dargestellt hat. In Bangladesch⁶¹ sind die Behörden angewiesen, zusammen mit privaten Versicherungsgesellschaften einen Leitfaden auszuarbeiten, um zu gewährleisten, dass die Würde des Einzelnen gewahrt und sein Privatleben respektiert wird. In Indien⁶² sieht ein Geset-

⁵⁰ Siehe beispielsweise in Anhang II: Mosambik 1 (Abschnitt 7).

⁵¹ Siehe beispielsweise in Anhang II: Togo 2 (Abschnitt 25).

⁵² Siehe beispielsweise in Anhang II: Togo 2 (Abschnitt 30).

⁵³ Siehe beispielsweise in Anhang II: Nigeria 3 (Abschnitte 5 und 6 c)).

⁵⁴ Siehe beispielsweise in Anhang II: Simbabwe 4 (Abschnitt 7).

⁵⁵ Siehe in Anhang II: Namibia 1 (Abschnitt 6.7).

⁵⁶ Siehe in Anhang II: Malaysia 1 (Abschnitt 7); Nepal 3 (Ziel 5.2.5); Papua-Neuguinea 1 (Abschnitt 8); Simbabwe 5.

⁵⁷ Siehe in Anhang II: Kenia 1 (Abschnitt 13 (2)).

⁵⁸ Siehe beispielsweise in Anhang II: Burundi 3 (Abschnitt 36); Dschibuti 2; Fidschi 2 (Abschnitt 10.2); Guinea-Bissau 2 (Abschnitt 33); Kambodscha (Abschnitt 40); Madagaskar 2 (Abschnitt 51); Mali; Nigeria 3 (Abschnitt 6 h); Papua-Neuguinea 1 (Abschnitt 8), Philippinen (Abschnitt 39); Senegal (Abschnitt 28); Sierra Leone 1 (Abschnitt 11); Togo 2 (Abschnitt 33).

⁵⁹ Siehe in Anhang II: Togo 2 (Abschnitt 31).

⁶⁰ Siehe in Anhang II: Philippinen (Abschnitt 39).

⁶¹ Siehe in Anhang II: Bangladesch.

⁶² Siehe in Anhang II: Indien 3 (Abschnitt 22).

zesentwurf vor, dass die zuständigen Regierungen ein Jahr nach Inkrafttreten des Gesetzes Krankenversicherungs- und Sozialversicherungssysteme konzipieren und durchführen müssen. In Sierra Leone⁶³ darf niemand zu einem Test oder zur Offenlegung seines Status als Voraussetzung für den Zugang zu Krediten oder Versicherungen oder die Erweiterung oder Fortführung eines derartigen Dienstes gezwungen werden. Es wird sogar vorgeschrieben, dass Anbieter von Lebens- und Krankenversicherungen eine angemessene Deckungssumme vorzusehen haben, bis zu der die Versicherungsnehmer nicht zur Offenlegung ihres HIV-Status verpflichtet sind, eine sogenannte „Summengrenze ohne Untersuchung“. Verlangt der Versicherungsnehmer eine andere Summengrenze und wird eine Untersuchung durchgeführt, so kann die Versicherungsgesellschaft eine zusätzliche Prämie verlangen, und in einem solchen Fall kann auf ein spezielles Beschwerdeverfahren zurückgegriffen werden, um festzulegen, was in dieser Beziehung „angemessen“ ist. In Papua-Neuguinea⁶⁴ wird eine Risikobewertung nicht als Diskriminierung angesehen, wenn sich diese Bewertung auf versicherungsmathematische oder statistische Referenzdaten stützt, die vernünftigerweise als Grundlage dienen konnten.

258. Was das Recht auf Behandlung anbelangt, so haben einige Länder festgelegt, dass Menschen mit HIV nicht nur das Recht auf Behandlung⁶⁵, sondern auch das Recht auf soziale und gesundheitliche Dienste⁶⁶, darunter Zugang zu Krankenhäusern⁶⁷, haben. In Kambodscha und im Senegal ist sogar festgelegt, dass von ihnen keine höhere Gebühr verlangt werden darf⁶⁸. Überdies haben einige Länder ausdrücklich vorgeschrieben, dass die Verweigerung einer Behandlung und Betreuung⁶⁹ bzw. deren Abbruch verboten sind, und dass es ferner dem medizinischen Personal untersagt ist, eine Behandlung abzulehnen oder sie nicht anzubieten⁷⁰. Schließlich räumen einige Länder das Recht ein, bei einer Aids-Behandlung eine ärztliche Untersuchung und Behandlung abzulehnen⁷¹.

259. Maßnahmen, die eine Diskriminierung und Stigmatisierung verbieten, sind ein anschauliches Beispiel für die alltäglichen Schwierigkeiten, denen sich Menschen mit HIV gegenübersehen: dazu gehört beispielsweise ihr Recht, sich um ein öffentliches Amt zu bewerben⁷², einen gleichberechtigten Zugang zu Gütern und Dienstleistungen und öffentlichen Einrichtungen zu haben⁷³ und Partnerschaften einzugehen⁷⁴. In Kambodscha wird ausdrücklich vorgeschrieben, dass Menschen mit HIV dieselben verfassungsmäßigen Rechte haben wie alle Bürger⁷⁵. Einige Länder sehen es als notwendig

⁶³ Siehe in Anhang II: Sierra Leone 1 (Abschnitt 27).

⁶⁴ Siehe in Anhang II: Papua-Neuguinea 1 (Abschnitt 8).

⁶⁵ Siehe in Anhang II: Dschibuti 2 (Abschnitt 14).

⁶⁶ Siehe in Anhang II: Dschibuti 2 (Abschnitt 14); Mali (Abschnitt 20).

⁶⁷ Siehe beispielsweise in Anhang II: Guinea-Bissau 2 (Abschnitt 31); Kambodscha (Abschnitt 41), Philippinen (Abschnitt 40).

⁶⁸ Siehe in Anhang II: Kambodscha (Abschnitt 41); Senegal (Abschnitt 29).

⁶⁹ Siehe beispielsweise in Anhang II: Nigeria 3 (Abschnitt 6 a); Vietnam 1 (Abschnitt 8 (9)).

⁷⁰ Siehe in Anhang II: Nigeria 3 (Abschnitt 6 b)); Togo 2 (Abschnitt 37).

⁷¹ Siehe beispielsweise in Anhang II: Vietnam 1 (Abschnitt 4 e)).

⁷² Siehe beispielsweise in Anhang II: Dschibuti 2; Guinea-Bissau 2 (Abschnitt 32); Kambodscha (Abschnitt 39); Nigeria 3 (Abschnitt 6 g)); Senegal (Abschnitt 27); Philippinen (Abschnitt 38).

⁷³ Siehe beispielsweise in Anhang II: Burkina Faso 1; Papua-Neuguinea 1 (Abschnitt 7 h)).

⁷⁴ Siehe beispielsweise in Anhang II: Papua-Neuguinea 1 (Abschnitt 7 b)).

⁷⁵ Siehe in Anhang II: Kambodscha (Abschnitt 42).

an zu bestimmen, dass Menschen mit HIV das Recht haben, eine Ehe einzugehen⁷⁶, Eigentum zu erben⁷⁷, Kinder zu haben⁷⁸, Zugang zu religiösen Stätten und Diensten oder Betbereichen und Gottesdiensten zu haben und diese zu nutzen⁷⁹ und Zugang zu kommunalen Bereichen wie Parks und Stränden zu haben⁸⁰. Einige Länder haben das Recht auf Bestattungsdienste⁸¹, das Recht auf Unterkunft (u.a. Mietwohnungen, Hotels und Gasthöfe und Unterkünfte)⁸², das Recht, Klubs, Sportverbänden und sonstigen Vereinigungen beizutreten bzw. die Mitgliedschaft zu behalten⁸³ und die Freiheit, zu leben und zu reisen⁸⁴, vorgesehen. Zum Teil wird sogar vorgeschrieben, dass Menschen mit HIV nicht durch die Art der Durchführung und Nutzung von Überwachung oder Forschung diskriminiert werden dürfen⁸⁵.

Untersuchungen und Vertraulichkeit in der innerstaatlichen Gesetzgebung und Praxis

260. Es ist allgemein anerkannt, dass es wichtig ist, über seinen HIV-Status informiert zu sein, und zahlreiche Staaten haben Maßnahmen ergriffen, um Menschen dazu anzuhalten, die notwendigen Untersuchungen vornehmen zu lassen. So hat z. B. Äthiopien⁸⁶ Strategien verfolgt, mit denen die dezentrale Bereitstellung von Untersuchungsdiensten gewährleistet werden soll, und hat etwa 50.000 Mitglieder von Gemeinwesen entsprechend ausgebildet. Ende 2006 rief Kenia⁸⁷ eine Initiative für rasche Ergebnisse ins Leben und forderte alle Distrikte auf, Behandlungsziele festzulegen, die innerhalb von 100 Tagen erreicht werden sollten. Kenia war dann in der Lage, das bemerkenswerte Ergebnis zu verkünden, dass fast alle Distrikte ihr Ziel erreicht hatten. In der Karibik sieht das Karibische Modell für eine betriebliche Politik⁸⁸ vor, dass freiwillige Untersuchungen und Beratungen gefördert werden sollten. China⁸⁹ hat Vorschriften erlassen, denen zufolge die Beratung und Untersuchung von Personen, die ihren HIV-Status

⁷⁶ Siehe beispielsweise in Anhang II: China 2 (Abschnitt 3); Dschibuti 2 (Abschnitt 7); Madagaskar 2 (Abschnitt 29); Sierra Leone 1 (Abschnitt 11).

⁷⁷ Siehe beispielsweise in Anhang II: Dschibuti 2 (Abschnitt 7).

⁷⁸ Siehe beispielsweise in Anhang II: Madagaskar 2 (Abschnitt 30); Senegal (Abschnitt 15 (3)).

⁷⁹ Siehe beispielsweise in Anhang II: Nigeria 3 (Abschnitt 6 e)).

⁸⁰ Siehe beispielsweise in Anhang II: Nigeria 3 (Abschnitt 6 f)).

⁸¹ Siehe beispielsweise in Anhang II: Philippinen (Abschnitt 41); Vietnam 1 (Abschnitt 8 (10)).

⁸² Siehe beispielsweise in Anhang II: Burkina Faso 1; Mali; Papua-Neuguinea 1; Philippinen (Abschnitt 37); Senegal (Abschnitt 26 (2)).

⁸³ Siehe beispielsweise in Anhang II: Papua-Neuguinea 1 (Abschnitt 7 c)).

⁸⁴ Siehe beispielsweise in Anhang II: Burkina Faso 1; Dschibuti 2; Guinea-Bissau 2 (Abschnitt 31); Kambodscha (Abschnitt 28, u.a. das Verbot, diese Personen unter Quarantäne zu stellen oder sie zu isolieren); Mali; Philippinen (Abschnitt 37); Senegal (Abschnitt 26 (1)); Sierra Leone 1 (Abschnitt 11).

⁸⁵ Siehe beispielsweise in Anhang II: Fidschi 2 (Abschnitt 10.3); Papua-Neuguinea 1 (Abschnitt 7 g)).

⁸⁶ UNAIDS: *Financial resources required to achieve universal access to HIV prevention, treatment, care and support*, S.14, unter: http://data.unaids.org/pub/Report/2007/20070925_advocacy_grne2_en.pdf

⁸⁷ Ebd.

⁸⁸ Die Entwicklung erfolgte durch den im September 2005 gebildeten Karibischen Dreigliedrigen Rat, der den Karibischen Arbeitskongress, den Karibischen Arbeitgeberverband, die vom CARICOM-Sekretariat vertretenen karibischen Regierungen, die IAO und das Karibische Netzwerk von Menschen mit HIV umfasst.

⁸⁹ Siehe in Anhang II: China 2 (Abschnitt 44 (3)).

erfahren möchten, kostenlos sind, und in Japan⁹⁰ ist vorgesehen, dass die zentralen und kommunalen Behörden intensiv die kostenlosen anonymen Untersuchungs- und Beratungsdienste in staatlichen Gesundheitszentren fördern sollten.

261. Der Grundsatz, dass Untersuchungen nicht obligatorisch sein sollten, ist offenbar allgemein anerkannt, zumindest in von Regierungen verabschiedeten Gesetzen und Maßnahmen. Allerdings sind, wie weiter unten gezeigt wird, dieser Akzeptanz Grenzen gesetzt, und hier ist an den Abschnitt des vorangehenden Kapitels über diese Frage zu erinnern. Zwar stehen nicht für alle Länder Angaben zur Verfügung, aber aus den vorliegenden Informationen geht hervor, dass Länder umfassende Rechtsvorschriften zur Frage der Untersuchungen und Vertraulichkeit und zu damit zusammenhängenden Angelegenheiten erlassen haben.

262. *Freiwillige Untersuchungen und Einwilligung nach vorheriger Belehrung.* Zahlreiche Gesetze schreiben vor, dass HIV-Tests nur mit Einwilligung und vorheriger Belehrung der betroffenen Person durchgeführt werden dürfen, und in der Mehrzahl der Länder sind obligatorische Untersuchungen für Beschäftigungszwecke untersagt. Es wurde festgestellt, dass es in 28 der 48 afrikanischen Länder, für die Informationen zur Verfügung stehen, Vorschriften über freiwillige Untersuchungen mit Einwilligung nach vorheriger Belehrung gibt⁹¹. Bei einigen der Vorschriften gibt es gewisse Vorbehalte. Beispielsweise sieht der Entwurf in Botsuana⁹² eine stillschweigende Einwilligung vor, die daher anscheinend nicht explizit sein muss (sogenannte „Ausstiegsklausel“), und in Burundi⁹³ können Untersuchungen nur auf ausdrücklichen Wunsch der betreffenden Person vorgenommen werden. Ein Gesetzesentwurf in Guinea-Bissau⁹⁴ sieht vor, dass ein Untersuchungsersuchen schriftlich vorliegen muss. In einer Mehrzahl der Länder gibt es spezielle Vorschriften für Minderjährige und entmündigte Erwachsene sowohl in Bezug auf die Einwilligung als auch auf die Offenlegung von Informationen.

263. In Amerika ist die obligatorische Untersuchung für Beschäftigungszwecke in 27 Ländern verboten, und es gibt Rechtsvorschriften für freiwillige Untersuchungen und die Gewährleistung der Vertraulichkeit⁹⁵. Überdies sieht das Karibische Modell für eine betriebliche Politik für HIV/Aids vor, dass die Stelle, die die Beschäftigung organisiert, für den Fall, dass ein Land obligatorische Untersuchungen als Voraussetzung für die Erteilung einer Einreise- oder Niederlassungsgenehmigung vorschreibt, nicht nur eine vorausgehende und anschließende Beratung erteilen, sondern auch alle vertretbaren Maßnahmen ergreifen muss, um für den Arbeitnehmer eine andere Arbeitsstelle zu finden, sollte er nicht in der Lage sein, eine derartige Arbeit anzunehmen. In den meisten Ländern wird der freiwillige Charakter der Untersuchung nur bei Bluttransfusionen oder ähnlichen Verfahren in Frage gestellt, da dort die freiwillige Entscheidung, Blut, Sperma

⁹⁰ Ministry of Health, Labour and Welfare: *Selected guidelines for HIV prevention and testing using rapid tests: For local government initiative* (Specific Disease Control Division Health Service Bureau, 2006), S. 7.

⁹¹ Äthiopien, Angola, Benin, Botsuana, Burkina Faso, Burundi, Dschibuti, Ghana, Guinea, Guinea-Bissau, Kenia, Lesotho, Madagaskar, Malawi, Mali, Mauritius, Mosambik, Namibia, Nigeria, Sambia, Senegal, Sierra Leone, Simbabwe, Südafrika, Swasiland, Vereinigte Republik Tansania, Togo und Uganda.

⁹² Siehe in Anhang II: Botsuana 4.

⁹³ Siehe in Anhang II: Burundi 3 (Abschnitt 11).

⁹⁴ Siehe in Anhang II: Guinea-Bissau 2 (Abschnitt 17(1)).

⁹⁵ Antigua und Barbuda, Bahamas, Barbados, Belize, Bolivien, Chile, Costa Rica, Dominica, Ecuador, El Salvador, Grenada, Guatemala, Guyana, Haiti, Honduras, Jamaika, Kolumbien, Mexiko, Nicaragua, Panama, Peru, Saint Kitts und Nevis, Saint Lucia, Saint Vincent und die Grenadinen, Surinam, Trinidad und Tobago, Boliviarische Republik Venezuela.

oder Gewebe zu spenden, an sich als Einwilligung nach vorheriger Belehrung ausgelegt wird.

264. In Asien und im Pazifischen Raum bietet sich das gleiche Bild. In 18 von 25 Ländern sind obligatorische Untersuchungen, auch für Beschäftigungszwecke, untersagt. In Europa würden theoretisch die für ärztliche Untersuchungen der Arbeitnehmer geltenden Rechtsvorschriften diese Frage regeln, es sei denn, es gibt eine explizite Regelung, z. B. in Belarus und Bulgarien⁹⁶. Das Amt hat festgestellt, dass es im Nahen Osten und Nordafrika nur in Ägypten⁹⁷ Regeln für freiwillige Untersuchungen gibt.

Ausnahmen vom Verbot der obligatorischen Untersuchungen

265. Selbst wenn der praxisorientierte Leitfaden keine Ausnahmen vom Verbot der obligatorischen Untersuchungen vorsieht, gibt es nachweislich auf nationaler Ebene eine Reihe von Ausnahmen. Die häufigste Ausnahme findet sich bei Arbeitsmigranten, denn mehr als 60 Länder⁹⁸ schreiben HIV-Untersuchungen für Arbeitsmigranten vor, die in das Land einreisen. Die meisten dieser Länder schreiben Untersuchungen für jeden vor, der die Einreise für einen Aufenthalt beantragt, der eine bestimmte Dauer überschreitet, in der Regel zwischen einem und zwölf Monaten. In einigen Ländern werden derartige Untersuchungen für Personen vorgeschrieben, die eine Arbeit aufzunehmen beabsichtigen oder eine Niederlassungsgenehmigung beantragen; in anderen Ländern ist dies eine Voraussetzung für die Ausstellung eines Visums⁹⁹. Doch unabhängig vom Wortlaut wird durch diese Beschränkungen de facto eine obligatorische Untersuchung als Voraussetzung für eine Arbeitsaufnahme vorgeschrieben. Einige Länder, insbesondere in Lateinamerika und in der Karibik, haben Rechtsvorschriften erlassen, die ausdrücklich Untersuchungen für in das Land einreisende Personen untersagen, was darauf zurückzuführen sein könnte, dass ihre eigenen Staatsangehörigen oft bei dem Versuch, als Arbeitsmigranten in andere Länder einzureisen, mit solchen obligatorischen Untersuchungen konfrontiert sind.

266. Eine weitere Ausnahme fand sich für bestimmte Berufsgruppen, z. B. für Beschäftigte im Gesundheitswesen. In diesem Bereich wurden mehrere Rechtsvorschriften ermittelt. So ist beispielsweise in Dschibuti¹⁰⁰ gesetzlich vorgeschrieben, dass obligatorische Untersuchungen nur beim Arbeitsschutzpersonal (sowie bei Blut-, Sperma- oder Gewebespendern) in deren eigenem Interesse und im Interesse des Rechts auf Gesund-

⁹⁶ Siehe in Anhang II: Belarus 2; Bulgarien 3.

⁹⁷ Siehe in Anhang II: Ägypten 2,3.

⁹⁸ Siehe beispielsweise Ägypten, Algerien, Angola, Australien, Bahrain, Belarus, Belize, Brunei Darussalam, Bulgarien, China, Dominica, Dominikanische Republik, Eritrea (kann bei Einreise verlangt werden), Fidschi, Griechenland (nur Personen, die als legale Prostituierte arbeiten wollen), Indien, Irak, Israel, Jemen, Jordanien, Kanada, Kasachstan, Katar, Kolumbien, Komoren, Republik Korea (einreisende Personen, die als Künstler oder Unterhalter in Touristenhotels oder Vergnügungstätten arbeiten wollen), Kuba, Kuwait, Libanon (Personen, die als Haushaltshilfe arbeiten wollen), Litauen, Malaysia, Marokko, Marschall-Inseln, Mauritius, Republik Moldau, Montserrat, Oman, Pakistan, Palau, Paraguay, Russische Föderation, Saint Kitts und Nevis, Saint Vincent und die Grenadinen, Samoa, Saudi-Arabien, Seschellen, Singapur, Slowakei, Südafrika (alle Bergarbeiter, unabhängig von ihrer Stellung), Arabische Republik Syrien, Tadschikistan, Tonga, Türkei, Turkmenistan, Ukraine, Ungarn, Usbekistan, Vereinigte Arabische Emirate, Vereinigte Staaten, Vereinigtes Königreich, Zentralafrikanische Republik, Zypern.

⁹⁹ Diese Information stammt aus einer Liste des Außenministeriums der Vereinigten Staaten, die 2006 aktualisiert wurde; unter: <http://www.thebody.com/content/legal/art2244.html>. Die Website des Außenministeriums der Vereinigten Staaten enthält eine ähnliche Liste, die aber nur bis März 2003 aktualisiert wurde.

¹⁰⁰ Siehe in Anhang II: Dschibuti (Abschnitt 9(4)).

heit durchgeführt werden dürfen. Ähnliche Bestimmungen gibt es in Nigeria¹⁰¹ In Lateinamerika finden sich solche Vorschriften häufiger. Gelegentlich schreiben sie auch Untersuchungen von Beschäftigten im Gesundheitswesen nach einer Exposition gegenüber dem Virus vor¹⁰². Indonesien¹⁰³ schreibt Untersuchungen derjenigen vor, die in einem Umfeld arbeiten, in dem sie dem Virus ausgesetzt sind, und im Vereinigten Königreich¹⁰⁴ sind obligatorische Untersuchungen für medizinisches Personal vorgesehen, das „invasive“ ärztliche Behandlungen durchführt. In Botsuana¹⁰⁵ muss die Genehmigung der Gerichte eingeholt werden, wenn ein Arbeitgeber oder eine staatliche Stelle aus irgendeinem Grund feststellt, dass eine HIV-Untersuchung erforderlich und eine echte berufliche Anforderung ist, beispielsweise zum Schutz der öffentlichen Gesundheit und Sicherheit.

267. Ferner sind Vorschriften erlassen worden, um obligatorische Untersuchungen bestimmter Gruppen von Luftfahrtpersonal, insbesondere Piloten, zu ermöglichen. Die Internationale Zivilluftfahrtorganisation (ICAO)¹⁰⁶, die Arbeitsgemeinschaft der Europäischen Luftfahrtbehörden (JAA)¹⁰⁷, die Federal Aviation Administration (FAA) der Vereinigten Staaten¹⁰⁸ sowie Vietnam¹⁰⁹ sehen obligatorische Untersuchungen der Piloten vor. Die ICAO schreibt vor, dass eine HIV-infizierte Person als untauglich einzustufen ist, es sei denn, eine klinische Erkrankung wird aufgrund einer gründlichen Untersuchung ausgeschlossen. Die Organisation schreibt ferner vor, dass bei der Beurteilung HIV-positiver Bewerber deren psychischer Zustand besondere Beachtung finden muss. Sie wendet die Klassifizierung des Centers for Disease Control der Vereinigten Staaten an, die zur Bewertung der Krankheitsphase und der Gefahr einer Entwicklung opportunistischer Infektionen auf die CD4+-Zellzählung zurückgreift. Dies trifft auch auf die Vereinigten Staaten zu. Die JAA schreibt vor, dass ein Flugeinsatz bei AIDS aufgrund des hohen Risikos opportunistischer Infektionen absolut ausgeschlossen ist. Zu ihren Kriterien für die AIDS-Diagnose zählen ein positives HIV-Test-Ergebnis, die Feststellung einer Immunschwäche und eine Vorgeschichte opportunistischer Infektionen. In Vietnam sieht das Recht Regelungen für bereits beschäftigte Piloten vor, nicht jedoch für Piloten, die eine Berufstätigkeit aufnehmen wollen.

268. Es gibt einige Fälle, in denen obligatorische Untersuchungen zwar „im Einklang mit dem Gesetz“ vorgenommen werden können, wo jedoch keine Rechtsvorschrift ermittelt wurde, die eine solche Untersuchung in einer bestimmten Beschäftigungssitua-

¹⁰¹ Siehe in Anhang II: Nigeria 3 (Abschnitte 15-19).

¹⁰² Argentinien, Bolivien, Costa Rica, Dominica, Dominikanische Republik, Ecuador, Guatemala, Honduras, Kolumbien, Panama und die Bolivarische Republik Venezuela. Diese Staaten stützen sich auf die Theorie der „allgemeinen Schutzmaßnahmen“ für Angehörige bestimmter Berufe, bei denen ein enger Körperkontakt gegeben ist.

¹⁰³ Siehe in Anhang II: Indonesien 3 (Teil C, Abschnitt 2(c)).

¹⁰⁴ Department of Health: *Health clearance for TB, hepatitis B, hepatitis C and HIV: New healthcare workers* (16. März 2007), Anhang B, unter: http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_073132

¹⁰⁵ Siehe in Anhang II: Botsuana 4 (Abschnitt 7.5.6).

¹⁰⁶ ICAO: *Manual of civil aviation medicine* (2006), Kap. 12, unter: www.icao.int/icao/net/dcs/8984/8984_chapter_12_en.pdf

¹⁰⁷ JAA: *Manual of civil aviation medicine* (2006), unter: http://www.jaat.eu/licensing/manual_civil_aviation_2006.html

¹⁰⁸ Code of Federal Regulation etc., unter: http://www.faa.gov/about/office_org/headquarters_offices/avs/offices/aam/ame/guide/dec_cons/disease_prot/hiv/

¹⁰⁹ Section 20 of Civil Aviation Law (Decree No. 108 of 2007).

tion erlaubt, ermittelt oder es gestatten, dass ein Richter eine solche Untersuchung anordnen kann. Diese Bestimmungen sind nicht sehr klar und beziehen sich möglicherweise in erster Linie auf Situationen, die nicht dem Beschäftigungsbereich zuzuordnen sind (z. B. Vergewaltigung oder ähnliche Situationen). Ihr Wortlaut ist so unklar, dass eine Tür offen gelassen wird. In vielen Ländern sind auch obligatorische Untersuchungen der Streitkräfte vorgeschrieben.

Vertraulichkeit

269. Unter Vertraulichkeit versteht man das Recht des Einzelnen, seine Daten während der Speicherung, Übertragung und Nutzung usw. zu schützen, um eine nicht genehmigte Offenlegung gegenüber Dritten zu verhindern¹¹⁰. In den meisten Ländern Afrikas, Asiens und des Pazifischen Raums, Amerikas und Europas gibt es Vorschriften, um die Vertraulichkeit von Informationen über den HIV-Status zu gewährleisten. Beispielsweise gilt in Indonesien¹¹¹ Vertraulichkeit für alle Informationen, die auf Beratungstätigkeiten, HIV-Tests, ärztlichen Behandlungen, medizinischer Betreuung und damit im Zusammenhang stehenden Tätigkeiten beruhen. Das Problem der Vertraulichkeit stellt sich in dem Augenblick, in dem ein Mensch beschließt, sich dem Test zu unterziehen. Werden beispielsweise Untersuchungen in ländlichen Gebieten ambulant in einem Bus durchgeführt, der abgeschirmt ist, um zu verbergen, wer kommt und geht, so ist die Vertraulichkeit offensichtlich schwer zu gewährleisten. Zur Einhaltung der Vertraulichkeitsregelungen schreiben viele Länder vor, dass die Untersuchung selbst anonym zu erfolgen hat (mit Hilfe eines spezifischen Kodiersystems für die einzelnen Proben), um die Identifizierung der Person zu verhindern. In anderen Ländern ist vorgesehen, dass die Untersuchungen nur von dazu ermächtigten Personen und/oder Stellen durchgeführt werden dürfen. So wird beispielsweise in Botsuana¹¹² und Nepal¹¹³ vorgeschrieben, dass die Untersuchungsmöglichkeiten in der Arbeitsstätte angeboten werden können und dass nur Personen Untersuchungen in der Arbeitsstätte durchführen dürfen, die nach nationalen und globalen Normen dazu qualifiziert sind. In Madagaskar¹¹⁴ können mobile Testzentren eingesetzt werden, und in Sierra Leone¹¹⁵ dürfen Untersuchungen nur in zugelassenen Zentren durchgeführt werden. Einige Länder sehen vor, dass das in direkten Kontakt mit den untersuchten Personen kommende Personal nicht nur zugelassen, sondern auch vorschriftsmäßig ausgebildet sein muss, um bei der Beratung vor und nach der Untersuchung psychologische Hilfe leisten zu können.

270. Im Einklang mit dem praxisorientierten Leitfaden schreiben viele Länder vor, dass Arbeitnehmer nicht verpflichtet sind, HIV-betreffende persönliche Daten offenzulegen und dass auch Arbeitskollegen nicht gehalten sind, solche Informationen über Mitarbeiter preiszugeben. Theoretisch werden Daten über den HIV-Status generell nur dann am Arbeitsplatz gespeichert, wenn eine obligatorische Untersuchung vorgeschrieben ist, was bei bestimmten Berufen der Fall ist. Einige Länder halten Arbeitnehmer dazu an, ihren Arzt zu informieren, und diesbezügliche Daten sollten dann im Rahmen des allgemeinen

¹¹⁰ UNAIDS: *Guidelines on protecting the confidentiality and security of HIV information* (2007), unter: http://data.unaids.org/pub/manual/2007/confidentiality_security_interim_guidelines_15may2007_en.pdf. Siehe auch IAA: *Code of practice on the protection of workers' personal data* (1997), unter: <http://www.ilo.org/public/english/protection/condtrav/pdf/wc-code-97.pdf>

¹¹¹ Siehe in Anhang II: Indonesien 2 (Abschnitt 6).

¹¹² Siehe in Anhang II: Botsuana 4 (Abschnitt 7.5.4).

¹¹³ Siehe in Anhang II: Nepal 3 (Ziel 5.3.9).

¹¹⁴ Siehe in Anhang II: Madagaskar (Abschnitt 16).

¹¹⁵ Siehe in Anhang II: Sierra Leone 1 (Abschnitt 13(1)).

Systems zum Schutz der Privatsphäre der Patienten geschützt werden. Theoretisch ist der Arbeitnehmer erst dann verpflichtet, den Arbeitgeber zu informieren, wenn er seine beruflichen Aufgaben nicht länger erfüllen kann. Die meisten Länder sehen für solche Informationen Vertraulichkeit für eine große Gruppe von Menschen vor.

271. Um die Einhaltung der Vertraulichkeitsregelungen zu gewährleisten, sehen viele Länder Sanktionen bei ihrer Verletzung vor. So wird in Kambodscha¹¹⁶ jede Verletzung der Vertraulichkeit mit einem Bußgeld oder einer Gefängnisstrafe geahndet; bei wiederholten Verstößen wird die Strafe verdoppelt. In Benin¹¹⁷ wird es bei einer Verletzung der Vertraulichkeit als erschwerend angesehen, wenn es dadurch zu einer Scheidung, einem Verlust der Arbeitsstelle oder von Eigentum oder zu einem Selbstmord kommt.

Offenlegung von HIV-Untersuchungsergebnissen

272. Es ist generell untersagt, Untersuchungsergebnisse Dritten zugänglich zu machen. Diese Frage ist in einigen Ländern geregelt, wo eine solche Offenlegung nur aufgrund eines Gerichtsbeschlusses gestattet ist und auf eine bestimmte Art zu erfolgen hat (so wird vorgeschrieben, dass die Information in einem versiegelten Umschlag auszuhändigen ist, der nur von der zuständigen Person geöffnet werden darf). In einigen Ländern gibt es Regeln für die Offenlegung des HIV-Status gegenüber dem Ehepartner und/oder Sexualpartnern¹¹⁸. In anderen Ländern werden HIV-Positive angehalten, ihren Status bekannt zu machen¹¹⁹, und einige Länder schreiben vor, dass medizinisches Personal die Offenlegung im Verlauf der Beratung nach dem Test empfehlen soll¹²⁰. Einige Länder schreiben vor, dass die Offenlegung gegenüber einem Ehepartner und/oder Partnern innerhalb einer bestimmten Frist zu erfolgen hat¹²¹. In anderen wird vorgesehen, dass HIV-Infizierte verpflichtet sind, den Ehepartner und/oder Partner darüber zu informieren¹²². Andere Länder ermächtigen sogar Dritte dazu, in ganz bestimmten Situationen derartige Informationen gegenüber dem Ehepartner und/oder Partnern offenzulegen¹²³. In einigen Ländern sind Dritte (oft das medizinische Personal) verpflichtet, dem Ehepartner und/oder Partner der untersuchten Person Testergebnisse mitzuteilen, wenn die infizierte Person nicht in der Lage oder nicht Willens ist, dies zu tun.

Gesetzgebung und Praxis auf regionaler Ebene

273. Der praxisorientierte Leitfaden der IAO bildet den Rahmen für alle vom System der Vereinten Nationen befürworteten betrieblichen Maßnahmen und ist oft im Rahmen relevanter internationaler Verfahren, insbesondere auf regionaler Ebene, eingesetzt worden. In einigen Fällen wird direkt auf den Leitfaden verwiesen. In anderen hingegen findet er weniger unmittelbar Anwendung; dort richtet man sich aber nach einem ähnlichen

¹¹⁶ Siehe in Anhang II: Kambodscha (Abschnitte 31 und 51).

¹¹⁷ Siehe in Anhang II: Benin 2 (Abschnitt 24).

¹¹⁸ Beispielsweise in Burundi, El Salvador, Guatemala, Guinea-Bissau, Guinea, Kenia, Madagaskar und Mali.

¹¹⁹ In einer Mehrzahl von Ländern gibt es spezifische Regelungen für die Offenlegung des HIV-Status von Minderjährigen und entmündigten Erwachsenen.

¹²⁰ Beispielsweise in Costa Rica, Kolumbien, Mauritius, Senegal und Uganda.

¹²¹ Beispielsweise in Bangladesch, Pakistan, Senegal, Singapur und der Bolivarischen Republik Venezuela.

¹²² Beispielsweise in Benin, Burundi, Burkina Faso, Guinea, Indien, Madagaskar, Malaysia, auf den Philippinen, in Sierra Leone, Singapur, Togo und Vietnam.

¹²³ Beispielsweise in Benin, Burundi, Burkina Faso, Estland, Guinea, Honduras, Indien, Madagaskar, Malaysia, der Republik Moldau, auf den Philippinen, Sierra Leone, Singapur, Togo und Vietnam.

Katalog von Empfehlungen. Nachfolgend wird lediglich aufgezeigt, welche Art regionaler und subregionaler Antworten existieren – es gibt zu viele, um sie hier im Einzelnen aufzuführen, und das Thema stößt auf so großes Interesse, das fast täglich Richtlinien, Politiken und Strategien angenommen werden.

274. *Europa.* Was die Antworten auf HIV/Aids anbelangt, so hat die Europäische Union die HIV/Aids-Epidemie zu einem wichtigen Anliegen und Handlungsschwerpunkt der Tätigkeiten der EU im Bereich der öffentlichen Gesundheit gemacht¹²⁴. Im Februar 2004 nahm die Ministerkonferenz von Dublin die „Erklärung von Dublin über die Partnerschaft zur Bekämpfung von HIV/Aids in Europa und Zentralasien“¹²⁵ an, um die sich verschlechternde Lage ins Blickfeld zu rücken. Seither sind mehrere Initiativen in die Wege geleitet worden. Gesundheitsminister aus der Europäischen Union und aus 16 Nicht-EU-Staaten nahmen auf einer von der deutschen Regierung am 11. und 12. März 2007 veranstalteten Konferenz die „Erklärung von Bremen über Verantwortung und Partnerschaft – Gemeinsam gegen HIV/Aids“ an, auf der die Auswirkungen von Aids in Europa und strategische Reaktionen geprüft werden sollten¹²⁶. Für Europa sind die wesentlichen Fragen – insbesondere in der Welt der Arbeit – Diskriminierung und Schutz der Rechte, Vertraulichkeit und die Wiedereingliederung HIV-positiver Arbeitnehmer, die sich in einer antiretroviralen Behandlung befinden, in den Arbeitsmarkt. In der Erklärung der Konferenz werden die Rolle des Arbeitsplatzes und der Beitrag des praxisorientierten Leitfadens der IAO zur Bekämpfung von Aids in Europa anerkannt und Regierungen, Arbeitgeber und Arbeitnehmer aufgefordert, nichtdiskriminierende Politiken für Menschen mit HIV, sowie Betreuung und Unterstützung der Betroffenen zu fördern.

275. *Asien und der Pazifische Raum.* Zu den vielen Initiativen in der Region zählte die Annahme der Regionalen HIV/Aids-Strategie 2004-2008 für den Pazifischen Raum durch die Pazifische Gemeinschaft¹²⁷. Die Asiatisch-Pazifische Wirtschaftliche Zusammenarbeit (APEC) nahm für die APEC-Mitgliedsländer Richtlinien an für die Schaffung eines förderlichen Umfeldes für Arbeitgeber zur Durchführung effektiver betrieblicher Verfahren für Menschen mit HIV/Aids und die Prävention im betrieblichen Umfeld. Die Richtlinien wurden von den Gesundheitsministern der APEC im Juni 2007 in Sydney gebilligt. Das Dritte Asiatisch-pazifische Ministertreffen über HIV/Aids fand im Juli 2007 statt; dabei kam es zu weiteren Vereinbarungen über Wege zur Bekämpfung von HIV¹²⁸. ASEAN-Mitgliedstaaten haben signifikante Schritte zur Integration der Belange der Welt der Arbeit in ihre Maßnahmen zur Bekämpfung von Aids unternommen¹²⁹. Ein Beispiel sind die ASEAN-Verpflichtungen zu HIV und Aids, die im Januar 2007 in Cebu, Philippinen, vereinbart wurden, z. B. die Verpflichtung, „die erforderlichen Rechtsvorschriften (darunter betriebliche Politiken und Programme) einzuführen, um sicherzustellen, dass Menschen mit HIV und betroffene Gruppen ... nicht Opfer von Stigmatisierung und Diskriminierung sind, einen gleichberechtigten Zugang zu Diensten in den Bereichen Gesundheit, Sozialleistungen und Bildung haben“. Der Strategische Rahmen für das Dritte ASEAN-Arbeitsprogramm zu HIV und Aids, 2006-2010, enthält einen bedeutenden Abschnitt zu HIV und die Welt der Arbeit.

¹²⁴ Beispielsweise in Äquatorial-Guinea, Indien, Pakistan, Singapur und Togo.

¹²⁵ Siehe http://ec.europa.eu/health/ph_projects/comdiseases_project_en.htm

¹²⁶ Unter http://www.eu2004.ie/templates/document_file.asp?id=7000

¹²⁷ Unter: <http://www.eu2007.de/en/News/download:docs/Maerz/0312-BSGV/070Bremen.pdf>

¹²⁸ Unter: <http://www.spc.int/hiv/images/stories/regional/strategy%20-red.pdf>

¹²⁹ Siehe <http://www.apecsec.org.sg/>

276. *Karibik*. In der karibischen Region gibt es eine außerordentlich große Resonanz auf HIV/Aids. In einem für die Sondertagung der Generalversammlung über HIV/Aids von 2006 ausgearbeiteten Bericht von UNAIDS¹³⁰ findet sich ein Überblick über regionale Maßnahmen. Die Karibische Gemeinschaft (CARICOM), mit der das Subregionalamt der IAO eng zusammenarbeitet, hat Maßnahmen und Tätigkeiten durchgeführt, die für andere Regionen Modellcharakter haben. Zusätzlich zu dem vom Karibischen Dreigliedrigen Rat und der Pankaribischen Partnerschaft gegen HIV/Aids (PANCAP) angenommenen Karibischen Modell für eine betriebliche Politik verabschiedete die 15. Interamerikanische Konferenz der Arbeitsminister der Organisation Amerikanischer Staaten am 13. September 2007 die Erklärung von Port of Spain, in der erklärt wird: „Wir verpflichten uns, die Entwicklung und Durchführung von Politiken zu fördern, die zu einem Abbau der Diskriminierung von Arbeitnehmern mit HIV/Aids in der Arbeitsstätte beitragen. Darüber hinaus unterstützen wir Politiken, die die Inzidenz von HIV/Aids und chronischen nichtansteckenden Krankheiten verringern.“ Die Minister nahmen ferner einen Aktionsplan für den Austausch von Informationen über Politiken und vorbildliche Praktiken zur Verringerung der Inzidenz von HIV/Aids und zur Analyse und Förderung von Politiken und Maßnahmen an, in deren Mittelpunkt die Förderung menschenwürdiger Arbeit in Amerika steht¹³¹.

277. *Afrika*. Die Afrikanische Union (AU) hat bei der Mobilisierung der politischen und finanziellen Unterstützung für Maßnahmen zur Bekämpfung von HIV/Aids, Tuberkulose, Malaria und ähnlichen Krankheiten auf dem afrikanischen Kontinent eine Führungsrolle übernommen. Im April 2001 berief die Organisation, damals noch die Organisation der Afrikanischen Einheit (OAU), einen Sondergipfel über HIV/Aids, Tuberkulose und andere damit zusammenhängende Infektionskrankheiten ein; im Juli 2003 widmete die Afrikanische Union (AU) diesem Thema eine Sondersitzung ihrer Versammlung, auf der HIV/Aids als Querschnittsthema in die Neue Partnerschaft für die Entwicklung Afrikas (NEPAD) aufgenommen wurde. Die Tagung führte außerdem zu Initiativen wie AIDS Watch Africa (AWA) und zur Einsetzung der Kommission für HIV/Aids und Staatsführung in Afrika (CHGA). Im Mai 2006 wurde auf einem Sondergipfel der Afrikanischen Union über HIV/Aids, Tuberkulose und Malaria der Stand der Durchführung früherer Erklärungen und Aktionsrahmen geprüft und die Verpflichtung erneuert, einen universellen Zugang zu HIV/Aids-Diensten zu gewährleisten.

278. *Subregionale Antworten auf HIV/Aids*. Im Dezember 2000 nahm die Wirtschaftsgemeinschaft der westafrikanischen Staaten (ECOWAS) eine Strategie zur Bekämpfung von HIV/Aids in Westafrika an, in der u.a. erklärt wurde, dass Mitgliedstaaten kulturell akzeptable HIV/Aids-Präventions- und Behandlungspolitiken entwickeln und einführen und die Gemeinwesen an der Ausarbeitung derartiger Strategien beteiligen sollten. Im Jahr 2005 trafen die IAO und ECOWAS eine Vereinbarung zur Stärkung ihrer Zusammenarbeit. Die Vereinbarung sieht Konsultationen über die Planung und Durchführung von Programmen zur Förderung menschenwürdiger Arbeit im Zusammenhang mit HIV/Aids in der Arbeitsstätte vor. Mit der Aufstellung eines Fünfjahresplans zur Bekämpfung von HIV und Aids (2004-2008) wurde die Reaktion der Entwicklungsgemeinschaft des Südlichen Afrika (SADC) auf HIV/Aids verstärkt.

¹³⁰ UNAIDS: *Keeping Score: AIDS Responses in the Caribbean* (2006), einsehbar unter: http://data.unaids.org/pub/Report/2007/20070605_keeping_score_caribbean_ungass_2006_en.pdf

¹³¹ Organisation Amerikanischer Staaten: *Declaration of Port of Spain making decent working central to social and economic development*, angenommen auf der 15. Interamerikanischen Konferenz der Arbeitsminister, 11.-13. Sept. 2007, Port of Spain, Trinidad und Tobago (Dok. OEA/Ser.K/XII.15.1), unter: [http://www.sedi.oas.org/ddse/documentos/TRABAJO/15cimt/post_reunion/DEC1%20ING%20\(Declaracion\).doc](http://www.sedi.oas.org/ddse/documentos/TRABAJO/15cimt/post_reunion/DEC1%20ING%20(Declaracion).doc)

Antworten von Unternehmen

279. Für Unternehmen ist es wirtschaftlich zweifellos sinnvoll, auf die Epidemie zu reagieren. Kostensteigerungen, Produktivitätsverluste und allgemein die Unterminierung der Grundlagen der Wirtschaft, in der sie tätig sind, sind eine Gefahr für ihre Gewinne. Das Risiko für Arbeitnehmer steigt, da Menschen in ihren produktivsten Jahren von der Epidemie unverhältnismäßig stark betroffen sind.

280. Die Internationale Arbeitgeberorganisation (IOE) erklärt auf ihrer Website Folgendes:

Die führende Rolle, die die Wirtschaft bei der Bekämpfung der HIV/Aids-Pandemie übernommen hat, wird zunehmend anerkannt. Da Menschen im erwerbsfähigen Alter am meisten unter den Auswirkungen dieser tödlichen Geißel leiden, ist HIV/Aids ein zentrales Arbeitsplatzproblem. Globale Partnerschaften sind daher ein wesentlicher Teil der Antwort. Die IOE hat unter diesem Gesichtspunkt enge Arbeitsbeziehungen zum UNAIDS und zum Globalen Fonds zur Bekämpfung von HIV/Aids, Tuberkulose und Malaria entwickelt. Richard Feachem, der Leiter des Globalen Fonds, wandte sich auf der Internationalen Arbeitskonferenz vom Juni 2004 an die Arbeitgebergruppe, um Möglichkeiten der Zusammenarbeit zwischen Verbänden und dem Fonds auf nationaler Ebene zu erörtern. Die IOE beteiligte sich auch am ersten Partnerschaftsforum des Fonds, das 2004 in Bangkok stattfand.

281. Die Globale Wirtschaftscoalition zur Bekämpfung von HIV/Aids, Tuberkulose und Malaria (GBC)¹³² wurde 2001 ins Leben gerufen. Sie ist eine Allianz von mehr als 200 internationalen Unternehmen, deren Ziel darin besteht, die einzigartigen Fähigkeiten und Sachkenntnisse der Wirtschaft zur Bekämpfung der Aids-Epidemie zu nutzen. Seit 2005 dient sie als offizielle Anlaufstelle der Delegation des privaten Sektors im Globalen Fonds zur Bekämpfung von Aids, Tuberkulose und Malaria (GFATM) und bietet ihren Mitgliedern jetzt Orientierungshilfe, Dienste und Fachwissen über Malaria und Tuberkulose sowie über HIV/Aids. Die Globale Gesundheitsinitiative des Weltwirtschaftsforums (WEF) bietet Instrumente und Leitlinien, um Unternehmen beim Umgang mit HIV/Aids, Tuberkulose und Malaria am Arbeitsplatz und in örtlichen Gemeinschaften zu unterstützen. Auf ihrer Website stellt sie viele Fallstudien über diesbezügliche Maßnahmen der Unternehmen vor.

282. Wirtschaftscoalitionen wurden auf regionaler und nationaler Ebene zum Teil mit Hilfe der IAO oder mit Unterstützung von Mitgliedsgruppen gebildet. In Sri Lanka, wo es bereits eine Nationale Dreigliedrige Erklärung über HIV/Aids gab, bildeten einzelne Unternehmen beispielsweise gemeinsam mit dem Nationalen Programm zur Bekämpfung von STD/Aids, der IAO, dem Arbeitgeberverband und der Handelskammer die Wirtschaftscoalition Sri Lankas zur Bekämpfung von HIV/Aids. Initiiert wurde dies auf der Internationalen Konferenz über Aids in Asien und im Pazifischen Raum, die im August 2007 in Sri Lanka stattfand. Zu den Mitgliedern zählen auch Gewerkschaften, und der Leitfaden der IAO dient als Orientierungshilfe.

283. Auch auf nationaler Ebene gibt es Reaktionen der Wirtschaft. Wenngleich dies nicht ihre herkömmliche Rolle ist, bieten viele Unternehmen doch infolge des durch HIV/Aids verursachten Zusammenbruchs staatlicher Gesundheitssysteme Dienste an. Als Erklärung für ihr Engagement verweisen Betriebe auf verschiedene Faktoren, von Kosteneffizienz bis zum Ausdruck der sozialen Verantwortung von Unternehmen.

284. Multinationale Unternehmen haben bei der Bereitstellung einer Behandlung am Arbeitsplatz eine Führungsrolle übernommen, und ihre Programme sind ausführlich dokumentiert, insbesondere von der GBC und vom WEF (siehe oben). Viele Diamanten-

¹³² Siehe <http://www.businessfightsaids.org/site/pp.asp?c=gwKXJfNVJtF&b=1008711>

und Goldminen sowie Kraftfahrzeughersteller im südlichen Afrika bieten durch betriebsärztliche Dienste oder andere Vorkehrungen mit privaten oder staatlichen Anbietern von Gesundheitsdiensten eine Behandlung in der Arbeitsstätte. Firmen wie Anglo-America, DaimlerChrysler, BMW, Volkswagen¹³³ und Coca Cola stellen ihren HIV-positiven Mitarbeitern antiretrovirale Medikamente zur Verfügung. Im Rahmen des HIV/Aids-Projekts von Debswana in Botsuana werden Arbeitnehmer und ihre Ehepartner mit antiretroviralen Medikamenten versorgt¹³⁴. In Malawi stellten Ende 2005 zwölf firmeneigene Kliniken dem Firmenpersonal und örtlichen Gemeinschaften antiretrovirale Medikamente zur Verfügung¹³⁵. Anscheinend entwickelt sich zunehmend die Tendenz, dass Firmen ihre Mitarbeiter in den am schlimmsten betroffenen Regionen mit antiretroviralen Medikamenten versorgen. In afrikanischen Regionen mit hoher HIV-Prävalenz subventionieren mehr als 70 Prozent der untersuchten Firmen vollständig den Zugang ihres Personals zu einer HIV-Behandlung¹³⁶.

285. Die Reaktion einiger kleiner und mittlerer Betriebe in Ländern mit einer hohen Prävalenz bestand auch darin, einen betriebsärztlichen Dienst gemeinsam zu nutzen oder eine Patientenvermittlungsstelle einzurichten, die vertragliche Vereinbarungen mit staatlichen Krankenhäusern oder Allgemeinmediziner in der Nähe der Arbeitsstätten eingeht. Mehrere Unternehmen in Brasilien, Indien und Südafrika haben betriebsärztliche Dienste eingerichtet und so den Zugang ihrer Mitarbeiter zu antiretroviralen Medikamenten verbessert. Es ist wichtig, die Behandlung in räumlicher Nähe zu Arbeitnehmern durchzuführen, da es so möglich ist, die Behandlung auf die Bedürfnisse der Arbeitnehmer in ihrem beruflichen Umfeld zuzuschneiden. Außerdem kann die Behandlungskontinuität besser sichergestellt werden.

286. Einige der großen staatlichen und privaten Unternehmen in Indien haben bei der Bereitstellung einer antiretroviralen Behandlung für ihre Belegschaft eine Führungsrolle übernommen. Im Rahmen ihrer betrieblichen Politik sind sie die Verpflichtung eingegangen, ihren Mitarbeitern auf eigene Kosten eine antiretrovirale Behandlung zu ermöglichen. Zu den Beispielen zählen private Unternehmen wie die Gujarat Ambuja Cement Ltd. und die SRF Group India Ltd. Im staatlichen Sektor sind es z. B. Brihnamumbai Electric Supply and Transport (BEST) Undertaking in Mumbai, die Polizei von Mumbai und Central Coalfield Ltd., Ranchi.

287. Eine antiretrovirale Behandlung ermöglicht auch das größte indische Sozialversicherungssystem, das staatliche Arbeitnehmer-Versicherungssystem, unter der Schirmherrschaft des Ministeriums für Arbeit und Beschäftigung (MOLE). Das System erfasst Betriebe, die an das Stromnetz angeschlossen sind und mehr als zehn Beschäftigte haben¹³⁷. Die Behandlung von Vertragsarbeitern in Unternehmen und Arbeitnehmern in der informellen Wirtschaft erfolgt im Rahmen des diesbezüglichen staatlichen Programms.

¹³³ R. Stewart, A. Padarath und L. Bamford: *Providing antiretroviral treatment in southern Africa – A literature review* (Durban, Health System Trust, 2004), unter: <http://www.hst.org.za/uploads/files/providingart.pdf>

¹³⁴ Ebd.

¹³⁵ Globale Wirtschaftscoalition zur Bekämpfung von HIV/Aids, Tuberkulose und Malaria: *The private sector and the Global Fund: 2006 Year in review* (2007), unter: <http://www.businessfightsaids.org/documents/media/publications/2006%20PSD%20Year%20In%20Review.pdf>

¹³⁶ Globale Wirtschaftscoalition zur Bekämpfung von HIV/Aids, Tuberkulose und Malaria: *The state of business and HIV/Aids (2006): A baseline report*, unter: <http://www.businessfightsaids.org/documents/media/publications/The%20State%20of%20Business%20and%20HIVAIDSFINAL.pdf>

¹³⁷ Siehe auch Mumbai District AIDS Control Society: *HIV/AIDS workplace policy* (BEST Undertaking, 2005).

Die Rolle der dreigliedrigen Mitgliedsgruppen der IAO

288. Die IAO fördert die Umsetzung des praxisorientierten Leitfadens und unterstützt mit und über ihre dreigliedrigen Mitgliedsgruppen betriebliche Maßnahmen. Sie haben die Möglichkeit, HIV/Aids-Maßnahmen in bestehende Netze, Strukturen und Programme einzugliedern und die Mitwirkung von Unternehmen des privaten Sektors sowie des staatlichen Sektors an Bemühungen, einen universellen Zugang über den Arbeitsplatz zu gewährleisten, zu stärken. Die IAO regt Arbeitgeber und Arbeitnehmer dazu an, sich an nationalen HIV/Aids-Programmen zu beteiligen, und sie unterstützt Bemühungen mit dem Ziel, ihre entsprechenden Fähigkeiten zu verbessern.

289. Zur Durchführung wirksamer betrieblicher Programme ist ein sozialer Dialog zwischen Verbänden der Arbeitgeber und der Arbeitnehmer und Regierungen unerlässlich. Der soziale Dialog beruht auf Kommunikation, Konsultation und Zusammenarbeit und führt zu einer Mitverantwortung für Politiken und Pläne. Einer der wichtigsten Grundsätze des praxisorientierten Leitfadens lautet: „Die erfolgreiche Umsetzung von HIV/Aids-Strategien und -programmen bedarf der Zusammenarbeit und des Vertrauens zwischen Arbeitgebern, Arbeitnehmern und ihren Vertretern und gegebenenfalls der Regierung sowie der aktiven Mitwirkung von HIV/Aids-infizierten oder -betroffenen Arbeitnehmern“.

290. Es sollte nicht vergessen werden, dass die Regierung auch ein Arbeitgeber ist. In Südafrika erstellte das Ministerium für öffentlichen Dienst und Verwaltung 2002 einen Leitfaden für staatliche Stellen über den Umgang mit HIV/Aids am Arbeitsplatz. In Nigeria erfolgt eine wirksame Reaktion des staatlichen Sektors in Form des Aids-Betreuungs- und -unterstützungsprogramms des Bundesarbeitsministeriums. Dieses Programm hat alle Beschäftigten für das HIV/Aids-Problem sensibilisiert und verbreitet die Botschaft „Kenne Deinen Status“ als wesentlichen Schritt zu persönlicher Gesundheit und zur Schaffung eines sicheren und gesunden Arbeitsumfeldes. Im Rahmen des Programms erhalten Beschäftigte eine kostenlose antiretrovirale Behandlung und alle drei Monate eine Untersuchung durch den Arbeitsmediziner, der sie aufsucht und sie vertraulich behandelt. Das Ministerium greift auch auf das Konzept angemessener Vorkehrungen – Vorkehrungen für Aufgaben, Arbeitszeit oder Arbeitsplätze – zurück, um HIV-positiven Arbeitnehmern bei der Bewältigung ihrer Aufgaben zu unterstützen. Es sind Verbindungen zwischen diesem Programm und dem staatlichen Programm zur Verhinderung einer Mutter-Kind-Übertragung hergestellt worden. Die angebotene Betreuung und Unterstützung hat die Mitarbeiter angeregt, um Informationen und freiwillige Beratungen und Untersuchungen zu bitten, und hat zur Verringerung von Stigmatisierung und Diskriminierung im Zusammenhang mit HIV/Aids beigetragen.

Gemeinsame Erklärungen und Maßnahmen

291. Auf internationaler Ebene führte dies zu einer Reihe gemeinsamer Initiativen von Verbänden der Arbeitgeber und der Arbeitnehmer. Im Jahr 2003 nahmen der IBFG (jetzt IGB) und die IOE ein Programm¹³⁸ an, in dem sie die direkten Auswirkungen der HIV/Aids-Pandemie auf die Welt der Arbeit anerkannten, ihr gemeinsames Interesse an einer Zusammenarbeit in diesem Bereich auf nationaler, internationaler und betrieblicher Ebene, auch in Bezug auf die Entwicklung gemeinsamer Aktionsprogramme, zum Ausdruck brachten und eine diesbezügliche weitere Zusammenarbeit ankündigten. Auf inter-

¹³⁸ IOE und IBFG: *Fighting HIV/AIDS together: A programme for future engagement* (12. Mai 2003), unter: www.ilo.org/public/english/protection/trav/aids/ioeicftudecl.pdf

nationaler Ebene führte dies zu einer Reihe gemeinsamer Initiativen zwischen Verbänden der Arbeitgeber und der Arbeitnehmer im regionalen und nationalen Bereich.

292. Auf der 10. Afrikanischen Regionaltagung der IAO im Dezember 2003 wurde eine EntschlieÙung über die Rolle des Sozialdialogs beim Umgang mit HIV/Aids in der Welt der Arbeit angenommen, die gemeinsam von den Arbeitgeber- und Arbeitnehmerdelegierten eingereicht worden war. Im darauf folgenden Jahr hielten die IOE und der IBFG eine Tagung ab, um gemeinsame Aktionspläne in acht afrikanischen Ländern in die Wege zu leiten.

293. Auf internationaler und nationaler Ebene sind im dreigliedrigen Konsens oder von den Verbänden der Arbeitgeber und der Arbeitnehmer individuell oder gemeinsam eine Reihe von Verpflichtungserklärungen und Politiken angenommen worden. Eine der jüngsten regionalen Initiativen der Sozialpartner ist die gemeinsame Tagung des IGB und der IOE für Arbeitgeber- und Arbeitnehmerverbände über HIV/Aids und Kapazitätsaufbau (Kampala, Dezember 2006), die mit Unterstützung der IAO vom Nationalen Bund der Ugandischen Gewerkschaften (NOTU) und dem Verband der Arbeitgeber von Uganda (FUE) veranstaltet wurde. Der Leitfaden empfiehlt Arbeitgeber- und Arbeitnehmerverbänden, internationale Partnerschaften auf allen Ebenen zu schmieden; ein Beispiel ist Ghana, wo der Gewerkschaftskongress Ghanas (GTUC) sein HIV/Aids-Projekt in Zusammenarbeit mit dem Arbeitgeberverband Ghanas (GEA) durchgeführt. In Zusammenarbeit mit dem Kanadischen Gewerkschaftskongress hat der regionale Verband des IGB in Asien, APRO, unter seinen Mitgliedern eine Erhebung über gewerkschaftliche Antworten auf HIV/Aids durchgeführt und dann eine Konferenz zur Vereinbarung einer regionalen Strategie veranstaltet, die u.a. Lobbytätigkeiten bei der Regierung zugunsten der Annahme des praxisorientierten Leitfadens als Teil ihrer Gesundheitspolitik vorsieht.

294. Dreigliedrige Erklärungen finden sich am häufigsten in Afrika, wo die zur Verfügung stehenden Daten zeigen, dass sie in 16 Ländern¹³⁹ angenommen wurden und dass es in elf Ländern Arbeitgeberpolitiken¹⁴⁰ und in sieben Ländern Arbeitnehmerpolitiken¹⁴¹ gibt. In Amerika sind derartige Erklärungen offenbar seltener; es wurde ermittelt, dass es dort zwei dreigliedrige Grundsatzserklärungen¹⁴², sechs Arbeitgeberpolitiken¹⁴³ und vier Arbeitnehmerpolitiken¹⁴⁴ gibt. In Asien und im Pazifischen Raum gibt es in sechs Ländern¹⁴⁵ dreigliedrige Grundsatzserklärungen, in sieben Ländern¹⁴⁶ Arbeitgeberpolitiken und in vier Ländern¹⁴⁷ Gewerkschaftspolitiken. Es wurde festgestellt, dass es in Europa drei dreigliedrige Erklärungen¹⁴⁸ gibt, und im Nahen Osten und in Nordafrika

¹³⁹ Siehe in Anhang II: Benin 1; Botsuana 4; Burkina Faso 5; Burundi 5; Côte d'Ivoire; Demokratische Republik Kongo 2; Ghana; Guinea 1; Guinea-Bissau 1; Kamerun 1; Madagaskar 1; Malawi 2; Simbabwe 2, 3; Swasiland 3; Vereinigte Republik Tansania 3; Togo 1.

¹⁴⁰ Äthiopien, Botsuana, Demokratische Republik Kongo, Ghana, Kamerun, Lesotho, Liberia, Mauretanien, Nigeria, Sambia und Uganda.

¹⁴¹ Äthiopien, Botsuana, Kenia, Namibia, Nigeria, Swasiland und die Vereinigte Republik Tansania.

¹⁴² Siehe in Anhang II: Belize 2; Honduras 1.

¹⁴³ Barbados, Guyana, Jamaika, Saint Kitts und Nevis, Saint Vincent und die Grenadinen und Trinidad und Tobago.

¹⁴⁴ Barbados, Dominikanische Republik, Guyana und Jamaika.

¹⁴⁵ Siehe in Anhang II: China 3; Indien 1, 2; Indonesien 1; Mongolei 2; Nepal 2, 3; Sri Lanka 2.

¹⁴⁶ Indien, Kambodscha, Nepal, Pakistan, Papua-Neuguinea, Singapur und Sri Lanka.

¹⁴⁷ Indien, Kambodscha, Nepal und Philippinen.

¹⁴⁸ Siehe in Anhang II: Kasachstan 2, Russische Föderation 2, 3, Tadschikistan 2.

wurde 2003 die Aktionsplattform von Algier über HIV/Aids in der Welt der Arbeit angenommen¹⁴⁹.

295. Von Arbeitgebern und Arbeitnehmern vereinbarte betriebliche Politiken sind zu zahlreich, um sie hier aufzuführen; allerdings stellen die zunehmenden sektorweiten Vereinbarungen ein nützliches Modell dar. Beispielsweise führen in Indien der Nationale Verband indischer Eisenbahner und der Gesamtindische Eisenbahnerbund, die etwa 70 Prozent aller Eisenbahner vertreten, gegenwärtig Gespräche mit der Indischen Eisenbahnbehörde über die Aufnahme von HIV/Aids in den Lehrplan der Ausbildungsstätten für Fahrer und Zugbegleiter bei Einführungs- und Fortbildungskursen. Die Internationale Gesellschaft für Maritime Medizin (IMHA) und die Internationale Transportarbeitergewerkschaft (ITF) hielten auf dem Internationalen Aids-Kongress in Asien und im Pazifischen Raum (19. bis 23. August 2007, Sri Lanka) gemeinsam schriftlich fest, dass HIV kein Grund für Diskriminierung auf See sein darf. Beide Organisationen machten deutlich, dass HIV als Arbeitsplatzproblem ebenso behandelt werden sollte wie jede andere schwere Erkrankung an Bord eines Schiffs, dass HIV keine Bedrohung der öffentlichen Gesundheit in der Schifffahrt und kein Grund für Diskriminierung ist, und dass der HIV-Antikörpertest freiwillig durchgeführt werden sollte.

296. Die Internationale Föderation der Chemie-, Energie- Bergbau- und Fabrikarbeiterverbände (ICEM) und die Bau- und Holzarbeiter Internationale (BHI) haben Rahmenvereinbarungen mit multinationalen Arbeitgebern wie Impregilo, Lafarge, Veidekke, Lukoil und Statoil geschlossen. Die BHI spricht sich in ihrer Musterrahmenvereinbarung dafür aus, dass ein HIV/Aids-Sensibilisierungs- und -präventionsprogramm im Einklang mit dem praxisorientierten Leitfaden der IAO zu HIV/Aids in der Welt der Arbeit bereitgestellt werden soll. Die BHI hat auch mit der Weltbank und der Internationalen Finanz-Corporation eine Vereinbarung geschlossen, um HIV-Präventionsprogramme in allen von der Bank finanzierten Bauprojekten zwingend vorzuschreiben.

Interventionen und Maßnahmen von Arbeitgeberverbänden

297. Arbeitgeberverbänden kommt eine besondere Rolle dabei zu, zur Motivierung und Unterstützung kleinerer, im nationalen Besitz befindlicher und weniger gut ausgestatteter Unternehmen beizutragen. Diese Verbände übernehmen eine Führungsrolle, bieten ihren Mitgliedern Rat, Orientierungshilfe und praktische Unterstützung, und sie fördern die gemeinsame Nutzung von Ressourcen und Partnerschaften zwischen großen und kleineren Unternehmen. Unterstützt werden sie von einem globalen Gremium, der IOE, die sich aktiv dafür einsetzt, dass ihre Mitglieder, 143 nationale Verbände in 137 Ländern, sich aktiv engagieren. Hierzu zählen die folgenden Beispiele:

- Der Arbeitgeberverband von Barbados, der das Arbeitsministerium beim Entwurf eines nationalen betrieblichen Leitfadens unterstützte, fördert Beispiele guter Praxis unter den Mitgliedern, organisiert Ausbildung und stellt Anleitungen wie eine Broschüre für Vorgesetzte und Manager mit dem Titel *HIV/AIDS discrimination in the workplace is wrong*¹⁵⁰ zur Verfügung.
- Der Handel-, Industrie- und Arbeitskräfteverband Botsuanas unterstützte die Einrichtung der Wirtschaftscoalition für HIV/Aids und ist in deren Vorstand vertreten.

¹⁴⁹ Unter: http://www.ilo.org/public/french/region/afpro/algiers/download/region_annexe2.pdf

¹⁵⁰ Siehe auch Arbeitgeberverband von Barbados: *Dealing with AIDS in the workplace: Guidelines für managers and supervisors* (11. Aug. 2007), unter: <http://www.kintera.org/atf/cf/{4AF0E874-E9A0-4D86-BA28-96C3BC31180A}/Barbados%20Employers'20Confederation%20Guidelines.doc>

Beide Gremien veranstalten gemeinsam einen jährlichen Wettbewerb, die Red Ribbon Awards of Business Excellence in HIV/AIDS.

- Der Nationale Industrieverband Brasiliens rief 1996 ein Programm für soziale Dienste mit der Bezeichnung SESI ins Leben, das angepasst wurde, um über HIV aufzuklären und Kondome zu verteilen. Im Rahmen des SESI wurden bisher Ausbilder aus dem Kollegenkreis für 5.000 Unternehmen geschult; insgesamt sind 1,6 Millionen Arbeitskräfte erreicht worden.
- Am Programm des Dachverbandes der Arbeitgeber und der Wirtschaftsverbände Kambodschas sind zwölf Firmen beteiligt, und zwei der größten Firmen – in den Sektoren Bekleidungsherstellung und Bierbrauen – führen für junge weibliche Angestellte Aufklärungsprogramme durch.
- Die Unternehmergruppe Kameruns hilft bei der Umsetzung der betrieblichen Komponenten des Nationalen Strategischen Plans zur Bekämpfung von HIV/Aids und hat Arbeitgeberverbänden in der ganzen Subregion sowie inländischen Unternehmen Orientierungshilfe geboten. Zu den jüngsten Entwicklungen zählt ein Programm zur Weitergabe von Wissen und zur gemeinsamen Nutzung von Ressourcen mit kleinen Unternehmen.
- Der kenianische Arbeitgeberverband veröffentlichte seine ersten Leitlinien für HIV/Aids in der Arbeitsstätte 1994, und 1999 wurde er von der Regierung zur Anlaufstelle für betriebliche HIV/Aids-Interventionen ernannt.
- Der Arbeitgeberverband Thailands räumt der Unterstützung seiner Mitglieder bei der Entwicklung einer nichtdiskriminierenden betrieblichen Politik für HIV/Aids sowie der Bereitstellung von Orientierungshilfe in Bezug auf die Erziehung zur Prävention und den Arbeitsschutz hohe Priorität ein.
- Der Arbeitgeberverband Ugandas hat eines der ältesten HIV/Aids-Programme. Er hat eine Reihe von Materialien, z. B. den Film *It's not easy*, produziert und mehr als 10.000 Ausbilder aus dem Kollegenkreis, nahezu 1.000 Ausbilder und mehr als 300 höhere Führungskräfte geschult.

Interventionen und Maßnahmen von Arbeitnehmervverbänden

298. Gewerkschaften haben aufgrund ihrer Massenmitgliederschaft, ihrer Führungsrolle und ihrem Eintreten für soziale Gerechtigkeit eine entscheidende Rolle zu spielen. Sie vertreten die Interessen der Arbeitnehmer, schützen deren Rechte und stärken deren Fähigkeiten. Der IGB allein umfasst 304 nationale Gewerkschaftszentren, und Global Unions¹⁵¹ hat insgesamt mehr als 200 Millionen Mitglieder. Diese Gremien haben Entschlüsse zu HIV/Aids¹⁵² verabschiedet, individuell Tätigkeiten in die Wege geleitet und gemeinsam das Aids-Programm der Global Unions aufgelegt¹⁵³.

299. Gewerkschaften haben Fragen im Zusammenhang mit Rechten wie Reihenuntersuchungen vor Aufnahme der Beschäftigung, Kontinuität der Beschäftigung HIV-infizierter Personen, Bereitstellung von Leistungen im Krankheitsfall und Leistungen für Angehörige im Todesfall aufgegriffen. In Zentralamerika und in der Karibik hat die

¹⁵¹ Die Global Unions bestehen aus dem IGB, zehn sektorspezifischen internationalen Verbänden und dem Beratenden Gewerkschaftsausschuss bei der OECD.

¹⁵² Siehe <http://congress.icftu.org/displaydocument.asp?Index=991220325&Language=EN>

¹⁵³ Siehe <http://www.global-unions.org/hiv-aids/>

Regionalorganisation ORIT des IGB Gewerkschaften und Aids-Organisationen aus acht Ländern für ein gemeinsames Programm zur Bekämpfung der Stigmatisierung und Diskriminierung bei der Arbeit zusammengebracht. Die Bemühungen galten vor allem auch der Sensibilisierung und Erziehung zur Prävention; flankiert wurden sie durch die Ausbildung von Gewerkschaftsfunktionären und -aktivisten als Ansprechpartner für Aids, Ausbilder aus dem Kollegenkreis und Ausbilder. So führt beispielsweise die afrikanische Regionalorganisation des IGB in neun Ländern ein Programm zur Ausbildung gewerkschaftlicher Vertrauensleute als Ausbilder aus dem Kollegenkreis durch. Es wird zunehmend Gewicht auf Zugang zu Pflege und Behandlung gelegt, und die Gewerkschaften leisten Unterstützung beim Aufbau von Kliniken (Südafrika), setzen sich für die Bereitstellung einer antiretroviralen Behandlung ein, fördern freiwillige vertrauliche Beratungen und Untersuchungen, richten spezielle Anlaufstellen („Drop-in-centers“) an Transportstraßen ein, richten Solidaritätsfonds und Krankenversicherungssysteme ein und führen Kampagnen gegen sexuelle Gewalt¹⁵⁴ durch. Gewerkschaftsführer haben oft Ansehen und Einfluss im Gemeinwesen über ihre formelle Mitgliedschaft hinaus, und als die Generalsekretäre der beiden nationalen Gewerkschaftszentren in Swasiland öffentlich HIV-Tests machen ließen, war dies ein bedeutendes Medienereignis.

300. An der Tatsache, dass Wirtschaft und Gewerkschaften gezeigt haben, dass sie sich über das Ausmaß der Epidemie und die Bedeutung des Arbeitsplatzes als Aktionszentrum im Klaren sind, lässt sich der Wert von Kollektivverhandlungen als Instrument ablesen. In dem diesem Bericht beigefügten Fragebogen wird die Frage gestellt, ob die Mitgliedsgruppen der Auffassung sind, die nach der vorgeschlagenen Empfehlung zu ergreifenden Maßnahmen sollten Arbeitgebern und Arbeitnehmern die Verantwortung für die Aufnahme dieses Themas in Kollektivverhandlungen zuweisen.

301. Es gibt eine Reihe von Beispielen für Tätigkeiten der Global Union-Verbände: die BHI führt gegenwärtig in Simbabwe und Swasiland ein Projekt zur Unterstützung weiblicher Arbeitskräfte bei der Verteidigung ihrer Rechte in sexuellen Beziehungen durch. Die Internationale der öffentlichen Dienste (IÖD) arbeitet derzeit mit der WHO, der IAO und UNAIDS zusammen, um den Zugang zur Behandlung zu verbessern und die gemeinsamen IAA/WHO-Richtlinien für HIV/Aids für Gesundheitsdienste anzuwenden. Die Vereinigung der Arbeitnehmer in der Landwirtschaft, in der Nahrungsmittelindustrie und im Gaststättengewerbe (IUF) hat gemeinsam mit lokalen Frauengruppen in Uganda Kliniken auf Plantagen aufgebaut, in denen Arbeitnehmer Zugang zu freiwilligen Beratungen und Untersuchungen sowie zu Familienplanung haben können. Die Bildungs-Internationale leitete 2001 ein Programm für die Ausbildung von Lehrern in HIV/Aids-Prävention in Schulen in die Wege; das Programm wird gegenwärtig mit Unterstützung der WHO und des Zentrums für die Förderung der Bildung (EDC) in zehn englisch- und sieben französischsprachigen Ländern (die, von zwei Ausnahmen abgesehen, alle in Afrika liegen) durchgeführt. Die Internationale Journalisten-Föderation (IFJ) führt derzeit ein über 18 Monate laufendes Programm zur Verbesserung der Berichterstattung über HIV/ Aids durch; das Projekt richtet sich an IFJ-Mitglieder in Indien, Kambodscha, Nigeria, den Philippinen, Sambia und Südafrika. Die Internationale Transportarbeiter-Gewerkschaft schließt HIV/Aids in Bildungs- und grundsatzpolitische Entwicklungsarbeit für alle ihre Sektoren ein, wobei in Afrika und Südasien spezielle Projekte für den Straßentransport durchgeführt werden; sie hat Forschungen über Risiko und Verletzlichkeit durchgeführt und dabei geholfen, im südlichen Afrika und in der Region der großen Seen Kliniken am Straßenrand einzurichten. Der ITF-Seafarers' Trust hat fast eine

¹⁵⁴ Global Unions/ILO/UNAIDS: *Global Reach: How trade unions are responding to HIV/AIDS: Case studies of union action*, UNAIDS Best Practice Collection, Juli 2006, unter: http://data.unaids.org/Publications/IRC-pub07/JC1276-GlobalReach_en.pdf

Million US-Dollar in ein dreijähriges Programm für Gesundheitsinformationen für Seeleute (SHIP) investiert, das vom Internationalen Ausschuss für das Wohl der Seeleute durchgeführt wird. Das SHIP befasst sich mit HIV/Aids, der körperlichen Leistungsfähigkeit, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Ernährung, Fettsucht und Malaria.

302. Auch einzelne Gewerkschaften auf nationaler Ebene ergreifen wichtige Schritte in diesem Bereich. Viele Initiativen sind das Ergebnis von Solidaritätsprogrammen der Gewerkschaften verschiedener Regionen, beispielsweise das Programm des norwegischen Nationalzentrums und der IGB-AFRO. Zu Beispielen gewerkschaftlicher Tätigkeiten zählt Folgendes ¹⁵⁵:

- Die Einheitsgewerkschaftszentrale der Arbeitnehmer (CUT) in Brasilien hat einen Nationalen Ausschuss für die Aids-Prävention eingesetzt, der sich aus Gewerkschaften und Organisationen der Zivilgesellschaft zusammensetzt. Er fördert die HIV-Prävention, strebt die Verbesserung der Lebensqualität von Arbeitskräften mit HIV an und verteidigt ihre grundlegenden Rechte.
- Die Guatemaltekeische Gewerkschaft der Arbeitnehmer im Gesundheitswesen ANTRASPG/SNTSG führt für gewerkschaftlich organisierte und nichtorganisierte Arbeitnehmer aus verschiedenen Sektoren, z. B. Gesundheitsversorgung und Landwirtschaft, und der informellen Wirtschaft präventive Aufklärungstätigkeiten durch.
- Der Gesamtarbeitsvertrag der Union der Hafentarbeiter Kenias enthält Bestimmungen über HIV/Aids. In diesem Vertrag wird eine Diskriminierung aufgrund von HIV verboten und vorgesehen, dass gewerkschaftliche Vertrauensleute eine von den Arbeitgebern finanzierte HIV/Aids-Schulung erhalten.
- Der Gewerkschaftskongress der Philippinen (TUCP) bemüht sich zu gewährleisten, dass die Rechte der Arbeitnehmer im Einklang mit der innerstaatlichen Gesetzgebung, beispielsweise dem Gesetz über die HIV/ Aids-Prävention und -Bekämpfung von 1998, geachtet werden. Eine Reihe von Firmen unterstützt das Programm durch bezahlte Freistellung ihrer Mitarbeiter zur Teilnahme an HIV/ Aids-Seminaren, die Finanzierung von Aufklärungstätigkeiten und die kostenlose Bereitstellung von firmeneigenen Schulungsräumen. Der TUCP führt auch seit längerer Zeit ein Programm für die sexuelle und reproduktive Gesundheit durch, in dem HIV/Aids ausführlich behandelt wird, und ist im nationalen Aids-Ausschuss vertreten.
- Union Aid Abroad (Australien) unterstützt die Aids-Programme einer Reihe von Gewerkschaften in Südostasien und im südlichen Afrika, darunter Lehrgänge der kambodschanischen Union der Prostituierten, die Sexarbeiterinnen Fähigkeiten für eine alternative Lohnarbeit vermitteln. Die kambodschanischen Gewerkschaften waren auch intensiv an der Ausarbeitung der nationalen betrieblichen Politik für HIV/Aids beteiligt.
- Die Südafrikanische Gewerkschaft der Bekleidungs- und Textilarbeiter (SACTWU) führt seit 1998 ein umfangreiches dreistufiges HIV/Aids-Programm durch. Im Mittelpunkt von Stufe 1 standen Sensibilisierung und Aufklärung, auf Stufe 2 wurden Untersuchungen und Beratungen, Zugang zu Behandlung und häuslicher Pflege geboten, und auf Stufe 3 wurden komplette HIV/Aids-Kliniken eingerichtet, die Beratungsdienste, Untersuchungen, Behandlungen und psychosoziale Unterstützung anbieten. Außerdem gibt es ein Hospiz für die unheilbar

¹⁵⁵ Ebd.

Kranken, ein Waisenhaus und einen Rechtsberatungsdienst. Zielgruppen des Ausbildungsprogramms sind alle Ebenen, von der oberen Führungs- und Managementebene bis hin zu gewerkschaftlichen Vertrauensleuten und Arbeitnehmern allgemein. In der Gewerkschaft gibt es ferner eine Unterstützungsgruppe für HIV-positive Arbeitnehmer, und sie hat ein Programm zur Schaffung von Einkommen aufgelegt. Für die beiden ländlichen Einrichtungen für freiwillige Beratungen und Untersuchungen und Behandlungszentren sowie das einkommenschaffende Projekt für freigesetzte Arbeitnehmer sind Beziehungen zur Gemeinschaft eine Priorität.

- Der AFL-CIO und das von seinem Solidarity Center durchgeführte HIV/Aids-Programm in Südafrika agierten gemeinsam mit den IGB-Mitgliedern COSATU, NACTU und FEDUSA. Das Programm wird gegenwärtig auf andere Länder der Region ausgeweitet.
- UNISON, die britische Gewerkschaft des öffentlichen Dienstes, koordiniert Partnerschaften zur Unterstützung der HIV/Aids-Programme von Gewerkschaften im südlichen Afrika, und ihr Internationaler Fonds für Gewerkschaftsentwicklung trägt zur Entwicklung der HIV/Aids-Arbeit einer Reihe von Gewerkschaften für den öffentlichen Dienst im südlichen Afrika und in Bangladesch bei. Sie arbeitet ferner mit der Stop AIDS Campaign (Vereinigtes Königreich) zusammen, was Beratungen und Kampagnen in den Bereichen universeller Zugang, Arbeitsmigration im Gesundheitssektor und die Beteiligung von Gewerkschaften an der Entwicklung und an vom Ministerium für internationale Entwicklung unterstützten HIV/Aids-Programmen betrifft.
- Der Gewerkschaftskongress von Simbabwe entwickelte Ende der neunziger Jahre ein bahnbrechendes Projekt über HIV-Aufklärung und Verhaltensänderung für Paare.
- Im August 2007 unterzeichnete die Zentrale Organisation der Gewerkschaften Indiens, die den Gesamtindischen Gewerkschaftskongress (AITUC), das Zentrum der Indischen Gewerkschaften (CITU), den Nationalen Kongress der Indischen Gewerkschaften (INTUC), Bharatiya Mazdoor Sangh (BMS) und Hind Mazdoor Sabha (HMS) umfasst, eine gemeinsame Verpflichtungserklärung zu HIV/Aids auf der Grundlage des praxisorientierten Leitfadens der IAO.

Kapitel IV

Überlegungen zur vorgeschlagenen Empfehlung

303. Aufgrund des in den vorstehenden Kapiteln aufgeführten umfangreichen Materials und der komplexen Wechselbeziehungen zwischen Politiken und Umständen lässt sich nur schwer bestimmen, was in der vorgeschlagenen Empfehlung im Einzelnen aufgeführt werden soll.

Entwicklungen seit Annahme des Leitfadens der IAO

304. Wie in den vorstehenden Kapiteln dargestellt, haben sich selbst in der kurzen Zeit seit Annahme des Leitfadens eine Reihe von Entwicklungen vollzogen.

305. Erstens hat sich die Epidemie – wie in den Statistiken in Kapitel I dieses Berichts dargestellt – weiter ausgebreitet, und in einigen Fällen hat die Geschwindigkeit der Ausbreitung zugenommen. Außerdem hat sie sich in einigen Regionen, z. B. in Asien und Osteuropa, ausgebreitet, die 2001 noch kaum betroffen waren, bei denen jedoch heute vieles dafür spricht, dass sie bedeutende Schwerpunkte künftiger Infektionen sein werden. Die Infektion hat sich gleichzeitig über die besonderen Hochrisikogruppen hinaus ausgebreitet und erfolgt jetzt weitgehend durch heterosexuelle Beziehungen, auch in Ländern und Teilen der Bevölkerung, die ihr Risiko vorher als sehr gering einschätzten. Dies verdeutlicht das globale Wesen der Bedrohung und die Notwendigkeit, dass alle Teile der Welt voneinander lernen, wie am besten mit HIV/Aids umzugehen ist.

306. Andererseits bedeutet die Entwicklung erschwinglicher und effektiver Behandlungsmethoden in Verbindung mit einer stärkeren Betonung von Prävention und verbesserten Überwachungsmethoden, dass jetzt Lösungen zur Verfügung stehen, die es 2001 noch nicht gab. Dies kann Folgen für die Reaktionen von Regierungen, Arbeitgebern und Arbeitnehmern haben.

307. Abgesehen von diesen Entwicklungen muss man berücksichtigen, dass in einigen Ländern das nationale Gesundheitssystem und andere Mechanismen unter dem Gewicht der Epidemie zusammengebrochen sind. In einigen Fällen gibt es praktisch keine Reaktion auf Ebene des öffentlichen Sektors. Gleichzeitig haben die Mitgliedsgruppen der IAO gelegentlich Antworten gefunden, die vor einigen Jahren noch nicht zur Verfügung standen.

308. Viele Unternehmen – multinationale Unternehmen ebenso wie örtliche Arbeitgeber – haben die Initiative ergriffen, um das Versagen der öffentlichen Systeme zu kompensieren. Sie bieten Prävention, Schutz und Behandlung, und sie unterstützen ihre eigenen Beschäftigten und deren Familien. Dies haben einzelne Unternehmen ebenso getan wie Zusammenschlüsse von Arbeitgebern, die gemeinsame Bemühungen unternehmen. Doch abgesehen von humanitären Erwägungen und der Bereitschaft, ihrer sozialen Ver-

antwortung nachzukommen, hatten sie auch gute Gründe dafür, da sie sicherstellen wollen, dass sie auch in Zukunft über die benötigten Arbeitskräfte verfügen.

309. Andererseits haben Teile der Geschäftswelt die Unterstützung von Arbeitnehmern und deren Familien bei einer HIV-Infektion eingeschränkt oder zurückgezogen. Versicherungsunternehmen haben im öffentlichen und privaten Sektor oft vor und während der Beschäftigung Reihenuntersuchungen verlangt und darauf bestanden, dass Infizierte nicht beschäftigt oder aus der Belegschaft oder dem Schutz der allen anderen Arbeitnehmern zur Verfügung stehenden Gesundheitsversicherung ausgeschlossen werden.

Form und Inhalt der Empfehlung

Mögliche Ansätze

310. Die Grundsätze und der größte Teil der im Leitfaden gebotenen Orientierung sind nach wie vor gültig. Der Leitfaden hat seine Nützlichkeit in vielen Ländern der Welt unter Beweis gestellt und der IAO geholfen, ihre eigenen Prioritäten festzulegen. In bestimmten Fällen z. B. wenn Regierungen darauf bestehen, potenzielle Migranten zu testen und infizierten Arbeitsmigranten die Einreise zu verweigern, blieb der Leitfaden wirkungslos, da seine Grundsätze nicht angewandt wurden. Es könnte möglich sein, diese Grundsätze in der Empfehlung zu stärken. Der Leitfaden sollte daher intakt bleiben, während sich die Empfehlung darauf konzentrieren sollte, seine wesentlichen Grundsätze zu verkörpern und aufzuzeigen, wie er möglichst effektiv umgesetzt werden kann.

311. Was Form und Inhalt der vorgeschlagenen Empfehlung betrifft, so stehen verschiedene Optionen zur Verfügung.

312. Eine Option würde für die gegenwärtige Diskussion in dem Vorschlag bestehen, den Leitfaden einfach in eine Empfehlung umzuwandeln. Dies hätte den Vorteil, dass man auf einen bereits vorhandenen Text zurückgreifen könnte und lediglich der Status des Leitfadens auf Ebene eines Instruments angehoben würde, das von der Internationalen Arbeitskonferenz angenommen wird. Der große Detailreichtum des Leitfadens wäre jedoch für die Form einer Empfehlung nicht sehr geeignet, und daher hat das Amt diese Option bei der Abfassung des Fragebogens nicht weiter verfolgt. Außerdem hätte so die Konferenz keine Gelegenheit zu erörtern, ob Bestimmungen des Leitfadens erweitert oder neue Entwicklungen berücksichtigt werden sollten, ohne das vom Leitfaden gewährte Schutzniveau abzusenken.

313. Eine zweite Option wäre der Vorschlag, im Licht der Entwicklungen seit 2001 eine völlig neue Urkunde auszuarbeiten und den Leitfaden dabei als Ausgangspunkt zu verwenden. Diese Option erscheint jedoch ebenfalls nicht wünschenswert, zum Teil deswegen, weil dadurch die fortdauernde Gültigkeit des Leitfadens selbst in Frage gestellt würde.

314. Die im Fragebogen gewählte Option geht davon aus, dass der Fragebogen – und die Empfehlung –, vorbehaltlich der Stellungnahmen der Mitgliedsgruppen der IAO, auf den wichtigsten Grundsätzen des Leitfadens beruhen sollten und vorgeschlagen wird, den Leitfaden der Empfehlung im Anhang beizufügen. Die Empfehlung wäre so fest im Leitfaden verankert. Sollte es Bestimmungen des Leitfadens geben, zu denen sich die Denkweise auf internationaler Ebene weiterentwickelt hat, oder sollte es Gegenstände geben, die bei Annahme des Leitfadens 2001 nicht ausreichend berücksichtigt und integriert wurden, so würde diese Vorgehensweise gleichzeitig ermöglichen, die Konzepte

des Leitfadens nach gründlicher Überlegung neu zu formulieren oder weitere Gegenstände hinzuzufügen.

315. Bei der Entscheidung für diese Vorgehensweise ist das Amt überzeugt, dass der Verwaltungsrat und die Mitgliedsgruppen nicht daran interessiert sind, den Leitfaden in Frage zu stellen oder das von ihm gebotene Schutzniveau und die darin enthaltenen Leitlinien einzuschränken. Der Fragebogen geht daher von der Überlegung aus, dass der Leitfaden eine Mindestnorm darstellt, die in der Empfehlung verbessert werden sollte.

Präambel

316. Die Präambel einer internationalen Arbeitsnorm enthält normalerweise eine Reihe von Erwägungen, die für den behandelten Gegenstand relevant, jedoch nicht Teil der operativen Bestimmungen sind. Die Präambel gibt den Rahmen für das Instrument selbst vor.

317. Im Fragebogen werden die Mitgliedsgruppen der IAO zu verschiedenen Gegenständen befragt, die in der Präambel aufgeführt werden könnten.

318. Die Präambel könnte auf die Auswirkungen der Epidemie auf Arbeitnehmer und Arbeitsstätten, auf die kritische Situation der Welt der Arbeit in Anbetracht der HIV/Aids-Epidemie und auf die sozioökonomischen Auswirkungen der Epidemie verweisen. Sie könnte auch einen Verweis auf den Leitfaden enthalten.

319. Die Präambel könnte auch auf vorhandenes Völkerrecht hinweisen, das für HIV/Aids in der Arbeitsstätte relevant ist, z. B. Normen der IAO und von anderen internationalen Organisationen angenommenen Normen.

320. Es sollte auf die wichtige Rolle der Arbeitsstätte als einem zentralen Ort für Information, Prävention, Hilfe und Behandlung hingewiesen werden.

321. Es ist klar, dass auch die Notwendigkeit der Teilnahme am sozialen Dialog und die Rollen der Arbeitgeber- und Arbeitnehmerverbände in der Präambel aufgeführt werden sollten.

322. Außerdem sollte erwähnt werden, wie wertvoll die Zusammenarbeit ist mit anderen zwischenstaatlichen Organisationen, z. B. den IAO-Ko-Sponsoren von UNAIDS, und mit nichtstaatlichen Organisationen, die auf nationaler und internationaler Ebene, tätig sind.

Geltungsbereich

323. Der Leitfaden und zahlreiche innerstaatliche Rechtsvorschriften und Politiken beziehen sich auf alle Teile der Bevölkerung eines Landes, so auch auf alle Arbeitnehmer und die Mitglieder ihrer Familien. Sie beziehen sich auch auf alle Arbeitsstätten. Da der Sinn einer Empfehlung darin besteht, eine Orientierungshilfe zu geben und Beispiele aufzuführen, und sie direkt keine materiellen Verpflichtungen schafft, gibt es keinen offensichtlichen Grund, ihren Geltungsbereich einzuschränken. Im Fragebogen werden die Mitgliedsgruppen daher gefragt, ob sie der Auffassung zustimmen, dass die Urkunde auf alle Arbeitnehmer und alle Unternehmen, auch in der informellen Wirtschaft, anwendbar sein sollte.

Innerstaatliche Politik

324. Der Fragebogen ist in Abschnitte unterteilt, darunter ein Abschnitt über die innerstaatliche Politik. Dieser Abschnitt beginnt mit Fragen dazu, ob Regierungen in Absprache mit Sozialpartnern und anderen eine innerstaatliche Politik zu HIV/Aids von

der Art annehmen sollten, die im Leitfaden vorgesehen ist. Bei der Untersuchung des Inhalts einer solchen Politik spricht der Fragebogen Bereiche an, die Regierungen und andere aufnehmen könnten, um ihr eigenes Handeln daran auszurichten. Es versteht sich von selbst, dass die Fragen sehr allgemein formuliert sind, und die auf nationaler Ebene angenommene Politik müsste an die innerstaatliche Situation angepasst werden. Die breite Reichweite der Fragen trägt der Tatsache Rechnung, dass – wie bereits gezeigt wurde – zwar fast alle Regierungen eine bestimmte Politik zu HIV/Aids angenommen haben, diese jedoch in vielen Fällen nur einen Teil der Fragen abdeckt, die beim Umgang mit der Epidemie relevant sind.

325. Die Frage der Integration in die weitere innerstaatliche Gesundheits- und Sozialpolitik ist von überragender Bedeutung. Arbeitgeber und Arbeitnehmer können nicht isoliert handeln, und Programme für Arbeitsstätten sollten zu nationalen Antworten beitragen und Vorteile daraus ziehen. Die Gesundheitsversorgung in der Arbeitsstätte sollte innerstaatliche Gesundheitsversorgungssysteme ergänzen und stärken, auch im Zusammenhang mit anderen Erkrankungen, z. B. Tuberkulose und Malaria.

326. Im Abschnitt „Allgemeine Grundsätze“, der sich auf den entsprechenden Abschnitt im Leitfaden der IAO stützt, werden verschiedene Überlegungen aufgeführt. Betont werden bestimmte Punkte, z. B. Antworten auf HIV/Aids zu geben, die im Einklang mit Politiken stehen, die zur Durchführung anderer Normen der IAO angenommen wurden, z. B. in Bezug auf Menschenrechte und Arbeitsschutz.

327. Die Pflicht der Regierungen, einen sozialen Dialog zu dieser Frage zu fördern und zu erleichtern, ist äußerst wichtig. Hier sollte bei Fragen im Zusammenhang mit der Arbeitsstätte der Schwerpunkt bei Arbeitgeber- und Arbeitnehmerverbänden liegen. Außerdem ist es wichtig, Organisationen von Menschen, die mit HIV/Aids leben oder davon betroffen sind, einzubeziehen.

328. Präventionsmaßnahmen und die Rolle öffentlicher Dienste werden herausgestellt. Nur zu oft mussten Betriebe Lasten übernehmen, die ihnen durch den Zusammenbruch oder die Unzulänglichkeit staatlicher Gesundheitsdienste und die fortdauernde Unzulänglichkeit der nationalen Arbeitsaufsichtsämter, der Arbeitsgerichtssysteme und anderer Institutionen in vielen Ländern auferlegt wurden.

329. In diesem Abschnitt werden auch die besonderen Bedürfnisse verschiedener Gruppen von Arbeitnehmern und ihrer Familien hervorgehoben, z. B. Schutz auf Grundlage des Geschlechts und der Schutz von Migranten, Kindern und Jugendlichen.

Arbeitgeber und Arbeitnehmer

330. Arbeitgeber und Arbeitnehmer haben eigene spezifische Rechte und Pflichten. Eine der Erwägungen, die im Fragebogen zum Ausdruck kommt, ist die Tatsache, dass Arbeitsstätten für die Verwirklichung eines universellen Zugangs von zentraler Bedeutung sind, und dies hat Konsequenzen für Arbeitgeber und Arbeitnehmer sowie für ihre Verbände. Unter anderem haben beide die Pflicht, diese Fragen in Grundsatzstrategien für die Arbeitsstätte und in Gesamtarbeitsverträgen zu behandeln.

Folgemaßnahmen zur Empfehlung

331. Eine der beim Leitfaden festgestellten Schwächen und einer der Gründe, warum es wünschenswert ist, die Empfehlung anzunehmen, ist die Tatsache, dass der Leitfaden keinen Mechanismus für Folgemaßnahmen auf nationaler oder internationaler Ebene enthält. Es ist eine grundlegende Lehre aus den Erfahrungen der IAO, dass Folgemaßnahmen zu einer internationalen Urkunde die Chancen ihrer Umsetzung verbessern.

332. Auf internationaler Ebene kann dies in einem Kontext einer Aufsicht als Folge der nach einem Übereinkommen oder der Verfassung der IAO eingegangenen Verpflichtungen geschehen; alternativ kann es in einem stärker auf Förderung ausgerichteten Kontext geschehen nach den Bestimmungen von Artikel 19 der Verfassung, entweder durch die Aufforderung zu allgemeinen Erhebungen, die vom Sachverständigenausschuss für die Durchführung der Übereinkommen und Empfehlungen durchzuführen sind, oder im Rahmen der Erklärung der grundlegenden Prinzipien und Rechte bei der Arbeit.

333. Die einer Empfehlung innewohnenden Möglichkeiten wurden im Bericht über die Stärkung der Fähigkeit der IAO, der der 96. Tagung der Internationalen Arbeitskonferenz im Jahr 2007 vorgelegt wurde, wie folgt umrissen:

163. Für eine Empfehlung sind diese Konsequenzen in der Verfassung definiert. Diese betreffen ihren Folgeprozess, in Bezug auf welchen für Empfehlungen grundsätzlich Artikel 19 der Verfassung gilt. Obwohl Empfehlungen nicht verbindlich sind, erlegen sie allen Mitgliedern dennoch eine zweifache Verpflichtung auf: erstens eine Verpflichtung, die Empfehlung der zuständigen Stelle vorzulegen (19.6 b)), die den Weg für eine „Verwirklichung“ ihres Inhalts im nationalen Recht ebnet, und zweitens die „verbleibende“ Verpflichtung gemäß Artikel 19.6 d), wonach Mitglieder grundsätzlich von Zeit zu Zeit auf Ersuchen des Verwaltungsrats reagieren und angeben müssen, „in welchem Umfang den Bestimmungen der Empfehlung entsprochen wurde oder entsprochen werden soll“¹.

334. In einer Fußnote² zu diesem Teil des Berichts wurde hinzugefügt, dass „auch daran erinnert werden (sollte), dass bei einem normensetzenden Instrument, selbst wenn es wie eine Empfehlung nicht verbindlich ist, gleichwohl die Durchführung einer ‚externen Fachprüfung‘ möglich und bei einer Empfehlung sogar eine natürliche Folgemaßnahme ist“.

335. In dieser Phase wäre es verfrüht, im Detail zu untersuchen, welcher Mechanismus angewandt werden könnte, einige Hinweise könnten zur Orientierung der Diskussion jedoch hilfreich sein. Artikel 19 der Verfassung wurde traditionell genutzt, um Berichte anzufordern, die zur Ausarbeitung einer allgemeinen Erhebung durch den Sachverständigenausschuss führen. In jüngster Zeit wurde er genutzt, um jährliche Berichte im Rahmen der Erklärung anzufordern. Vor Annahme der Erklärung wurde auf Artikel 19 Bezug genommen, um periodische Berichte zum Übereinkommen (Nr. 111) über die Diskriminierung (Beschäftigung und Beruf), 1958, und in einer späteren Entwicklung periodische Berichte zu sechs weiteren, grundlegende Rechte betreffenden Übereinkommen anzufordern³. Zwar könnte auf jeden dieser beiden Fälle auf der Grundlage eines Präzedenzfalls verwiesen werden, der Wortlaut von Artikel 19 (6) d) schreibt jedoch keine bestimmte Methodologie oder zeitliche Abfolge vor. Es heißt dort:

d) abgesehen von der Verpflichtung, die Empfehlung der zuständigen Stelle oder den zuständigen Stellen vorzulegen, hat das Mitglied keine weitere Verpflichtung, als den Generaldirektor des Internationalen Arbeitsamtes in angemessenen, vom Verwaltungsrat festzusetzenden Zeitabständen über den Stand seiner Gesetzgebung und über seine Praxis bezüglich der Frage zu berichten, die den Gegenstand der Empfehlung bilden. Dabei gibt es näher an, in welchem Umfang den Bestimmungen der Empfehlung entsprochen wurde oder entsprochen werden soll, wobei es die Abänderungen dieser Bestimmungen bezeichnet, die notwendig erscheinen oder erscheinen können, um die Annahme oder Anwendung der Bestimmungen zu ermöglichen.

¹ IAA: *Stärkung der Fähigkeit der IAO, die Bemühungen ihrer Mitglieder zur Verwirklichung ihrer Ziele im Kontext der Globalisierung zu unterstützen*, IAA, 96. Tagung, Genf, 2007, Abs. 163, unter: www.ilo.org/public/german/standards/relm/ilc/ilc96/pdf/rep-v.pdf

² A.a.O., Fußn. 11, S. 50.

³ Dieses Verfahren wurde vor seinem Inkrafttreten ersetzt durch das Verfahren im Rahmen der Erklärung.

336. Wie bereits erklärt, werden solche Berichte normalerweise vom Sachverständigenausschuss oder den sachverständigen Beratern für die Erklärung untersucht. Sie könnten jedoch auch von anderen Gremien – z. B. einem Ausschuss des Verwaltungsrats – oder im Rahmen eines anderen Ad-hoc-Verfahrens untersucht werden. Auf dieser Grundlage könnte die Konferenz erörtern, ob eine Bestimmung über die Berichterstattung zur Empfehlung, in regelmäßigen Abständen oder auf Anforderung des Verwaltungsrats, in die Empfehlung aufgenommen werden sollte, und wenn eine regelmäßige Berichterstattung verlangt wird, in welchen Abständen und mit welchem Folgemechanismus.

337. Was die nationale Ebene betrifft, so ist aus Kapitel III ersichtlich, dass unter den Mitgliedern der IAO sehr große Unterschiede in Bezug darauf bestehen, ob und wie sie die Umsetzung des Leitfadens oder verwandter Maßnahmen zur Bekämpfung und Behandlung von HIV/Aids in der Arbeitsstätte überprüfen. Außerdem ist es möglich, dass die auf nationaler Ebene vorhandenen Überprüfungen in einem koordinierten oder anderen integrativen Gremium stattfinden oder dass dies in Bezug auf einzelne Bereiche von unterschiedlichen Gremien mit unterschiedlichen Mandaten und zeitlicher Abfolge durchgeführt wird.

338. Daher wird als wertvolle Ergänzung der Empfehlung eine Bestimmung zu Folge- und Überprüfungsmaßnahmen auf nationaler Ebene vorgeschlagen. Sollte beschlossen werden, eine solche Bestimmung aufzunehmen, könnte sich die vorliegende Empfehlung am Beispiel anderer Urkunden der IAO orientieren, die koordinierende Gremien vorsehen und Vorschläge zu deren Zusammensetzung und Funktionsweise enthalten, die diesbezüglichen Einzelheiten jedoch Entscheidungen auf innerstaatlicher Ebene überlassen.

339. Im Rahmen dieser Grenzen könnte die Empfehlung vorsehen, koordinierte Folgemaßnahmen zur Durchführung des Leitfadens oder anderer in Bezug auf HIV in der Arbeitsstätte ergriffener Maßnahmen festzulegen.

340. Dabei könnte es sich um ein einziges innerstaatliches Gremium, das alle Maßnahmen koordiniert, oder stärker zweckbestimmte Organe handeln, die Maßnahmen zu unterschiedlichen Aspekten ergreifen, z. B. ein spezielles Aufsichtsgremium für Maßnahmen im Zusammenhang mit der Arbeitsstätte. Auf jeden Fall sollten Informationen über alle derartige Bemühungen auf innerstaatlicher Ebene gesammelt und periodisch überprüft werden, und es sollte vorgesehen werden, dass sich an diese Überprüfung Handlungsempfehlungen anschließen, um Lücken zu schließen oder auf Entwicklungen zu reagieren. Im Einklang mit auf nationaler Ebene zu treffenden Bestimmungen könnte das Gremium befugt sein, Maßnahmen zu empfehlen oder anzuordnen.

341. Einem Gremium, das Überprüfungen von Maßnahmen, die die Arbeitsstätte betreffen, durchführt, sollten das für Arbeitministerium oder die dafür zuständige Behörde und Vertreter der Arbeitgeber und Arbeitnehmer angehören, die im Rahmen eines Verfahrens ernannt werden, das sicherstellt, dass sie auf gleichberechtigter Grundlage vertreten sind. Außerdem könnten ihm andere in Frage kommende Ministerien angehören, z. B. die für Gesundheit oder Planungs- oder Entwicklungsfragen zuständigen Ministerien oder andere, und ihm sollten Vertreter von Personen angehören, die mit HIV/Aids leben oder davon betroffen sind. Außerdem könnte es sinnvoll sein, andere an der Frage interessierte Organisationen der Zivilgesellschaft einzubeziehen, wie es beispielsweise im Übereinkommen (Nr. 144) über dreigliedrige Beratungen (internationale Arbeitsnormen), 1976, vorgesehen ist.

342. Schließlich wird in diesem Teil des Fragebogens die Frage einer fortgesetzten Zusammenarbeit mit anderen zwischenstaatlichen Organisationen, insbesondere den Ko-Sponsoren der IAO in UNAIDS aufgeworfen.

Fragebogen

Auf seiner 298. Tagung im März 2007 ersuchte der Verwaltungsrat das Amt, im Hinblick auf die Annahme einer eigenständigen Empfehlung nach dem Verfahren der zweimaligen Beratung die Frage HIV/Aids und die Welt der Arbeit auf die Tagesordnung der 98. Tagung (2009) der Internationalen Arbeitskonferenz zu setzen.

Die Annahme einer internationalen Arbeitsnorm in Form einer eigenständigen Empfehlung zu diesem Thema wurde als notwendig erachtet, um die Aufmerksamkeit zu stärken, die dieser Frage auf nationaler und internationaler Ebene geschenkt wird, das vereinte Handeln der Hauptakteure im Bereich von HIV/Aids zu fördern, die Durchschlagskraft des praxisorientierten Leitfadens der IAO zu HIV/Aids in der Welt der Arbeit (2001), nachfolgend als praxisorientierter Leitfaden oder Leitfaden der IAO bezeichnet, und anderer Maßnahmen zu stärken und die seit 2001 eingetretenen Entwicklungen zu überprüfen.

Zweck des Fragebogens ist es, die nach Beratung mit den maßgebenden repräsentativen Verbänden der Arbeitgeber und der Arbeitnehmer von den Mitgliedstaaten zu Geltungsbereich und Inhalt der vorgeschlagenen Urkunde vertretenen Auffassungen einzuholen.

Angesichts der großen Reichweite des Themas wäre es wünschenswert, wenn Arbeitsministerien vor der Ausarbeitung ihrer Antworten andere in Frage kommende innerstaatliche Ministerien und Institutionen, die sich mit HIV/Aids befassen, konsultieren, z. B. die Ministerien für soziale Angelegenheiten, Gesundheit, Bildung, Justiz, Gleichstellung, Jugend, Finanzen und Planung. Außerdem könnte es wünschenswert sein, andere einschlägige Organisationen zu konsultieren, z. B. die Organisationen der mit HIV/Aids lebenden Menschen und andere, die mit ihnen arbeiten.

Bei Ausarbeitung des Fragebogens wurden Informationen berücksichtigt, die der IAO aufgrund ihrer Tätigkeit zu HIV/Aids und verwandten Fragen zur Verfügung stehen, so auch aufgrund ihrer Eigenschaft als Co-Sponsor des Gemeinsamen Programms der Vereinten Nationen für HIV/Aids (UNAIDS), sowie Informationen, die von Regierungen und Sozialpartnern im Rahmen der Berichterstattung zu einschlägigen internationalen Übereinkommen nach Artikel 22 der Verfassung der IAO übermittelt wurden. Ferner wurden Informationen berücksichtigt, die anderen zwischenstaatlichen Organisationen zur Verfügung stehen, mit denen die IAO zusammenarbeitet.

Form der Urkunde

1. *Sollte die Internationale Arbeitskonferenz eine Urkunde zu HIV/Aids in der Welt der Arbeit annehmen?*

Ja Nein

Kommentare:

2. *Sollte die Urkunde die Form einer Empfehlung annehmen?*

Ja Nein

Kommentare:

Präambel

3. *Sollte die Urkunde eine Präambel enthalten, in der Bezug genommen wird auf:*

a) *die Auswirkungen der HIV-Epidemie auf Arbeitnehmer und ihre Familien sowie auf Unternehmen;*

Ja Nein

Kommentare:

b) *die Diskriminierung, der von HIV betroffene Personen ausgesetzt sind;*

Ja Nein

Kommentare:

c) *die sozioökonomischen Auswirkungen der HIV-Epidemie auf die Welt der Arbeit und die Gesellschaft insgesamt;*

Ja Nein

Kommentare:

d) *die Auswirkungen von HIV/Aids in Bezug auf die Verwirklichung menschenwürdiger Arbeit;*

Ja Nein

Kommentare:

e) *die Verbindungen zwischen HIV/Aids, Armut und nachhaltiger Entwicklung;*

Ja Nein

Kommentare:

f) *die Tatsache, dass mehr Frauen HIV-positiv werden und stärker von der HIV-Epidemie betroffen sind als Männer;*

Ja Nein

Kommentare:

g) *die Notwendigkeit, dass die Internationale Arbeitsorganisation (IAO) ihre Bemühungen im Hinblick auf HIV/Aids in allen Aspekten ihrer Arbeit stärkt;*

Ja Nein

Kommentare:

h) *den Wert des praxisorientierten Leitfadens der IAO zu HIV/Aids in der Welt der Arbeit;*

Ja Nein

Kommentare:

i) *internationale Übereinkommen und Empfehlungen, einschließlich derer der IAO und der Vereinten Nationen, die für HIV/Aids in der Welt der Arbeit relevant sind;*

Ja Nein

Kommentare:

j) *die kritische Rolle der Arbeitsstätte für Information und Zugang zu Prävention, Behandlung, Betreuung und Unterstützung bei der innerstaatlichen Reaktion auf HIV/Aids;*

Ja Nein

Kommentare:

k) *die einzigartige Rolle der Arbeitgeber- und Arbeitnehmerverbände bei der Förderung und Unterstützung nationaler Bemühungen gegen HIV/Aids in und durch die Welt der Arbeit;*

Ja Nein

Kommentare:

- l) *die Zusammenarbeit internationaler Organisationen, im Rahmen des Gemeinsamen Programms der Vereinten Nationen für HIV/Aids (UNAIDS) und darüber hinaus, um einen universellen Zugang zur HIV-Prävention, Betreuung und Behandlung zu gewährleisten und die Auswirkungen von Aids zu lindern;*

Ja Nein

Kommentare:

- m) *den Wert der Zusammenarbeit mit anderen einschlägigen Organisationen, insbesondere Organisationen der Menschen mit HIV auf nationaler und internationaler Ebene?*

Ja Nein

Kommentare:

I. Begriffsbestimmungen und Geltungsbereich

4. *Sollte die vorgeschlagene Urkunde die folgenden Begriffsbestimmungen enthalten:*

- a) *der Begriff „HIV“ bedeutet Humanes Immundefekt-Virus, ein Virus, das das Immunsystem des menschlichen Körpers schwächt und schließlich Aids verursacht;*

Ja Nein

- b) *der Begriff „Aids“ bedeutet Erworbenes Immundefekt-Syndrom, ein Krankheitsbild, das oft opportunistische Infektionen und Tumore umfasst und für das es bis heute noch keine Heilung gibt;*

Ja Nein

- c) *der Begriff „Menschen mit HIV“ bedeutet mit HIV infizierte Personen;*

Ja Nein

d) der Begriff „betroffene Personen“ *bedeutet Personen, deren Leben durch HIV/Aids aufgrund der weiteren Auswirkungen dieser Epidemie auf irgendeine Weise verändert wird?*

Ja Nein

5. *Sollte sich die vorgeschlagene Urkunde erstrecken auf:*

a) *alle Erwerbstätigen, einschließlich der selbständig Erwerbstätigen und Arbeit-suchenden;*

Ja Nein

Kommentare:

b) *alle Wirtschaftssektoren, öffentliche und private, in der formellen und infor-mellen Wirtschaft?*

Ja Nein

Kommentare:

II. Innerstaatliche Politik

6. *Sollte die Urkunde vorsehen, dass Mitglieder in Absprache mit den maßgebenden Verbänden der Arbeitgeber und der Arbeitnehmer und mit Organisationen der mit HIV lebenden Menschen eine innerstaatliche Politik zu HIV/Aids in der Welt der Arbeit annehmen sollten?*

Ja Nein

Kommentare:

7. *Sollte die innerstaatliche Politik zu HIV/Aids in der Welt der Arbeit sich mit fol-genden Fragen befassen:*

a) *Prävention von HIV;*

Ja Nein

Kommentare:

b) *Linderung der Auswirkungen von HIV/Aids auf Arbeitnehmer und die Welt der Arbeit;*

Ja Nein

Kommentare:

c) *Betreuung und Unterstützung der von HIV/Aids betroffenen Arbeitnehmer und ihrer Familien;*

Ja Nein

Kommentare:

d) *Beseitigung von Stigmatisierung und Diskriminierung aufgrund des tatsächlichen oder angenommenen HIV-Status;*

Ja Nein

Kommentare:

e) *die Rolle der Arbeitsstätte für Information und Aktion, einschließlich von Beratung und freiwilliger Untersuchung, Prävention, Behandlung, Betreuung und Unterstützung;*

Ja Nein

Kommentare:

f) *die Rolle der Arbeitsstätte bei der Zusammenarbeit mit örtlichen Gemeinschaften und der Ausweitung von Programmen durch Lieferketten und Vertriebsnetze?*

Ja Nein

Kommentare:

8. *Sollte die innerstaatliche Politik zu HIV/Aids in der Welt der Arbeit:*

a) *in Absprache mit den maßgebenden Verbänden der Arbeitgeber und der Arbeitnehmer und anderen betroffenen Parteien umgesetzt werden:*

(i) *in innerstaatlichen Rechtsvorschriften;*

Ja Nein

Kommentare:

(ii) *durch Gesamtarbeitsverträge;*

Ja Nein

Kommentare:

(iii) *in innerstaatlichen, sektoralen und betrieblichen Politiken und Aktionsprogrammen?*

Ja Nein

Kommentare:

b) *den für Arbeitsgerichtsbarkeit und Arbeitsverwaltung zuständigen Behörden zur Kenntnis gebracht werden, wobei diese eine entsprechende Ausbildung erhalten;*

Ja Nein

Kommentare:

c) *Anreize vorsehen, um innerstaatliche und internationale Unternehmen anzuregen, die innerstaatliche Politik umzusetzen, auch in Ausfuhrfreizonen;*

Ja Nein

Kommentare:

d) *den sozialen Dialog, Konsultationen, Verhandlungen und andere Formen der Zusammenarbeit von staatlichen Stellen, Arbeitgebern und Arbeitnehmern und ihren Vertretern, Arbeitsschutzfachkräften, Spezialisten für HIV/Aids und anderen betroffenen Parteien, darunter auch Organisationen der mit HIV lebenden Personen fördern;*

Ja Nein

Kommentare:

e) *bei der Formulierung, Überprüfung und Umsetzung der Politik wissenschaftliche und soziale Entwicklungen berücksichtigen;*

Ja Nein

Kommentare:

f) *mit innerstaatlichen Gesundheits- und Sozialversicherungssystemen koordiniert sein?*

Ja Nein

Kommentare:

III. Grundsätze

9. *Sollte die Urkunde den folgenden Grundsätzen Ausdruck verleihen und vorsehen, dass sie in der innerstaatlichen Politik berücksichtigt werden?*

a) **Allgemeine Grundsätze**

(i) *HIV/Aids sollte als Arbeitsplatzproblem anerkannt werden.*

Ja Nein

Kommentare:

(ii) *Regierungen sollten ihre Politiken zu HIV/Aids in der Welt der Arbeit in Entwicklungspläne und Strategien zur Verringerung von Armut integrieren.*

Ja Nein

Kommentare:

(iii) *Regierungen sollten für alle Beschäftigten im öffentlichen Sektor HIV/Aids-Politiken und -Programme annehmen und umsetzen.*

Ja Nein

Kommentare:

b) **Diskriminierung**

(i) *Es sollte keine Diskriminierung von Arbeitnehmern geben aufgrund eines tatsächlichen oder angenommenen HIV-Status oder aufgrund der Zugehörigkeit zu Bevölkerungsgruppen, bei denen ein größeres Risiko einer HIV-Infektion angenommen wird, unter Berücksichtigung des Übereinkommens (Nr. 111) über die Diskriminierung (Beschäftigung und Beruf), 1958.*

Ja Nein

Kommentare:

- (ii) *Regierungen sollten in Absprache mit den maßgebenden Verbänden der Arbeitgeber und der Arbeitnehmer sicherstellen, dass die Deckung des Übereinkommens Nr. 111 gemäß Artikel 1 (1) b) dieses Übereinkommens auf mit HIV lebende Personen ausgedehnt wird.*

Ja Nein

Kommentare:

- (iii) *Der HIV-Status sollte kein Grund für die Beendigung des Arbeitsverhältnisses sein. Personen mit Erkrankungen, die mit HIV im Zusammenhang stehen, sollte gestattet sein, in vorhandenen geeigneten Tätigkeiten solange zu arbeiten, wie sie medizinisch tauglich sind.*

Ja Nein

Kommentare:

- (iv) *Vorübergehende Abwesenheit von der Arbeit aufgrund einer mit HIV/Aids in Zusammenhang stehenden Erkrankung sollte im Einklang mit Artikel 6 des Übereinkommens (Nr. 158) über die Beendigung des Arbeitsverhältnisses, 1982, nicht als triftiger Kündigungsgrund angesehen werden.*

Ja Nein

Kommentare:

- (v) *Es sollten Maßnahmen zur Förderung ausgewogener Beziehungen zwischen den Geschlechtern und der Befähigung zur Selbstbestimmung der Frau getroffen werden, um die Verbreitung von HIV einzudämmen und Frauen in die Lage zu versetzen, mit HIV/Aids umzugehen.*

Ja Nein

Kommentare:

c) Sozialer Dialog

- (i) *Die Umsetzung einer Politik und eines Programms zu HIV/Aids sollte sich auf Zusammenarbeit und Vertrauen zwischen Arbeitgebern, Arbeitnehmern und ihren Vertretern sowie gegebenenfalls Regierungen stützen, mit aktiver Beteiligung der Arbeitnehmer mit HIV.*

Ja Nein

Kommentare:

- (ii) *Arbeitnehmer- und Arbeitgeberverbände sollten ermutigt werden, Prävention und Nicht-Diskriminierung durch die Bereitstellung von Informationen und Aufklärung zu fördern.*

Ja Nein

Kommentare:

- (iii) *Arbeitgeber und Arbeitnehmer sollten ermutigt werden, die Frage von HIV/Aids in Gesamtarbeitsverträge aufzunehmen.*

Ja Nein

Kommentare:

d) Arbeitsschutz

- (i) *Die Arbeitsumgebung sollte gesund und sicher sein, unter Berücksichtigung des Übereinkommens (Nr. 155) über den Arbeitsschutz, 1981, und des Übereinkommens (Nr. 187) über den Förderungsrahmen für den Arbeitsschutz, 2006, sowie anderer einschlägiger Urkunden der IAO, um die Übertragung von HIV zu verhindern.*

Ja Nein

Kommentare:

- (ii) *Arbeitsschutzdienste und Mechanismen für betriebliche Sicherheit und Gesundheit sollten HIV/Aids-Belange berücksichtigen.*

Ja Nein

Kommentare:

e) **Untersuchungen und Vertraulichkeit**

- (i) *Von Arbeitnehmern oder Arbeitssuchenden sollten keine HIV-Untersuchungen verlangt werden.*

Ja Nein

Kommentare:

- (ii) *Arbeitnehmer sollten ermutigt werden, ihren HIV-Status durch freiwillige Untersuchungen und Beratung zu erfahren. Beschäftigungssicherheit und Vertraulichkeit sollten gewährleistet sein, und ein Zugang zur Behandlung sollte – wenn erforderlich – ermöglicht werden.*

Ja Nein

Kommentare:

- (iii) *Von Arbeitnehmern und Arbeitssuchenden sollte nicht verlangt werden, persönliche HIV-bezogene Informationen über sich selbst oder andere preiszugeben. Der Zugang zu solchen Informationen sollte Vertraulichkeitsregeln unterliegen, die im Einklang mit der IAO-Richtliniensammlung zum Schutz persönlicher Arbeitnehmerdaten, 1997, stehen.*

Ja Nein

Kommentare:

f) Prävention, Behandlung, Betreuung und Unterstützung

- (i) *Die Verhinderung aller HIV-Übertragungsmöglichkeiten sollte eine grundlegende Priorität sein. Präventionsstrategien sollten an innerstaatliche Bedingungen und die betreffenden Arbeitsstätten angepasst sein, und sie sollten auf geschlechtsspezifische und kulturelle Aspekte Rücksicht nehmen.*

Ja Nein

Kommentare:

- (ii) *Präventionsprogramme sollten sicherstellen:*

- 1) *die Bereitstellung von genauen und relevanten Informationen, auch über die Verhütung der Mutter-Kind-Übertragung;*

Ja Nein

Kommentare:

- 2) *Aufklärung, um Männern und Frauen zu helfen, das Risiko zu verstehen und zu verringern;*

Ja Nein

Kommentare:

- 3) *praktische Maßnahmen, z. B. die Verbesserung der Kondomverfügbarkeit.*

Ja Nein

Kommentare:

- (iii) *Alle Arbeitnehmer, einschließlich Arbeitnehmer mit HIV und ihre Angehörigen, sollten ein Anrecht auf erschwingliche Gesundheitsdienste haben. Diese Dienste sollten die Bereitstellung einer antiretroviralen Behandlung und eine Behandlung opportunistischer Infektionen, insbesondere Tuberkulose, und sexuell übertragbarer Infektionen umfassen.*

Ja Nein

Kommentare:

- (iv) *Regierungen sollten sicherstellen, dass Menschen mit HIV und ihre Angehörigen im Rahmen öffentlicher oder privater Versicherungssysteme einen umfassenden Schutz für Gesundheitsversorgung in Anspruch nehmen können.*

Ja Nein

Kommentare:

- (v) *Weder beim Zugang zu gesetzlichen Sozialversicherungsprogrammen und zu beruflichen Versicherungssystemen noch bei Leistungen, einschließlich Leistungen für Gesundheitsversorgung, Behinderung und Hinterbliebene, sollte es eine Diskriminierung von Arbeitnehmern mit HIV und ihren Angehörigen geben.*

Ja Nein

Kommentare:

- (vi) *Betreuungs- und Unterstützungsprogramme sollten Maßnahmen für angemessene Vorkehrungen für Arbeitnehmer mit durch HIV hervorgerufenen Erkrankungen umfassen.*

Ja Nein

Kommentare:

(vii) *In geeigneten Fällen sollte HIV/Aids als Berufskrankheit anerkannt werden.*

Ja Nein

Kommentare:

(viii) *Maßnahmen sollten getroffen werden, um Chancen für einen Einkommenserwerb für von HIV/Aids betroffene Personen zu fördern.*

Ja Nein

Kommentare:

g) Ausbildung

(i) *Alle Ausbildungsmaßnahmen, Sicherheitsinstruktionen und notwendigen Hinweise sollten für alle Frauen und Männer und insbesondere für neu eingestellte oder unerfahrene Arbeitnehmer, einschließlich Wanderarbeitnehmer, verständlich und an die Merkmale und Risikofaktoren der Belegschaft angepasst sein.*

Ja Nein

Kommentare:

(ii) *Hochrangige Führungskräfte und Linienmanager sollten aktuelle wissenschaftliche und sozioökonomische Informationen und Ausbildung zu HIV/Aids erhalten.*

Ja Nein

Kommentare:

- (iii) *Arbeitnehmer haben das Recht auf Information und Anhörung zu den zur Durchführung der Politik ergriffenen Maßnahmen, auf Teilnahme an Inspektionen der Arbeitsstätte und auf Ausbildung in diesen Bereichen.*

Ja Nein

Kommentare:

h) **Arbeitsmigranten**

Regierungen sollten sicherstellen, dass Arbeitsmigranten oder Personen, die auf der Suche nach einer Beschäftigung eine Migration anstreben, sich nicht einem obligatorischen HIV-Test unterziehen müssen und nicht von der Migration ausgeschlossen werden, wenn sie HIV-positiv sind. Vom Herkunfts- wie vom Zielland sollten Maßnahmen getroffen werden, um einen Zugang zu Präventions-, Behandlungs-, Betreuungs- und Hilfsdiensten zu gewährleisten.

Ja Nein

Kommentare:

i) **Kinder und Jugendliche**

- (i) *Nationale und internationale Verpflichtungen zur Bekämpfung der Kinderarbeit, insbesondere wenn diese auf das Ableben oder die Erkrankung von Familienmitgliedern aufgrund von Aids zurückzuführen ist, und diesbezügliche Maßnahmen sollten gestärkt werden, um:*

1) *das Bewusstsein für die Zusammenhänge zwischen HIV/Aids und Kinderarbeit zu verbessern;*

Ja Nein

Kommentare:

2) *die wichtigsten Interventionsbereiche zu ermitteln; und*

Ja Nein

Kommentare:

3) *das Risiko zu verringern, dass Kinderarbeiter sich mit HIV infizieren.*

Ja Nein

Kommentare:

(ii) *Es sollten Maßnahmen getroffen werden, um junge Arbeitnehmer vor einer HIV-Infektion zu schützen und die besonderen Bedürfnisse von Jugendlichen bei der Bekämpfung von HIV/Aids zu berücksichtigen. Dazu kann die Aufnahme von Informationen über HIV/Aids in Berufsbildungs- und Jugendbeschäftigungsprogramme gehören.*

Ja Nein

Kommentare:

j) **Öffentliche Dienste**

(i) *Die Rolle der Arbeitsverwaltungsdienste, einschließlich der Arbeitsaufsicht, bei der Reaktion auf HIV/Aids sollte überprüft und gegebenenfalls gestärkt werden.*

Ja Nein

Kommentare:

(ii) *Wo erforderlich, sollten öffentliche Gesundheitssysteme gestärkt werden, um einen besseren Zugang zu Prävention, Behandlung, Betreuung und Unterstützung zu gewährleisten und die zusätzliche Belastung von Diensten und Arbeitnehmern im Gesundheitsdienst durch HIV/Aids zu verringern.*

Ja Nein

Kommentare:

IV. Folgemaßnahmen

10. *Sollte die Urkunde Folgendes vorsehen:*

- a) *die Annahme von Folgemaßnahmen auf nationaler Ebene für eine regelmäßige und periodische Überprüfung der zur Durchführung der Politik ergriffenen Maßnahmen;*

Ja Nein

Kommentare:

- b) *Kooperation und Koordination zwischen der IAO und anderen zwischenstaatlichen Organisationen, um die Urkunde zu fördern und durchzuführen?*

Ja Nein

Kommentare:

V. Besondere Probleme

11. *Weist die Gesetzgebung oder Praxis in ihrem Land Besonderheiten auf, die Schwierigkeiten bei der Durchführung der in diesem Fragebogen in Aussicht genommenen Urkunde hervorrufen könnten?*

Ja Nein

Kommentare:

12. **Nur für Bundesstaaten:** Sollte die Urkunde angenommen werden, wäre für den Gegenstand eine Bundesmaßnahme oder hinsichtlich aller oder bestimmter Punkte eine Maßnahme der Gliedstaaten des Bundes angezeigt?

Ja Nein

Kommentare:

13. Gibt es andere im vorliegenden Fragebogen nicht erfasste einschlägige Probleme, die bei Ausarbeitung der Urkunde berücksichtigt werden sollten?

Ja Nein

Kommentare:

Anhang I

Ein praxisorientierter Leitfaden der IAO zu HIV/Aids in der Welt der Arbeit

Vorwort

Die HIV/Aids-Epidemie ist zu einer globalen Krise geworden und stellt eine der gewaltigsten Herausforderungen für die Entwicklung und den sozialen Fortschritt dar. In den am stärksten betroffenen Ländern gefährdet sie die in Jahrzehnten erarbeiteten Entwicklungsergebnisse, schwächt die Wirtschaft, bedroht die Sicherheit und destabilisiert die Gesellschaft. In Afrika südlich der Sahara, wo ihre Auswirkungen bereits verheerend sind, hat sie einen Ausnahmezustand geschaffen.

Über das persönliche Leid hinaus, das die Epidemie für die Betroffenen und ihre Familien bewirkt, beeinträchtigt sie nachhaltig das soziale und wirtschaftliche Gefüge einer Gesellschaft. HIV/Aids stellt eine große Bedrohung für die Welt der Arbeit dar: Gerade das produktivste Segment der Erwerbsbevölkerung ist am stärksten betroffen und muss Einkommensverluste hinnehmen. Den Unternehmen in allen Sektoren entstehen gewaltige Kosten durch sinkende Produktivität, steigende Arbeitskosten und Verluste von Fertigkeiten und Erfahrungen. Darüber hinaus verletzt HIV/Aids grundlegende Rechte bei der Arbeit, vor allem in Form der Diskriminierung und Stigmatisierung von Arbeitnehmern und Personen, die mit HIV/Aids leben oder davon betroffen sind. Sozial schwächere Gruppen, wie Frauen und Kinder, werden von der Epidemie und ihren Auswirkungen am härtesten getroffen, wobei die bereits bestehende Ungleichheit zwischen den Geschlechtern vergrößert und das Problem der Kinderarbeit verschärft wird.

Deshalb hat sich die IAO verpflichtet gesehen, mit diesem praxisorientierten Leitfaden zu HIV/Aids in der Welt der Arbeit ein deutliches Signal zu setzen. Der Leitfaden soll dazu beitragen, die Ausbreitung der Epidemie zu verhindern, ihre Auswirkungen auf Arbeitnehmer und ihre Familien zu mildern und sozialen Schutz zu bieten, der helfen kann, der Krankheit zu begegnen. Er formuliert die grundlegenden Prinzipien, auf denen das Vorgehen gegen die Epidemie am Arbeitsplatz beruhen sollte: die Anerkennung von HIV/Aids als Arbeitsplatzproblem, Nichtdiskriminierung bei der Einstellung, Gleichstellung der Geschlechter, Untersuchungen und Vertraulichkeit, sozialer Dialog, Prävention, Betreuung und Unterstützung.

Dieser Leitfaden ist das Ergebnis der Zusammenarbeit zwischen der IAO und ihren dreigliedrigen Mitgliedsgruppen und mit ihren internationalen Partnern. Er liefert Entscheidungsträgern, Arbeitgeber und Arbeitnehmerorganisationen und anderen Sozialpartnern wertvolle praktische Richtlinien für die Entwicklung und Umsetzung von geeigneten Arbeitsplatz-, Präventions- und Betreuungsprogrammen und Strategien für Arbeitnehmer im informellen Sektor. Er ist ein entscheidender Beitrag der IAO zu den globalen Bemühungen, HIV/Aids zu bekämpfen.

Der Leitfaden wird dazu beitragen, menschenwürdige Arbeit auch vor dem Hintergrund einer ernstesten Krise für die Menschheit und die Entwicklung zu sichern. Bei den Bemühungen, die Krise zu bewältigen, wurden bereits wertvolle Lehren gewonnen. Einigen Ländern ist

es schon gelungen, die Ausbreitung der Infektion einzudämmen und ihre Auswirkungen auf Einzelpersonen und ihr Umfeld zu vermindern. Zu den bewährtesten Praktiken gehörten dabei multisektorale Ansätze, Partnerschaften mit der Zivilgesellschaft, die Einbeziehung der mit HIV/Aids lebenden Personen und Aufklärung. Auf diese Elemente stützen sich die Grundprinzipien dieses Leitfadens und ihre erweiterte Umsetzung durch die Mobilisierung der Sozialpartner.

Dies ist ein bahnbrechendes, zukunftsgerichtetes Dokument, das den aktuellen Problemen ebenso wie den künftigen Konsequenzen der Epidemie und ihren Auswirkungen auf die Welt der Arbeit Rechnung trägt. Mit diesem Leitfaden wird die IAO ihre Unterstützung für die internationalen und nationalen Bemühungen verstärken, die Rechte und die Würde der Arbeitnehmer und aller Menschen, die mit HIV/Aids leben, zu schützen.

Genf, Juni 2001.

Juan Somavia,
Generaldirektor

Inhalt

Vorwort	121
1. Ziele	125
2. Anwendung	125
3. Geltungsbereich und im Leitfaden verwendete Begriffe	125
3.1. Geltungsbereich	125
3.2. Im Leitfaden verwendete Begriffe	125
4. Grundprinzipien	127
4.1. Anerkennung von HIV/Aids als Arbeitsplatzproblem	127
4.2. Nicht-Diskriminierung	127
4.3. Gleichstellung der Geschlechter	127
4.4. Gesundes Arbeitsumfeld	127
4.5. Sozialer Dialog.....	127
4.6. Reihenuntersuchungen zum Zweck des Ausschlusses von der Beschäftigung oder der Arbeit	127
4.7. Datenschutz.....	127
4.8. Aufrechterhaltung des Beschäftigungsverhältnisses	128
4.9. Prävention	128
4.10. Betreuung und Unterstützung	128
5. Allgemeine Rechte und Aufgaben	128
5.1. Regierungen und ihre zuständigen Behörden.....	128
5.2. Arbeitgeber und ihre Organisationen	130
5.3. Arbeitnehmer und ihre Organisationen	132
6. Prävention durch Information und Aufklärung	133
6.1. Informationskampagnen.....	133
6.2. Aufklärungsprogramme	133
6.3. Geschlechtsspezifisch ausgerichtete Programme	135
6.4. Kopplung mit Gesundheitsförderungsprogrammen.	135
6.5. Praktische Maßnahmen zur Förderung von Verhaltensänderungen.....	135
6.6. Programme auf Gemeinschaftsebene	135

7. Ausbildung	136
7.1. Ausbildung für Manager, Führungskräfte und Mitarbeiter der Personalabteilung	136
7.2. Ausbildung für Ausbilder aus dem Kollegenkreis	136
7.3. Ausbildung für Arbeitnehmervertreter	137
7.4. Ausbildung für Arbeitsschutzbeauftragte.....	137
7.5. Ausbildung für Arbeitsaufsichtsinspektoren	137
7.6. Ausbildung für Arbeitnehmer, die mit menschlichem Blut und anderen Körperflüssigkeiten in Berührung kommen	138
8. HIV-Untersuchungen	138
8.1. Verbot bei Einstellung und Beschäftigung.....	138
8.2. Verbot für Versicherungszwecke	139
8.3. Epidemiologische Überwachung	139
8.4. Freiwillige Untersuchungen	139
8.5. Untersuchung und Behandlung nach einem berufsbedingten Kontakt	139
9. Betreuung und Unterstützung	140
9.1. Gleiche Behandlung wie bei anderen schweren Erkrankungen	140
9.2. Beratung	140
9.3. Betriebsärztliche und andere Gesundheitsdienste	141
9.4. Kopplung mit Selbsthilfe- und Basisgruppen	141
9.5. Sozialleistungen	141
9.6. Soziale Sicherheit.....	141
9.7. Privatsphäre und Datenschutz	141
9.8. Arbeitnehmer- und Familienhilfsprogramme.....	142

Anhänge

I. Grundlegende Fakten über die Epidemie und ihre Auswirkungen	143
II. Infektionsbekämpfung am Arbeitsplatz.....	148
III. Eine Prüfliste für die Planung und Umsetzung einer innerbetrieblichen HIV/Aids-Strategie.....	149

1. Ziele

Dieser Leitfaden liefert praktische Richtlinien zum Umgang mit HIV/Aids in der Welt der Arbeit und soll damit gleichzeitig menschenwürdige Arbeit fördern. Er erstreckt sich auf die folgenden wesentlichen Aktionsbereiche:

- a) die Prävention von HIV/Aids;
- b) die Steuerung und Bekämpfung der Auswirkungen von HIV/Aids auf die Arbeitswelt;
- c) die Betreuung und Unterstützung von Arbeitnehmern, die mit HIV infiziert wurden oder an Aids erkrankt sind;
- d) die Bekämpfung der Stigmatisierung und Diskriminierung wegen einer erwiesenen oder vermuteten HIV-Infektion.

2. Anwendung

Dieser Leitfaden sollte dazu dienen,

- a) auf Betriebs-, Gemeinde-, Regional-, Branchen-, Landes- und internationaler Ebene konkrete Maßnahmen zu entwickeln;
- b) den Dialog, Beratungen, Verhandlung und jede Form der Zusammenarbeit zwischen Regierungen, Arbeitgebern und Arbeitnehmern und ihren Vertretern, betriebsärztlichem Personal, Spezialisten für HIV/Aids und allen anderen maßgebenden Akteuren (einschließlich lokaler Gruppen und Nichtregierungsorganisationen) zu fördern;
- c) seine Richtlinien in Beratung mit den Sozialpartnern in
 - nationale Gesetze, Grundsatzstrategien und Aktionsprogramme,
 - Betriebsvereinbarungen,
 - innerbetriebliche Programme und Aktionspläne umzusetzen.

3. Geltungsbereich und im Leitfaden verwendete Begriffe

3.1. Geltungsbereich

Dieser Leitfaden gilt für:

- a) alle Arbeitgeber und Arbeitnehmer (einschließlich Arbeitsuchende) im öffentlichen und privaten Sektor und
- b) alle Aspekte formeller und informeller Arbeit.

3.2. Im Leitfaden verwendete Begriffe

HIV (Human Immunodeficiency Virus): Menschliches Immundefekt-Virus, ein Virus, das das Immunsystem des menschlichen Körpers schwächt und schließlich Aids verursacht.

Betroffene: Personen, deren Leben sich in irgendeiner Weise durch die weiteren Auswirkungen der HIV/Aids-Epidemie verändert hat.

Aids (Acquired Immune Deficiency Syndrome): Erworbenes Immundefekt-Syndrom, ein Krankheitsbild, das opportunistische Infektionen und Tumoren umfasst und für das es bis heute noch keine Heilung gibt.

Diskriminierung wird in diesem Leitfaden gemäß der Definition im IAO-Übereinkommen (Nr. 111) über die Diskriminierung in Beschäftigung und Beruf, 1958, verwendet und schließt eine Diskriminierung wegen einer erwiesenen oder vermuteten HIV-Infektion sowie der sexuellen Neigung ein.

Behinderte wird in diesem Leitfaden gemäß der Definition im IAO-Übereinkommen (Nr. 159) über berufliche Rehabilitation und die Beschäftigung von Behinderten, 1983, verwendet und bezeichnet Personen, deren Aussichten, eine geeignete Beschäftigung zu finden und beizubehalten sowie beruflich aufzusteigen, infolge einer anerkannten oder geistigen Behinderung wesentlich gemindert sind.

Arbeitgeber: Eine Person oder Organisation, die Arbeitnehmer aufgrund eines schriftlichen oder mündlichen Arbeitsvertrags beschäftigt, der die Rechte und Pflichten beider Parteien in Übereinstimmung mit der nationalen Gesetzgebung und Praxis festlegt. Arbeitgeber können Regierungen, öffentliche Stellen, Privatfirmen und Einzelpersonen sein.

Betriebsärztliche Dienste wird in diesem Leitfaden gemäß der Definition im IAO-Übereinkommen (Nr. 161) über die betriebsärztlichen Dienste, 1985, verwendet und bezeichnet Dienste, die im wesentlichen mit vorbeugenden Aufgaben betraut sind und die den Arbeitgeber, die Arbeitnehmer und ihre Vertreter im Betrieb zu beraten haben über die Erfordernisse für die Schaffung und Erhaltung einer sicheren und gesunden Arbeitsumwelt und über Arbeitsmethoden, die einer optimalen körperlichen und geistig-seelischen Gesundheit im Zusammenhang mit der Arbeit förderlich sind. Die besagten Dienste geben ebenso Ratschläge zur Anpassung der Arbeit an die Fähigkeiten der Arbeitnehmer unter Berücksichtigung ihrer körperlichen und geistig-seelischen Gesundheit.

Vertretbare Anpassung der Arbeit an die Bedürfnisse des Arbeitnehmers: jede vertretbare Änderung oder Anpassung einer Arbeit oder eines Arbeitsplatzes, die es einer mit HIV oder Aids lebenden Person ermöglicht, eine Beschäftigung anzunehmen oder auszuüben oder beruflich aufzusteigen.

Reihenuntersuchungen: systematische direkte HIV-Untersuchungen, indirekte Maßnahmen (Einschätzen von risikoträchtigem Verhalten) oder Befragungen zu bereits durchgeführten Untersuchungen oder Behandlungen.

Sexuell übertragene Infektionen sind unter anderem Syphilis, Schanker, Chlamydien-Infektion und Gonorrhöe. Gemeint sind auch alle anderen, allgemein als sexuell übertragene Erkrankungen bezeichnete Krankheitsbilder.

Beendigung des Arbeitsverhältnisses hat die im IAO-Übereinkommen (Nr. 158) über die Beendigung des Arbeitsverhältnisses, 1982, definierte Bedeutung, nämlich die Kündigung durch den Arbeitgeber.

Allgemeine Schutzmaßnahmen sind einfache infektionsbekämpfende Maßnahmen, um das Infektionsrisiko durch im Blut befindliche Erreger so gering wie möglich zu halten (siehe die nähere Erläuterung in Anhang II).

Arbeitnehmer in informellen Beschäftigungsverhältnissen (informeller Sektor): dieser Begriff wird in Anhang I erläutert.

Arbeitnehmervertreter sind gemäß dem IAO-Übereinkommen (Nr. 135) über Schutz und Erleichterungen für Arbeitnehmervertreter im Betrieb, 1971, Personen, die auf Grund der innerstaatlichen Gesetzgebung oder Praxis als solche anerkannt sind, und zwar

- a) Gewerkschaftsvertreter, d.h. von Gewerkschaften oder von ihren Mitgliedern bestellte oder gewählte Vertreter; oder
- b) gewählte Vertreter, d.h. Vertreter, die von Arbeitnehmern des Betriebs im Einklang mit Bestimmungen der innerstaatlichen Gesetzgebung oder von Tarifverträgen frei gewählt werden und deren Funktionen sich nicht auf Tätigkeiten erstrecken, die in dem betreffenden Land als ausschließliches Vorrecht der Gewerkschaften anerkannt sind.

Gefährdung bezeichnet eine sozioökonomische Schwächung, ein soziales Umfeld oder Arbeitssituationen, die Arbeitnehmer einem erhöhten Infektionsrisiko aussetzen, sowie Situationen, die für Kinder ein höheres Risiko bedeuten, Kinderarbeit leisten zu müssen (Einzelheiten in Anhang I).

4. Grundprinzipien

4.1. Anerkennung von HIV/Aids als Arbeitsplatzproblem

HIV/Aids ist ein Arbeitsplatzproblem und sollte wie jede andere ernste Erkrankung am Arbeitsplatz behandelt werden. Das ist nicht nur notwendig, weil das Problem die Arbeitnehmer betrifft, sondern auch, weil dem Betrieb als Element des lokalen Gemeinwesens eine wichtige Rolle im Kampf gegen die Ausbreitung und die Auswirkungen der Epidemie zukommt.

4.2. Nicht-Diskriminierung

Im Sinne menschenwürdiger Arbeit und der Achtung der Menschenrechte und der Würde HIV-infizierter oder an Aids erkrankter Personen sollte es keine Diskriminierung von Personen aufgrund der Kenntnis oder Vermutung einer HIV-Infektion geben. Die Diskriminierung und Stigmatisierung von Personen, die mit HIV/Aids leben, beeinträchtigen die Bemühungen, die auf die Prävention von HIV/Aids abzielen.

4.3. Gleichstellung der Geschlechter

Die geschlechtsspezifischen Aspekte von HIV/Aids sollten berücksichtigt werden. Für Frauen besteht aus biologischen, sozio-kulturellen und ökonomischen Gründen ein höheres Infektionsrisiko, und sie sind öfter nachteilig von der HIV/Aids-Epidemie betroffen als Männer. Je stärker die geschlechtsspezifische Diskriminierung und je niedriger die Stellung der Frauen in einer Gesellschaft ist, desto negativer werden Frauen von HIV betroffen. Deshalb sind eine Förderung der Gleichstellung und die Stärkung der Position der Frau ausschlaggebend dafür, dass der Ausbreitung der Infektion erfolgreich entgegengewirkt werden kann und dass Frauen lernen, mit HIV/Aids umzugehen.

4.4. Gesundes Arbeitsumfeld

Das Arbeitsumfeld sollte, soweit möglich, in Übereinstimmung mit den Bestimmungen des IAO-Übereinkommens (Nr. 155) über Arbeitsschutz und Arbeitsumwelt, 1981, für alle Beteiligten gesund und sicher sein, um einer HIV-Übertragung vorzubeugen.

Ein gesundes Arbeitsumfeld fördert das optimale körperliche und geistige Wohlbefinden am Arbeitsplatz sowie die Anpassung der Arbeit an die Fähigkeiten der Arbeitnehmer im Hinblick auf ihre körperliche und geistige Gesundheit.

4.5. Sozialer Dialog

Die erfolgreiche Umsetzung von HIV/Aids-Strategien und -Programmen bedarf der Zusammenarbeit und des Vertrauens zwischen Arbeitgebern, Arbeitnehmern und ihren Vertretern und gegebenenfalls der Regierung sowie der aktiven Mitwirkung von HIV/Aids-infizierten oder -betroffenen Arbeitnehmern.

4.6. Reihenuntersuchungen zum Zweck des Ausschlusses von der Beschäftigung oder der Arbeit

Es sollten keine HIV/Aids-Reihenuntersuchungen von Arbeitssuchenden oder Beschäftigten vorgenommen werden.

4.7. Datenschutz

Es gibt keine Rechtfertigung dafür, von Arbeitsuchenden oder Arbeitnehmern zu verlangen, HIV-relevante persönliche Daten bekannt zu geben. Ebenso wenig sollten Arbeitnehmer gezwungen werden, solche persönlichen Daten über Arbeitskollegen weiterzugeben. Der Zugang zu persönlichen Daten, die den HIV-Status eines Arbeitnehmers aufzeigen, sollte den Datenschutzregelungen unterliegen, in Übereinstimmung mit der IAO-Richtliniensammlung von 1997 zum Schutz persönlicher Arbeitnehmerdaten.

4.8. Aufrechterhaltung des Beschäftigungsverhältnisses

Eine HIV-Infektion ist kein Grund zur Beendigung des Beschäftigungsverhältnisses. Wie bei vielen anderen Krankheitserscheinungen sollte es Personen mit HIV-bedingten Erkrankungen möglich sein zu arbeiten, solange sie hierzu medizinisch fähig sind, und eine geeignete Beschäftigung auszuüben.

4.9 Prävention

Einer HIV-Infektion kann vorgebeugt werden. Alle Übertragungsmöglichkeiten können durch verschiedene, auf die Verhältnisse des jeweiligen Landes abgestimmte und kulturell angepasste Strategien verhindert werden.

Prävention kann durch Verhaltensänderung, Aufklärung, Behandlung und ein diskriminierungsfreies Umfeld gefördert werden.

Den Sozialpartnern kommt eine Schlüsselposition bei der Förderung von Präventionsmaßnahmen zu, vor allem in Bezug auf Einstellungs- und Verhaltensänderungen, die Information und Aufklärung und die Berücksichtigung sozio-ökonomischer Faktoren.

4.10. Betreuung und Unterstützung

In der Welt der Arbeit sollte mit Solidarität, Betreuung und Unterstützung auf HIV/Aids reagiert werden. Alle Arbeitnehmer, einschließlich HIV-infizierter Arbeitnehmer, haben Anspruch auf erschwingliche Gesundheitsdienste. Weder sie noch ihre Angehörigen sollten beim Zugang zu gesetzlichen Programmen der sozialen Sicherheit und beruflichen Versorgungseinrichtungen oder beim Bezug von Leistungen dieser Institutionen diskriminiert werden.

5. Allgemeine Rechte und Aufgaben

5.1. Regierungen und ihre zuständigen Behörden

- a) *Kohärenz.* Regierungen sollten die Kohärenz aller gesamtstaatlichen HIV/Aids-Strategien und -Programme gewährleisten und der Einbeziehung der Arbeitswelt in die gesamtstaatlichen Pläne höchste Priorität einräumen, indem sie beispielsweise sicherstellen, dass in gesamtstaatlichen Aids-Organen Vertreter von Arbeitgebern, Arbeitnehmern, mit HIV lebenden Personen und den für Arbeit und soziale Fragen zuständigen Ministerien mitwirken.
- b) *Multisektorale Beteiligung.* Die zuständigen Behörden sollten weitgreifende Partnerschaften für Schutz und Prävention mobilisieren und unterstützen, in die öffentliche Stellen, der private Sektor, Arbeitnehmer- und Arbeitgeberorganisationen sowie alle maßgebenden Akteure einbezogen werden, damit möglichst viele Partner der Arbeitswelt mitwirken können.
- c) *Koordination.* Die Regierungen sollten alle Initiativen auf nationaler Ebene fördern und koordinieren, die Interventionen der Welt der Arbeit erleichtern und die Präsenz der Sozialpartner und aller anderen maßgebenden Akteure nutzen. Die Koordination sollte auf bereits bestehenden Maßnahmen und Unterstützungsdiensten aufbauen.

- d) *Prävention und Gesundheitsförderung.* Die zuständigen Behörden sollten in Zusammenarbeit mit den Sozialpartnern Aufklärungs- und Präventionsprogramme, vor allem am Arbeitsplatz, fördern.
- e) *Medizinische Richtlinien.* In Ländern, in denen Arbeitgeber primär für direkte Gesundheitsleistungen für Arbeitnehmer verantwortlich sind, sollte die Regierung Richtlinien festlegen, um sie bei der medizinischen Behandlung von HIV/Aids zu unterstützen. Diese Richtlinien sollten auch andere verfügbare Dienste berücksichtigen.
- f) *Sozialschutz.* Die Regierungen sollten sicherstellen, dass Arbeitnehmer mit HIV/Aids von der nationalen Gesetzgebung vorgesehene Sozialleistungen im gleichen Umfang in Anspruch nehmen können wie andere Arbeitnehmer mit ernsthaften Erkrankungen. Bei der Gestaltung und Umsetzung von Programmen der sozialen Sicherheit sollten Regierungen berücksichtigen, dass die Krankheit fortschreitend ist und in Schüben auftritt, und ihre Programme entsprechend gestalten, indem sie beispielsweise die Leistungen den Bedürfnissen anpassen und Leistungsanträge zügig bearbeiten.
- g) *Forschung.* Um die Kohärenz staatlicher Aids-Bekämpfungsprogramme zu gewährleisten, die Sozialpartner zu mobilisieren, die Kostenauswirkungen der Epidemie auf den Betrieb, das System der sozialen Sicherheit und die Gesamtwirtschaft zu ermitteln und die Planung von Maßnahmen zur Eindämmung der sozioökonomischen Auswirkungen von Aids zu erleichtern, sollten die zuständigen Stellen demographische Projektionen, Häufigkeits- und Verbreitungsstudien sowie Fallstudien vorbildlicher Praktiken fördern, unterstützen und durchführen und ihre Ergebnisse veröffentlichen. Die Regierungen sollten zu diesem Zweck den erforderlichen institutionellen und gesetzlichen Rahmen schaffen. Die Forschungen sollten geschlechtsspezifische Analysen umfassen und die Untersuchungen und Daten von Arbeitgebern, ihren Organisationen sowie von Arbeitnehmerorganisationen heranziehen. Datensammlungen sollten, soweit möglich, sektorspezifisch und nach Geschlecht, ethnischer Herkunft, sexueller Neigung, Alter, Beschäftigung und beruflicher Stellung gegliedert und unter Berücksichtigung des kulturellen Hintergrunds erstellt werden. Wenn möglich, sollten fortlaufende Wirkungsanalysen durchgeführt werden.
- h) *Mobilisierung finanzieller Mittel.* Regierungen sollten, soweit möglich in Beratung mit den Sozialpartnern und anderen Akteuren, die finanziellen Auswirkungen von HIV/Aids ermitteln und versuchen, auf lokaler und internationaler Ebene finanzielle Mittel für ihre staatlichen Aids-Strategiepläne und, falls nötig, für ihr System der sozialen Sicherheit zu mobilisieren.
- i) *Gesetzgebung.* Um Diskriminierungen am Arbeitsplatz zu verhindern und die Verhütung am Arbeitsplatz sowie soziale Sicherheit zu gewährleisten, sollten Regierungen in Beratung mit den Sozialpartnern und HIV/Aids-Spezialisten ein einschlägiges gesetzliches Rahmenwerk schaffen und bei Bedarf Arbeits- und andere Gesetze revidieren.
- j) *Bedingungen für eine Regierungsunterstützung.* Wenn Regierungen national und international tätigen Unternehmen finanzielle Investitionshilfe und Anreize gewähren, sollten sie von den Empfängern verlangen, die nationalen Gesetze einzuhalten und diesen Leitfaden sowie die innerstaatlichen Maßnahmen oder Verhaltensordnungen zur Durchführung seiner Bestimmungen zu befolgen.
- k) *Durchführung.* Die zuständigen Behörden sollten Arbeitgebern und Arbeitnehmern technische Informationen liefern und sie gezielt beraten, damit sie die für HIV/Aids am Arbeitsplatz geltenden Gesetze und Vorschriften in der wirksamsten Weise anwenden. Sie sollten Durchführungsorgane und -verfahren wie Arbeitsaufsichtsdienste und Arbeitsgerichte stärken.
- l) *Arbeitnehmer in informellen Beschäftigungsverhältnissen (informeller Sektor).* Regierungen sollten ihr HIV/Aids-Präventionsprogramme, einschließlich der Maßnahmen zur Einkommensförderung und sozialen Sicherheit, auf diese Arbeitnehmergruppe ausweiten und an sie anpassen. Sie sollten auch neue Ansätze entwickeln und dabei, soweit zweckmäßig, lokale Gemeinwesen einbeziehen.

- m) *Eindämmung der Auswirkungen.* Regierungen sollten die Betreuung und Unterstützung durch öffentliche Gesundheitsversorgungsprogramme, Systeme der sozialen Sicherheit und/oder andere einschlägige Regierungsinitiativen fördern. Sie sollten auch bestrebt sein, den Zugang zu Behandlungsmöglichkeiten zu gewährleisten und dabei, soweit zweckmäßig, mit Arbeitgebern und Arbeitnehmerorganisationen zusammenarbeiten.
- n) *Kinder und Jugendliche.* Im Rahmen ihrer Programme zur Beseitigung der Kinderarbeit sollten die Regierungen sicherstellen, dass die Auswirkungen der Epidemie auf Kinder und Jugendliche berücksichtigt werden, deren Eltern oder Elternteile an HIV/Aids erkrankt oder aufgrund einer solchen Erkrankung gestorben sind.
- o) *Regionale und internationale Zusammenarbeit.* Regierungen sollten über zwischenstaatliche Stellen und unter Einbeziehung aller Beteiligten die Zusammenarbeit auf regionaler und internationaler Ebene fördern und unterstützen, um die internationale Aufmerksamkeit auf HIV/Aids und die damit verbundenen Erfordernisse der Arbeitswelt zu lenken.
- p) *Internationale Hilfe.* Regierungen sollten sich, soweit zweckmäßig, zur Unterstützung staatlicher Programme um internationale Hilfe bemühen. Sie sollten Initiativen zur Unterstützung internationaler Kampagnen zur Kostenreduzierung und Verbesserung des Zugangs zu antiretroviralen Medikamenten fördern.
- q) *Gefährdung.* Regierungen sollten Maßnahmen ergreifen, um infektionsgefährdete Arbeitnehmergruppen zu ermitteln, und Strategien verfolgen, um die Faktoren auszuschalten, die diese Gefährdung verursachen. Sie sollten auch sicherstellen, dass geeignete Präventionsprogramme für diese Arbeitnehmer existieren.

5.2. Arbeitgeber und ihre Organisationen

- a) *Innerbetriebliche Programme.* Arbeitgeber sollten sich mit den Arbeitnehmern und ihren Vertretern beraten, um geeignete Betriebsprogramme zu entwickeln und umzusetzen, die darauf abzielen, eine Ausbreitung der Infektion zu verhindern und alle Arbeitnehmer gegen eine HIV/Aids-bedingte Diskriminierung zu schützen. Anhang III enthält eine Prüfliste für die Gestaltung und Umsetzung solcher innerbetrieblichen Programme.
- b) *Landes-, Branchen- und Betriebsvereinbarungen.* Arbeitgeber sollten bei Verhandlungen mit Arbeitnehmern und ihren Vertretern über Beschäftigungsbedingungen, die HIV/Aids-Aspekte berühren, die innerstaatliche Gesetzgebung und Praxis berücksichtigen und sich bemühen, Bestimmungen über den Schutz gegen und die Verhütung von HIV/Aids in Landes-, Branchen- und Betriebsvereinbarungen aufzunehmen.
- c) *Aufklärung und Ausbildung.* Arbeitgeber und ihre Organisationen sollten in Beratung mit Arbeitnehmern und ihren Vertretern Arbeitsplatzprogramme einführen und unterstützen, die Arbeitnehmer über die Prävention von HIV/Aids und die Betreuung und Unterstützung im Infektionsfall sowie die innerbetrieblichen HIV/Aids-Programme informieren, ausbilden und schulen, darunter auch über die Maßnahmen zur Verminderung von Diskriminierungen HIV-infizierter oder an Aids erkrankter Personen und die gebotenen innerbetrieblichen Sozialleistungen.
- d) *Wirtschaftliche Auswirkungen.* Arbeitgeber, Arbeitnehmer und ihre Organisationen sollten bei der Entwicklung geeigneter Strategien zusammenarbeiten, um die wirtschaftlichen Auswirkungen von HIV/Aids auf ihren Betrieb und Sektor zu ermitteln und darauf angemessen zu reagieren.
- e) *Personalpolitik.* Arbeitgeber sollten keine Personalpolitik betreiben oder zulassen, die HIV-infizierte oder an Aids erkrankte Arbeitnehmer diskriminiert. Insbesondere sollten sie
 - keine HIV/Aids-Reihen- oder Einzeluntersuchungen verlangen, sofern nicht in Punkt 8 dieses Leitfadens etwas anderes vorgesehen ist;
 - gewährleisten, dass die Arbeit ohne Diskriminierung und Stigmatisierung wegen der Kenntnis oder Vermutung einer HIV/Aids-Infektion geleistet wird;

- Personen mit HIV- und Aids-bedingten Erkrankungen ermutigen zu arbeiten, solange sie für eine geeignete Arbeit medizinisch fähig sind; und
 - wenn ein Arbeitnehmer mit einer Aids-bedingten Erkrankung zum Weiterarbeiten zu krank ist und die Möglichkeiten alternativer Arbeitsregelungen, einschließlich eines verlängerten Krankenurlaubs, erschöpft sind, dafür sorgen, dass das Beschäftigungsverhältnis in Übereinstimmung mit den geltenden Arbeits- und Antidiskriminierungsgesetzen und unter Wahrung der üblichen Verfahren und Ansprüche beendet werden kann.
- f) *Beschwerde- und Disziplinarverfahren.* Arbeitgeber sollten Verfahren vorsehen, die von Arbeitnehmern und ihren Vertretern bei arbeitsbedingten Beschwerden in Anspruch genommen werden können. Dabei sollte genau festgelegt werden, unter welchen Umständen ein Disziplinarverfahren gegen einen Arbeitnehmer angestrengt werden kann, der aufgrund der Kenntnis oder Vermutung einer HIV/Aids-Infektion diskriminiert oder die innerbetrieblichen HIV/Aids-Vorschriften verletzt.
- g) *Datenschutz.* Informationen über Arbeitnehmer, die HIV/Aids betreffen, sollten streng vertraulich behandelt und nur in medizinischen Akten vermerkt werden, wobei sich der Zugang zu den Informationen nach der IAO-Empfehlung (Nr. 171) betreffend die betriebsärztlichen Dienste, 1985, sowie nach der nationalen Gesetzgebung und Praxis richten sollte. Der Zugriff zu solchen Informationen sollte streng auf medizinisches Personal beschränkt bleiben, und diese Art von Information darf nur auf gerichtliche Anordnung oder mit Zustimmung des Betroffenen bekannt gegeben werden.
- h) *Risikoverminderung und -management.* Arbeitgeber sollten ein sicheres und gesundes Arbeitsumfeld gewährleisten, wozu auch die Anwendung der allgemeinen Schutzmaßnahmen sowie Vorkehrungen wie die Bereitstellung von Schutzausrüstung und Erste-Hilfe-Material und deren Wartung gehören. Um erwünschte Verhaltensänderungen Einzelner zu fördern, sollten Arbeitgeber Kondome und Frauenkondome sowie Beratungs-, Betreuungs-, Unterstützungs- und Überweisungsdienste bereitstellen. Wenn Umfang und Kosten solche Leistungen schwierig machen, sollten Arbeitgeber und/oder ihre Organisationen bei der Regierung oder anderen zuständigen Stellen Unterstützung anfordern.
- i) *Arbeitsplätze, an denen Arbeitnehmer regelmäßig mit menschlichem Blut und Körperflüssigkeiten in Berührung kommen.* An diesen Arbeitsplätzen müssen Arbeitgeber zusätzliche Vorkehrungen treffen, um sicherzustellen, dass alle Arbeitnehmer in Bezug auf die Allgemeinen Schutzmaßnahmen ausgebildet werden und die im Fall eines Arbeitsunfalls einzuhaltenden Verfahren kennen und dass die Allgemeinen Schutzmaßnahmen immer angewandt werden. Hierfür erforderliche Einrichtungen sollten bereitgestellt werden.
- j) *Vertretbare Anpassung der Arbeit an die Bedürfnisse des Arbeitnehmers.* Arbeitgeber sollten in Beratung mit dem(n) Arbeitnehmer(n) und ihren Vertretern Maßnahmen treffen, um die Arbeit an die Bedürfnisse des Arbeitnehmers/der Arbeitnehmer mit Aids-bedingten Erkrankungen anzupassen. Dabei könnte es sich um eine Neugestaltung der Arbeitszeit, Sonderausstattungen, Gelegenheiten zu Ruhepausen, die Beurlaubung für Arztbesuche, einen flexiblen Krankenurlaub, Teilzeitarbeit sowie Regelungen für eine Wiederaufnahme der Beschäftigung handeln.
- k) *Allgemeine Förderungsmaßnahmen.* In Wahrnehmung ihrer sozialen Verantwortung sollten Arbeitgeber und ihre Organisationen, soweit zweckmäßig, andere Arbeitgeber anhalten, zur HIV/Aids-Prävention und -Behandlung am Arbeitsplatz beizutragen, und die Regierungen zur Ergreifung aller notwendigen Maßnahmen auffordern, die Ausbreitung von HIV/Aids zu stoppen und die Auswirkungen einzuschränken. Andere Partnerschaften, wie z.B. paritätische HIV/Aids-Organe der Unternehmen und der Gewerkschaften, können diesen Prozess unterstützen.
- l) *Unterstützung für vertrauliche, freiwillige HIV-Beratungen und -Untersuchungen.* Arbeitgeber, Arbeitnehmer und ihre Vertreter sollten die Unterstützung und Durchführung von

Untersuchungen und Beratungen auf vertraulicher und freiwilliger Basis durch qualifizierte Gesundheitsdienste fördern.

- m) *Arbeitnehmer in informellen Beschäftigungsverhältnissen (informeller Sektor)*. Arbeitgeber im informellen Sektor sollten für ihre Arbeitnehmer spezifische Präventions- und Betreuungsprogramme erwägen und, falls erforderlich, entwickeln.
- n) *Internationale Partnerschaften*. Arbeitgeber und ihre Organisationen sollten sich, soweit zweckmäßig, an internationalen Partnerschaften zum Kampf gegen HIV/Aids beteiligen.

5.3. Arbeitnehmer und ihre Organisationen

- a) *Innerbetriebliche Programme*. Arbeitnehmer und ihre Vertreter sollten sich mit ihren Arbeitgebern über die Umsetzung geeigneter Betriebsprogramme beraten, die darauf abzielen, eine Ausbreitung der Infektion zu verhindern und alle Arbeitnehmer gegen eine HIV/Aids-bedingte Diskriminierung zu schützen. Anhang III enthält eine Prüfliste für die Gestaltung und Umsetzung solcher innerbetrieblichen Programme.
- b) *Landes-, Branchen- und Betriebsvereinbarungen*. Arbeitnehmer und ihre Organisationen sollten bei Verhandlungen über Beschäftigungsbedingungen, die HIV/Aids-Aspekte berühren, die einschlägige innerstaatliche Gesetzgebung und Praxis berücksichtigen und sich bemühen, Bestimmungen über den Schutz gegen und die Verhütung von HIV/Aids in Landes-, Branchen- und Betriebsvereinbarungen aufzunehmen.
- c) *Information und Aufklärung*. Arbeitnehmer und ihre Organisationen sollten bereits bestehende Gewerkschaftsstrukturen sowie andere Strukturen und Einrichtungen nutzen, um über HIV/Aids am Arbeitsplatz zu informieren, und für Arbeitnehmer und ihre Familien geeignetes Aufklärungsmaterial und weiterbildende Tätigkeiten entwickeln, einschließlich regelmäßig aktualisierter Informationen über ihre Rechte und die ihnen zustehenden Sozialleistungen.
- d) *Wirtschaftliche Auswirkungen*. Arbeitnehmer und ihre Organisationen sollten mit den Arbeitgebern bei der Entwicklung geeigneter Strategien zusammenarbeiten, um die wirtschaftlichen Auswirkungen von HIV/Aids auf ihren Betrieb und Sektor zu ermitteln und darauf angemessen zu reagieren.
- e) *Allgemeine Förderungsmaßnahmen*. Arbeitnehmer und ihre Organisationen sollten mit Arbeitgebern, ihren Organisationen sowie mit Regierungen zusammenarbeiten, um verstärkt über die Prävention und Behandlung von HIV/Aids aufzuklären.
- f) *Personalpolitik*. Arbeitnehmer und ihre Vertreter sollten Arbeitgeber unterstützen und ermutigen, eine Personalpolitik und -praxis zu entwickeln und umzusetzen, die Arbeitnehmer mit HIV/Aids nicht diskriminiert.
- g) *Überwachung der Einhaltung*. Arbeitnehmervertreter haben das Recht, gegen Probleme an ihrem Arbeitsplatz Beschwerde- und Disziplinarverfahren einzuleiten. Sie sollten den zuständigen Rechtsbehörden jede Diskriminierung aufgrund von HIV/Aids melden.
- h) *Ausbildung*. Arbeitnehmerorganisationen sollten für ihre Vertreter Ausbildungskurse über epidemiebedingte Arbeitsplatzprobleme, geeignete Reaktionen und die allgemeinen Bedürfnisse der mit HIV/Aids lebenden Personen und ihrer Betreuer entwickeln und durchführen.
- i) *Risikoverminderung und -management*. Arbeitnehmer und ihre Organisationen sollten gegenüber den Arbeitgebern für die Wahrung eines sicheren und gesunden Arbeitsumfeldes eintreten, einschließlich der korrekten Anwendung und Wartung von Schutzausrüstungen und Erste-Hilfe-Material, und mit ihnen zu diesem Zweck zusammenarbeiten. Arbeitnehmer und ihre Organisationen sollten den Grad der Gefährdung durch das Arbeitsumfeld ermitteln und gegebenenfalls auf die Arbeitnehmer zugeschnittene Programme fördern.

- j) *Datenschutz.* Arbeitnehmer haben das Recht auf Zugang zu ihren persönlichen und medizinischen Akten. Arbeitnehmerorganisationen sollten dagegen keinen Zugang zu Personaldaten haben, die den HIV-Status eines Arbeitnehmers betreffen. Bei der Wahrnehmung von Gewerkschaftspflichten und -funktionen sollten auf jeden Fall die Datenschutzbestimmungen und das Erfordernis des Einverständnisses der betroffenen Person gemäß der IAO-Empfehlung (Nr. 171) betreffend die betriebsärztlichen Dienste, 1985, beachtet werden.
- k) *Arbeitnehmer in informellen Beschäftigungsverhältnissen (informeller Sektor).* Arbeitnehmer und ihre Organisationen sollten ihre Tätigkeiten auf diese Arbeitnehmer ausweiten, soweit zweckmäßig in Partnerschaft mit allen anderen zuständigen Akteuren, und neue Initiativen unterstützen, die dazu beitragen, die Ausbreitung von HIV/Aids zu verhindern und die Auswirkungen der Epidemie zu beschränken.
- l) *Gefährdung.* Arbeitnehmer und ihre Organisationen sollten sicherstellen, dass in Beratung mit den Arbeitgebern gegen Faktoren, die das Infektionsrisiko für eine bestimmte Arbeitnehmergruppe erhöhen, vorgegangen wird.
- m) *Unterstützung für vertrauliche, freiwillige HIV-Beratungen und -Untersuchungen.* Arbeitnehmer und ihre Organisationen sollten mit den Arbeitgebern zusammenarbeiten, um Beratungen und Untersuchungen auf vertraulicher und freiwilliger Basis zu fördern.
- n) *Internationale Partnerschaften.* Arbeitnehmerorganisationen sollten die internationale Solidarität stärken, indem sie branchenweite, regionale und internationale Gruppierungen bilden, um die Aufmerksamkeit auf HIV/Aids und die Arbeitswelt zu lenken und das Thema in Kampagnen für Arbeitnehmerrechte einzubeziehen.

6. Prävention durch Information und Aufklärung

Informations- und Aufklärungsprogramme am Arbeitsplatz sind wesentlich, um die Ausbreitung der Epidemie zu bekämpfen und um eine größere Toleranz gegenüber Arbeitnehmern mit HIV/Aids zu fördern. Eine wirksame Aufklärung kann dazu beitragen, dass Arbeitnehmer sich besser gegen eine HIV-Infektion schützen können. Sie kann die durch HIV verursachte Angst und Stigmatisierung bedeutend verringern, Störungen am Arbeitsplatz auf ein Minimum reduzieren und Einstellungs- und Verhaltensänderungen bewirken. Solche Programme sollten in Beratung zwischen Regierungen, Arbeitgebern und Arbeitnehmern und ihren Vertretern entwickelt werden, um Unterstützung auf höchster Ebene und eine möglichst umfassende Mitwirkung aller Beteiligten zu gewährleisten. Information und Aufklärung sollten in vielfältiger Form, nicht nur schriftlich, erfolgen; erforderlichenfalls sollten sie auch Fernunterricht umfassen. Die entsprechenden Programme sollten auf das Alter, das Geschlecht, die sexuelle Neigung, die jeweilige Branche sowie auf verhaltensbedingte Risikofaktoren der Arbeitnehmer und ihr kulturelles Umfeld ausgerichtet und zugeschnitten sein. Sie sollten von Personen durchgeführt werden, die Vertrauen und Achtung genießen. Eine Aufklärung durch Kollegen und Kolleginnen hat sich dabei als besonders wirksam erwiesen, ebenso wie die Mitwirkung mit HIV/Aids lebender Personen bei der Gestaltung und Umsetzung von Programmen.

6.1. Informationskampagnen

- a) Informationsprogramme sollten, soweit möglich, in umfassendere lokale, branchenweite, regionale oder gesamtstaatliche HIV/Aids-Kampagnen eingebunden sein. Sie sollten auf korrekten, aktuellen Informationen darüber basieren, wie HIV übertragen und wie es nicht übertragen wird, und dabei den Mythos zerstören, der HIV/Aids umgibt; wie HIV/Aids vorgebeugt werden kann; welche medizinischen Aspekte die Krankheit und welche Auswirkungen Aids auf den Einzelnen hat und welche Pflege-, Behandlungs-, und Betreuungsmöglichkeiten es gibt.

- b) Soweit möglich, sollten Informationsprogramme, -kurse und -kampagnen in bereits existierende Bildungs- und Humanressourcenprogramme sowie in Arbeitsschutz- und Antidiskriminierungsstrategien einbezogen werden.

6.2. Aufklärungsprogramme

- a) Aufklärungsstrategien sollten sich auf Beratungen zwischen Arbeitgebern und Arbeitnehmern und ihren Vertretern und gegebenenfalls der Regierung und anderen maßgebenden Akteuren mit Erfahrung in der HIV/Aids-Aufklärung und -Behandlung stützen. Sie sollten so interaktiv und partizipatorisch wie möglich gestaltet werden.
- b) Aufklärungsprogramme sollten während der bezahlten Arbeitszeit durchgeführt werden und Schulungsmaterial nutzen, das von den Arbeitnehmern auch außerhalb des Arbeitsplatzes verwendet werden kann. Soweit Kurse angeboten werden, sollte die Teilnahme für die Arbeitnehmer obligatorisch sein.
- c) Soweit möglich und zweckmäßig sollten diese Programme
- Aktivitäten umfassen, die dem Einzelnen helfen, die Risiken einzuschätzen, mit denen er (sowohl als Einzelperson sowie als Mitglied einer Gruppe) konfrontiert wird, und diese Risiken durch die Aneignung von Entscheidungs-, Verhandlungs- und Kommunikationsfähigkeiten verringern, sowie Aufklärungs-, Präventions- und Beratungsprogramme; -Hochrisiko-Verhalten und andere Faktoren, die, wie z. B. berufliche Mobilität, für bestimmte Arbeitnehmergruppen ein erhöhtes HIV-Infektionsrisiko bedeuten, besonders hervorheben;
 - Informationen über eine HIV-Übertragung durch Drogeninjektion sowie über die Möglichkeiten, das Risiko einer solchen Übertragung zu senken, vermitteln;
 - den Dialog zwischen Regierungen und Arbeitgeber- und Arbeitnehmerorganisationen benachbarter Ländern sowie auf regionaler Ebene verstärken;
 - die Aufklärung über HIV/Aids im Rahmen von Regierungen und Unternehmen in Zusammenarbeit mit Arbeitnehmerorganisationen durchgeführter Berufsbildungsprogramme verstärken;
 - Kampagnen fördern, die sich an junge Arbeitnehmer und Frauen richten;
 - das erhöhte Infektionsrisiko von Frauen sowie Präventionsstrategien, die dieses Risiko vermindern können, besonders hervorheben (siehe Punkt 6.3);
 - klarstellen, dass eine Übertragung von HIV durch flüchtigen Kontakt nicht möglich ist und dass HIV-positive Personen nicht gemieden oder stigmatisiert werden müssen, sondern dass ihnen vielmehr durch Arbeitsplatzanpassungen geholfen werden sollte;
 - die schwächenden Wirkungen des Virus und die Notwendigkeit erläutern, dass alle Arbeitnehmer HIV-infizierten Kollegen und Kolleginnen verständnisvoll und diskriminierungsfrei begegnen;
 - den Arbeitnehmern die Möglichkeit geben, ihre durch HIV/Aids ausgelösten Reaktionen und Gefühle auszudrücken und zu diskutieren;
 - Arbeitnehmer (insbesondere im Gesundheitswesen) über die Anwendung der Allgemeinen Schutzmaßnahmen unterrichten und sie über die im Fall eines Kontaktes anzuwendenden Verfahren informieren;
 - die Aufklärung über die Prävention und Behandlung von sexuell übertragenen Krankheiten und Tuberkulose umfassen, und zwar nicht nur wegen des damit verbundenen Risikos einer HIV-Infektion, sondern auch, weil diese Krankheiten behandelt und damit der allgemeine Gesundheitszustand und das Immunsystem der Arbeitnehmer verbessert werden können;
 - Hygiene und geeignete Ernährung fördern;

- sichere Sexualpraktiken propagieren und dabei über den Gebrauch von Kondomen für Männer und Frauen aufklären;
- eine Aufklärung durch Kollegen und Kolleginnen sowie informelle Aufklärungstätigkeiten fördern;
- regelmäßig kontrolliert, beurteilt, überprüft und erforderlichenfalls überarbeitet werden.

6.3. Geschlechtsspezifisch ausgerichtete Programme

- a) Alle Programme sollten das Geschlecht, die ethnische Herkunft und die sexuelle Neigung berücksichtigen. Das heißt unter anderem, dass sie gezielt auf Frauen und Männer gemeinsam ausgerichtet oder aber wegen der unterschiedlichen Risikoarten und -stufen bei männlichen und weiblichen Arbeitnehmern für beide Geschlechter getrennt durchgeführt werden sollten.
- b) Informationen für Frauen müssen diese auf ihr höheres Infektionsrisiko aufmerksam machen und die Gründe hierfür erläutern, insbesondere die höhere Gefährdung junger Frauen.
- c) Die Aufklärung sollte sowohl Frauen als auch Männern helfen, das ungleiche Kräfteverhältnis zwischen ihnen in beruflichen und privaten Situationen zu verstehen und dementsprechend zu handeln; dabei sollten die Aspekte sexuelle Belästigung und Gewalt konkret angesprochen werden.
- d) Diese Programme sollten Frauen helfen, ihre Rechte sowohl am Arbeitsplatz als auch außerhalb zu verstehen, und sie dazu befähigen, sich selbst zu schützen.
- e) Die Programme für Männer sollten sich auf Aufklärung, Risikoeinschätzung und Strategien zur Förderung ihrer Verantwortung für die HIV/Aids-Prävention erstrecken.
- f) Für homosexuell aktive Männer sollten in Beratung mit diesen Arbeitnehmern und ihren Vertretern gesonderte Präventionsprogramme entwickelt werden.

6.4. Kopplung mit Gesundheitsförderungsprogrammen

Aufklärungsprogramme sollten, soweit möglich, mit Gesundheitsförderungsprogrammen gekoppelt werden, die Themen wie Drogenmissbrauch, Stress und reproduktive Gesundheit am Arbeitsplatz zum Inhalt haben. Informationsprogramme und Aufklärungskampagnen zu HIV/Aids können von bestehenden Betriebsräten oder Arbeitsschutzausschüssen ausgehen. Dabei sollte das erhöhte Risiko bei einer Verwendung infizierte Nadeln für intravenöse Drogeninjektionen hervorgehoben werden. Es sollte auch aufgezeigt werden, dass durch Alkohol- und Drogenkonsum hervorgerufene Rauschzustände ein Verhalten fördern können, das das HIV-Infektionsrisiko erhöht.

6.5. Praktische Maßnahmen zur Förderung von Verhaltensänderungen

- a) Arbeitnehmer sollten einfühlsame, genaue und aktuelle Aufklärung über risikoreduzierende Möglichkeiten erhalten, und, soweit zweckmäßig, sollten Kondome und Frauenkondome verfügbar gemacht werden.
- b) Arbeitnehmern sollten Möglichkeiten einer frühen und wirksamen Erkennung und Behandlung von sexuell übertragenen Krankheiten und Tuberkulose und, soweit zweckmäßig, Programme für den Austausch steriler Nadeln und Spritzen geboten werden. Andernfalls sollten sie darüber informiert werden, wo sie diese Dienste in Anspruch nehmen können.
- c) Für weibliche Arbeitnehmer in finanziellen Schwierigkeiten sollten die Programme Strategien zur Aufbesserung niedriger Einkommen umfassen, z. B. durch Informationen über Erwerbstätigkeiten, Steuerermäßigungen und Lohnsubventionen.

6.6. Programme auf Gemeinschaftsebene

Arbeitgeber, Arbeitnehmer und ihre Vertreter sollten Informations- und Aufklärungsprogramme über die Prävention und Behandlung von HIV/Aids auf der Gemeinschaftsebene und insbesondere in Schulen anregen und fördern. Die Teilnahme an solchen Programmen sollte unterstützt werden, um jedem Gelegenheit zu bieten, seine Meinung zu vertreten, und um das Los der Arbeitnehmer mit HIV/Aids zu verbessern, indem ihre Isolation und Ächtung verringert werden. Solche Programme sollten in Partnerschaft mit geeigneten gesamtstaatlichen oder örtlichen Organen durchgeführt werden.

7. Ausbildung

Die Ausbildung sollte auf die verschiedenen auszubildenden Gruppen ausgerichtet und zugeschnitten sein: Manager, Führungskräfte und Mitarbeiter der Personalabteilung, Arbeitnehmer und ihre Vertreter, Ausbilder der Ausbildungskräfte, Ausbilder aus dem Kollegenkreis, Arbeitsschutzbeauftragte und Arbeitsaufsichtsinspektoren. Zur Kostendeckung sollten innovative Wege beschritten werden. So können sich z. B. Unternehmen um externe Unterstützung durch staatliche Aids-Programme oder andere relevante Akteure bemühen, indem sie von ihnen Ausbilder anfordern oder ihre eigenen Ausbilder ausbilden lassen. Das Ausbildungspersonal kann je nach den vorhandenen Mitteln sehr unterschiedlich sein und sollte den örtlichen Gepflogenheiten und den unterschiedlichen Situationen von Männern und Frauen angepasst werden. Ausbilder sollten auch darin ausgebildet werden, mit Vorurteilen gegenüber Minderheiten umzugehen, besonders in Bezug auf die ethnische Herkunft und die sexuelle Neigung. Für die Ausbildung sollten Fallstudien und verfügbares Material über bewährte Praktiken herangezogen werden. Die besten Ausbilder sind oft selbst Arbeitnehmer, und deshalb wird eine Ausbildung durch Kollegen und Kolleginnen auf allen Ebenen empfohlen. Diese Art der Ausbildung sollte Bestandteil der jährlichen Ausbildungsprogramme am Arbeitsplatz werden, die in Beratung mit Arbeitnehmervertretern entwickelt werden sollten.

7.1. Ausbildung für Manager, Führungskräfte und Mitarbeiter der Personalabteilung

Neben der Teilnahme an den Informations- und Aufklärungsprogrammen für alle Arbeitnehmer sollten Manager und Führungskräfte eine zusätzliche Ausbildung erhalten, um

- die innerbetriebliche HIV/Aids-Strategie erläutern und diesbezügliche Fragen beantworten zu können;
- über HIV/Aids gut informiert zu sein, damit sie anderen Arbeitnehmern helfen können, Missverständnisse über die Ausbreitung von HIV/Aids am Arbeitsplatz zu beseitigen;
- Arbeitnehmern mit HIV/Aids Möglichkeiten für eine vertretbare Anpassung der Arbeit an ihre Bedürfnisse erklären zu können, die sie befähigt, solange wie möglich weiterzuarbeiten;
- Verhaltensweisen oder Praktiken am Arbeitsplatz, die Arbeitnehmer mit HIV/Aids diskriminieren und ausgrenzen, ermitteln und bekämpfen zu können;
- über die verfügbaren Gesundheitsdienste und Sozialleistungen informieren und beraten zu können.

7.2. Ausbildung für Ausbilder aus dem Kollegenkreis

Ausbilder aus dem Kollegenkreis sollten eine besondere Ausbildung erhalten, damit sie

- über genügende Kenntnisse über Inhalt und Methoden der HIV-Prävention verfügen und somit das Informations- und Aufklärungsprogramm für die Arbeitnehmer ganz oder teilweise selbst durchführen können;

- bei der Gestaltung der Ausbildung auf die ethnische Herkunft, die sexuelle Neigung, das Geschlecht und das kulturelle Umfeld Rücksicht nehmen;
- andere Arbeitsplatzprogramme und -maßnahmen, beispielsweise in Bezug auf sexuelle Belästigungen oder Behinderte, einbeziehen;
- ihren Kollegen helfen können, die Faktoren in ihrem Leben zu erkennen, die das Infektionsrisiko erhöhen;
- mit HIV/Aids lebende Arbeitnehmer beraten können, wie sie ihre Situation und deren Auswirkungen bewältigen können.

7.3. Ausbildung für Arbeitnehmervertreter

Arbeitnehmervertreter sollten eine Ausbildung während der bezahlten Arbeitszeit erhalten, damit sie

- die innerbetriebliche HIV/Aids-Strategie erläutern und diesbezügliche Fragen beantworten können;
- andere Arbeitnehmer im Rahmen von Auszubilderschulungsprogrammen ausbilden können;
- Verhaltensweisen oder Praktiken am Arbeitsplatz, die Arbeitnehmer mit HIV/Aids diskriminieren oder ausgrenzen, ermitteln und wirksam bekämpfen können;
- Arbeitnehmern mit durch Aids verursachten Erkrankungen helfen und sie vertreten können, wenn sie eine vertretbare Anpassung der Arbeit an ihre Bedürfnisse wünschen;
- Arbeitnehmer beraten können, Risikofaktoren in ihrem Privatleben zu ermitteln und zu verringern;
- gut über HIV/Aids unterrichtet sind, um Arbeitnehmer über die Verbreitung von Aids informieren zu können;
- alle Informationen, die sie bei der Ausübung ihrer Vertretungsfunktionen über Arbeitnehmer mit HIV/Aids erhalten, vertraulich behandeln.

7.4. Ausbildung für Arbeitsschutzbeauftragte

Neben der Unterrichtung über die Informations- und Aufklärungsprogramme für alle Arbeitnehmer sollten Arbeitsschutzbeauftragte eine Sonderausbildung erhalten, um

- über genügende Kenntnisse über Inhalt und Methoden der HIV/Aids-Prävention zu verfügen und somit Informations- und Ausbildungsprogramme für Arbeitnehmer selbst durchführen zu können;
- fähig zu sein, das Arbeitsumfeld einzuschätzen und Arbeitsmethoden oder -bedingungen zu ermitteln, die zur Verringerung der Gefährdung von Arbeitnehmern durch HIV/Aids geändert oder verbessert werden könnten;
- kontrollieren zu können, ob der Arbeitgeber für gesunde und sichere Arbeitsbedingungen und -verfahren für die Arbeitnehmer, einschließlich sicherer Erste-Hilfe-Verfahren, sorgt;
- sicherzustellen, dass gegebenenfalls existierende Informationen über HIV/Aids ebenso wie andere medizinische Arbeitnehmerdaten streng vertraulich behandelt und nur in Übereinstimmung mit der IAO-Richtliniensammlung zum Schutz persönlicher Arbeitnehmerdaten weitergegeben werden;
- Arbeitnehmer beraten zu können, Risikofaktoren in ihrem Privatleben zu ermitteln und zu verringern;
- Arbeitnehmer an hausinterne oder externe ärztliche Dienste überweisen zu können, die in der Lage sind, ihren Bedürfnissen wirksam zu entsprechen.

7.5. Ausbildung für Arbeitsaufsichtsinspektoren

Die zuständige Behörde sollte sicherstellen, dass Arbeitsaufsichtsinspektoren genügend Mittel zur Verfügung stehen, um ihre Aufsichts-, Vollzugs- und Beratungsaufgaben, insbesondere in Bezug auf die HIV/Aids-Prävention am Arbeitsplatz, wahrnehmen zu können. Zu diesem Zweck sollten sie eine Sonderausbildung über die HIV/Aids-Prävention und Schutzstrategien am Arbeitsplatz erhalten. Diese Ausbildung sollte folgendes umfassen:

- Informationen über einschlägige internationale Arbeitsnormen, insbesondere das IAO-Übereinkommen (Nr. 111) über die Diskriminierung in Beschäftigung und Beruf, 1958, sowie über innerstaatliche Rechtsvorschriften;
- Hinweise, wie HIV/Aids-Bewusstsein bei Arbeitnehmern und Führungskräften geweckt werden kann;
- Darstellung, wie HIV/Aids-Themen in ihre regelmäßigen Arbeitsschutzveranstaltungen und die Ausbildung am Arbeitsplatz einbezogen werden können;
- Erläuterungen, wie Arbeitnehmern geholfen werden kann (z. B. durch Hilfe beim Ausfüllen von Antragsformularen), Leistungen und andere gesetzliche Rechte in Anspruch zu nehmen;
- Aufzeigen, wie eine Verletzung oder fehlende Umsetzung von Arbeitnehmerrechten in Bezug auf HIV erkannt werden kann;
- Vermittlung von Fähigkeiten der Erhebung und Analyse von Daten bezüglich HIV/Aids am Arbeitsplatz, soweit diese für epidemiologische Studien oder Untersuchungen über die sozialen Auswirkungen und in Übereinstimmung mit diesem Leitfaden erfolgt.

7.6. Ausbildung für Arbeitnehmer, die mit menschlichem Blut und anderen Körperflüssigkeiten in Berührung kommen

Alle Arbeitnehmer sollten über Verfahren der Infektionsbekämpfung bei einem Arbeitsunfall sowie in Erster Hilfe unterrichtet werden. Die entsprechenden Programme sollten folgendes umfassen:

- Ausbildung in Erster Hilfe;
- Schulung über Allgemeine Schutzmaßnahmen, um den Kontakt mit menschlichem Blut und anderen Körperflüssigkeiten zu reduzieren (siehe Anhang II);
- Schulung im Gebrauch von Schutzausrüstungen;
- Unterrichtung über korrekte Verhaltensweisen im Fall eines Kontakts mit menschlichem Blut oder anderen Körperflüssigkeiten;
- Aufklärung über die Rechte auf Entschädigung im Falle eines Berufsunfalls;

und deutlich machen, dass die Anwendung von Schutzmaßnahmen keineswegs die Kenntnis oder Vermutung einer HIV-Infektion bedingt.

8. HIV-Untersuchungen

Mit Ausnahme der in diesem Leitfaden beschriebenen Fälle sollten keine HIV-Untersuchungen am Arbeitsplatz durchgeführt werden. Sie sind unnötig und gefährden die Menschenrechte und die menschliche Würde. Untersuchungsergebnisse könnten offengelegt und missbraucht werden, und nicht immer könnte die Einwilligung der Arbeitnehmer ganz freiwillig erfolgen oder auf einem Verständnis aller Fakten und Auswirkungen der Untersuchungen beruhen. Sogar außerhalb des Arbeitsplatzes sollten vertrauliche HIV-Untersuchungen nur aufgrund einer freiwilligen Einwilligung und nach vorheriger genauer Unterrichtung erfolgen und ausschließlich von entsprechend qualifiziertem Personal unter Bedingungen der strengsten Vertraulichkeit durchgeführt werden.

8.1. Verbot bei Einstellung und Beschäftigung

HIV-Untersuchungen sollten nicht zum Zeitpunkt der Neueinstellung oder als Bedingung zur Fortsetzung des Beschäftigungsverhältnisses gefordert werden. Routinemäßige ärztliche Untersuchungen, wie etwa Fitness-Tests, die vor Beginn des Beschäftigungsverhältnisses oder regelmäßig durchgeführt werden, sollten keine obligatorische HIV-Untersuchung umfassen.

8.2. Verbot für Versicherungszwecke

- a) HIV-Untersuchungen sollten nicht zur Voraussetzung für die Aufnahme in staatliche Sozialversicherungssysteme, allgemeine und berufsspezifische Versicherungen und Krankenkassen gemacht werden.
- b) Versicherungsgesellschaften sollten keine HIV-Untersuchungen verlangen, ehe sie Versicherungsschutz für einen bestimmten Arbeitsplatz bieten. Sie können die Schätzungen ihrer Kosten und Prämienaufkommen sowie ihre versicherungsmathematischen Berechnungen auf die verfügbaren epidemiologischen Daten für die Gesamtbevölkerung stützen.
- c) Arbeitgeber sollten Untersuchungen für Versicherungszwecke nicht begünstigen, und alle bereits in ihrem Besitz befindlichen Informationen sollten vertraulich bleiben.

8.3. Epidemiologische Überwachung

Anonyme, unabhängige Untersuchungen oder epidemiologische HIV-Tests am Arbeitsplatz können durchgeführt werden, wenn sie in Übereinstimmung mit den ethischen Grundsätzen der wissenschaftlichen Forschung und dem Berufsethos und unter Wahrung der Rechte des Einzelnen und des Datenschutzes erfolgen. Wo derartige Untersuchungen durchgeführt werden, sollten Arbeitnehmer und Arbeitnehmer konsultiert und informiert werden. Die gewonnenen Informationen dürfen nicht dazu verwendet werden, Einzelpersonen oder Personengruppen zu diskriminieren. Untersuchungen gelten nicht als anonym, wenn eine realistische Möglichkeit besteht, dass aus den Untersuchungsergebnissen auf den HIV-Status einer Person geschlossen werden kann.

8.4. Freiwillige Untersuchungen

Es kann Situationen geben, in denen Arbeitnehmer aus eigener Initiative den Wunsch äußern, untersucht zu werden, auch im Rahmen eines freiwilligen Untersuchungsprogramms. Solche Untersuchungen auf freiwilliger Basis sollten normalerweise von kommunalen Gesundheitsdiensten und nicht am Arbeitsplatz durchgeführt werden. Soweit geeignete medizinische Dienste existieren, können freiwillige Untersuchungen auf Wunsch und mit der schriftlichen und nach vorheriger Belehrung erfolgten Einwilligung des Arbeitnehmers und, falls verlangt, nach Beratung mit dem zuständigen Arbeitnehmervertreter durchgeführt werden. Sie sollten nur durch qualifiziertes Personal und unter Einhaltung der für den Datenschutz und die Weitergabe von Informationen geltenden Bestimmungen erfolgen. Eine vorausgehende und anschließende geschlechtsspezifische Beratung, die das Verständnis für die Art und den Zweck der HIV-Untersuchung, ihre Vor- und Nachteile und die Folgen der Untersuchungsergebnisse für den Arbeitnehmer erleichtert, sollte ein wesentlicher Bestandteil aller Untersuchungen sein.

8.5. Untersuchungen und Behandlung nach einem berufsbedingten Kontakt

- a) Wo das Risiko besteht, mit menschlichem Blut, Körperflüssigkeiten oder -gewebe in Kontakt zu kommen, sollte es am Arbeitsplatz geeignete Verfahren zur Verminderung des Risikos eines solchen Kontakts und solcher Arbeitsunfälle geben.
- b) Nach einem Kontakt mit potentiell infiziertem Material (menschliches Blut, Körperflüssigkeiten, Gewebe) am Arbeitsplatz sollte der Arbeitnehmer unverzüglich eine einschlägige Beratung über die medizinischen Konsequenzen, die Zweckmäßigkeit einer HIV-Untersuchung und die Möglichkeit einer Post-Kontakt-Prophylaxe erhalten und an die

entsprechenden ärztlichen Dienste verwiesen werden. Nach einer Risikobeurteilung sollte der betreffende Arbeitnehmer ferner über seine Rechte aufgeklärt werden, darunter über seine Ansprüche auf Entschädigung und die zu ihrer Geltendmachung erforderlichen Verfahren.

9. Betreuung und Unterstützung

Solidarität, Betreuung und Unterstützung sind entscheidende Elemente, die die Reaktion auf HIV/Aids am Arbeitsplatz bestimmen sollten. Es sollten Vorkehrungen getroffen werden, um Offenheit, Akzeptanz und die Unterstützung für diejenigen Arbeitnehmer zu fördern, die ihre HIV-Infektion nicht geheimhalten, damit gewährleistet ist, dass diese Arbeitnehmer keine Diskriminierung oder Stigmatisierung erfahren. Um die Auswirkungen der HIV/Aids-Epidemie am Arbeitsplatz zu mildern, sollten Bemühungen unternommen werden, mit HIV infizierten oder an Aids erkrankten Arbeitnehmern Beratung und soziale Unterstützung zu bieten. Wo Gesundheitsdienste am Arbeitsplatz existieren, sollte eine geeignete Behandlung erfolgen. Wo dies nicht möglich ist, sollten Arbeitnehmer über verfügbare außerbetriebliche Dienste informiert werden. Solche Kopplungen haben den Vorteil, dass sie über die Arbeitnehmer hinaus auch ihre Familien und vor allem ihre Kinder erfassen. Partnerschaften zwischen Regierungen, Arbeitgebern, Arbeitnehmern und ihren Organisationen und anderen maßgebenden Akteuren sichern ebenfalls wirksame Dienste und sparen Kosten.

9.1. Gleiche Behandlung wie bei anderen schweren Erkrankungen

- a) HIV-Infektionen und die klinische Form von Aids sollten am Arbeitsplatz ebenso behandelt werden wie jede andere schwere Erkrankung oder Krankheitserscheinung.
- b) Arbeitnehmer mit HIV/Aids sollten in Bezug auf Sozialleistungen, Arbeitnehmerentschädigungen und die Anpassung der Arbeit an ihre Bedürfnisse nicht ungünstiger behandelt werden als Arbeitnehmer mit anderen schweren Erkrankungen.
- c) Solange ein Arbeitnehmer für eine entsprechende Beschäftigung medizinisch geeignet ist, sollte er Anspruch auf Arbeitsplatzsicherheit und die üblichen Möglichkeiten einer Versetzung und Beförderung haben.

9.2. Beratung

- a) Arbeitgeber sollten Arbeitnehmer mit HIV/Aids dazu anhalten, für eine Beratung außerbetriebliche Fachkräfte und Unterstützung in Anspruch zu nehmen oder aber, soweit vorhanden, innerbetriebliche Arbeitsschutzeinrichtungen oder ähnliche Programme, falls diese eine spezialisierte und vertrauliche Beratung bieten.
- b) Hierzu sollten Arbeitgeber die folgenden Maßnahmen vorsehen:
 - Fachkräfte, Selbsthilfegruppen und Dienste, die auf die HIV/Aids-Beratung und -Behandlung spezialisiert sind, in der Gemeinde oder Region zu ermitteln;
 - medizinische und nicht-medizinische Basisorganisationen zu ermitteln, die den Arbeitnehmern mit HIV/Aids nützlich sein könnten;
 - vorzuschlagen, dass der Arbeitnehmer im Hinblick auf eine erste Beurteilung und Behandlung Kontakt zu seinem Arzt oder zu qualifiziertem Gesundheitspersonal aufnimmt, sofern er sich noch nicht in Behandlung befindet, oder dem Arbeitnehmer zu helfen, eine qualifizierte medizinische Kraft zu finden;
- c) Arbeitgeber sollten Arbeitnehmern mit HIV/Aids gemäß den geltenden innerstaatlichen Mindestnormen ausreichende Freizeit für Beratung und Behandlung gewähren.
- d) Die unterstützende Beratung sollte für die Arbeitnehmer kostenlos und den unterschiedlichen Bedürfnissen und Situationen von Männern und Frauen angepasst sein. Dabei

könnte es zweckmäßig sein, mit der Regierung, mit Arbeitnehmern und ihren Organisationen sowie mit anderen maßgebenden Akteuren zusammenzuarbeiten, um eine solche Unterstützung zu entwickeln und zu leisten.

- e) Arbeitnehmervertreter sollten, falls darum ersucht wird, einem Arbeitnehmer mit HIV/Aids helfen, professionelle Beratung zu erhalten.
- f) Beratungsdienste sollten alle Arbeitnehmer über ihre Rechte und Leistungsansprüche im Rahmen der gesetzlichen Systeme der sozialen Sicherheit und der betreffenden Berufseinrichtungen sowie über alle anderen Programme informieren, die ihnen helfen können, mit HIV/Aids zu leben.
- g) Im Fall eines berufsbedingten HIV-Kontaktes sollten Arbeitgeber Arbeitnehmern ausreichend bezahlte Freizeit für Beratungszwecke gewähren.

9.3. Betriebsärztliche und andere Gesundheitsdienste

- a) Einige Arbeitgeber können in der Lage sein, ihren Arbeitnehmern durch Zugang zu antiretroviralen Medikamenten zu helfen. Wo Gesundheitsdienste am Arbeitsplatz existieren, sollten sie in Zusammenarbeit mit der Regierung und allen anderen Akteuren das breitestmögliche Spektrum an Dienstleistungen anbieten, um HIV/Aids vorzubeugen, damit umzugehen und mit HIV/Aids lebenden Arbeitnehmern zu helfen.
- b) Diese Dienstleistungen könnten die Bereitstellung antiretroviraler Medikamente, die Behandlung zur Linderung HIV-verursachter Symptome, die Ernährungsberatung und Nahrungsmittelergänzungen, die Stressverminderung und die Behandlung der häufigeren opportunistischen Infektionskrankheiten, einschließlich sexuell übertragbarer Krankheiten und Tuberkulose, umfassen.

9.4. Kopplung mit Selbsthilfe- und Basisgruppen

Soweit zweckmäßig, sollten Arbeitgeber, Arbeitnehmerorganisationen und betriebsärztliche Dienste die Bildung von Selbsthilfegruppen innerhalb des betreffenden Unternehmens fördern oder die Überweisung von Arbeitnehmern mit HIV/Aids an lokale Selbsthilfe oder andere Basisgruppen erleichtern und unterstützen.

9.5. Sozialleistungen

- a) Regierungen sollten in Beratung mit den Sozialpartnern sicherstellen, dass Leistungen aufgrund innerstaatlicher Rechtsvorschriften Arbeitnehmern mit HIV/Aids in gleichem Umfang erbracht werden wie Arbeitnehmern mit anderen schweren Erkrankungen. Sie sollten auch prüfen, ob neuartige Leistungen finanzierbar sind, die dem progressiven und intermittierenden Charakter von Aids Rechnung tragen.
- b) Arbeitgeber sowie Arbeitgeber- und Arbeitnehmerorganisationen sollten sich gemeinsam mit den Regierungen um die Anpassung bestehender Leistungsmechanismen, einschließlich etwaige Lohnsubventionssysteme, an die Bedürfnisse von Arbeitnehmern mit HIV/Aids bemühen.

9.6. Soziale Sicherheit

- a) Regierungen, Arbeitgeber und Arbeitnehmerorganisationen sollten alle notwendigen Maßnahmen ergreifen, um sicherzustellen, dass Arbeitnehmer mit HIV/Aids und ihre Familien den vollen Schutz und die Leistungen der bestehenden Systeme der sozialen Sicherheit und Berufseinrichtungen genießen. Dies sollte auch für Arbeitnehmer und ihre Familien gelten, die einer als besonders HIV/Aids-gefährdeten Berufs- oder Gesellschaftsgruppe angehören.
- b) Diese Systeme und Einrichtungen sollten für Arbeitnehmer mit HIV/Aids ähnliche Sozialleistungen wie für Arbeitnehmer mit anderen schweren Erkrankungen vorsehen.

9.7. Privatsphäre und Datenschutz

- a) Regierungen, private Versicherungsgesellschaften und Arbeitgeber sollten gewährleisten, dass Informationen über eine Beratung, Betreuung und Behandlung sowie über den Bezug von Sozialleistungen ebenso wie andere medizinische Daten des Arbeitnehmers vertraulich behandelt und nur gemäß der IAO-Empfehlung (Nr. 171) betreffend die betriebsärztlichen Dienste, 1985, zugänglich gemacht werden.
- b) Dritte, wie etwa Treuhänder und Administratoren von Programmen der sozialen Sicherheit und Berufseinrichtungen, sollten alle HIV/Aids betreffenden Informationen ebenso wie andere medizinische Daten der Arbeitnehmer vertraulich und gemäß der IAO-Richtliniensammlung zum Schutz persönlicher Arbeitnehmerdaten behandeln.

9.8. Arbeitnehmer- und Familienhilfsprogramme

- a) Angesichts der Natur der Epidemie könnte es notwendig werden, Unterstützungsprogramme für die Arbeitnehmer zu entwickeln oder in geeigneter Weise zu erweitern, so dass sie ein Spektrum an Dienstleistungen für Arbeitnehmer als Familienmitglieder bieten und ihre Angehörigen unterstützen. Dies sollte in jedem Fall in Beratung mit den Arbeitnehmern und ihren Vertretern, kann aber auch in Zusammenarbeit mit der Regierung und anderen maßgebenden Akteuren entsprechend den jeweiligen Ressourcen und Erfordernissen geschehen.
- b) Solche Programme sollten berücksichtigen, dass Frauen normalerweise den Großteil der Betreuung von HIV/Aids-Erkrankten übernehmen. Ferner sollten sie die besonderen Bedürfnisse schwangerer Frauen berücksichtigen. Sie sollten auch den Bedürfnissen von Kindern entsprechen, die einen oder beide Elternteile durch Aids verloren haben und daraufhin unter Umständen die Schule abbrechen, zur Arbeit gezwungen werden und in zunehmendem Maße gefährdet sind, sexuell ausgebeutet zu werden. Die Programme können innerhalb des Betriebs stattfinden oder die Unternehmen könnten sie kollektiv unterstützen oder aber eine unabhängige Firma mit solchen Diensten beauftragen.
- c) Ein Familienhilfsprogramm könnte die folgenden Leistungen umfassen:
 - Sonderurlaub aus familiären Gründen;
 - Einladungen zur Teilnahme an Informations- und Aufklärungsprogrammen;
 - die Verweisung an Unterstützungsgruppen, einschließlich Selbsthilfegruppen,
 - Hilfe für Arbeitnehmerfamilien bei der Suche nach einer alternativen Beschäftigung für den Arbeitnehmer oder seine Familienmitglieder, vorausgesetzt, dass diese nicht den Schulbesuch beeinträchtigt;
 - konkrete Maßnahmen wie Unterstützung von Schulbildung, Berufsbildung und Lehre, um den Bedürfnissen von Kindern und jungen Leuten zu entsprechen, die einen oder beide Elternteile durch Aids verloren haben;
 - Koordinierung mit allen maßgebenden Akteuren und Basisorganisationen, einschließlich der von Kindern der Arbeitnehmer besuchten Schulen;
 - direkte oder indirekte finanzielle Hilfe;
 - Lösungen für finanzielle Probleme im Zusammenhang mit der Krankheit und den Bedürfnissen der Angehörigen;
 - juristische Information, Beratung und Hilfe;
 - Hilfeleistung zum Verständnis der rechtlichen Verfahren bei Krankheit und Tod, wie der Regelung finanzieller Fragen betreffend die Krankheit, Testamentserstellungen und Nachfolgeregelungen;
 - Hilfe für Familien in Bezug auf Programme der sozialen Sicherheit und Berufseinrichtungen;

- die Vorauszahlung dem Arbeitnehmer zustehender Beträge;
- die Verweisung von Familien an die zuständigen Rechts- oder Gesundheitsbehörden oder die Bereitstellung eines Verzeichnisses der empfohlenen Behörden.

Anhang I

Grundlegende Fakten über die Epidemie und ihre Auswirkungen

Fakten über HIV und Aids

Das menschliche Immundefekt-Virus (HIV), das Aids verursacht, wird über Körperflüssigkeiten übertragen - insbesondere Blut, Sperma, Scheidenflüssigkeit und Muttermilch. Es wurde ermittelt, dass die Übertragung auf vier Arten stattfindet: durch ungeschützten Geschlechtsverkehr mit einem infizierten Partner (am häufigsten); durch Blut und Blutprodukte, beispielsweise durch infizierte Transfusionen und Organ- bzw. Gewebetransplantationen oder durch die Verwendung infizierter Injektions- oder anderer hautdurchdringender Instrumente; als Übertragung von der infizierten Mutter zum Kind im Mutterleib oder bei der Geburt und schließlich durch Stillen. HIV wird weder durch zufälligen körperlichen Kontakt, Husten, Niesen und Küssen übertragen noch durch die gemeinsame Benutzung von Toiletten und Wascheinrichtungen, durch Gebrauch von Essbesteck oder durch den Konsum von Speisen und Getränken, die von einer HIV-infizierten Person berührt wurden; ebenso wenig wird es durch Mücken- oder andere Insektenstiche übertragen.

HIV schwächt das menschliche Immunsystem, was die Bekämpfung der Infektion schwierig macht. Eine Person kann nach einer Infektion zehn Jahre oder länger leben und davon die meiste Zeit ohne Symptome oder Krankheit, kann jedoch die Infektion in diesem Zeitraum auf andere übertragen. Frühe Aids-Symptome sind: chronische Müdigkeit, Durchfall, Fieber, geistige Veränderungen wie Gedächtnisverlust, Gewichtsverlust, andauernder Husten, starke, wiederkehrende Hautausschläge, Herpes und Mundinfektionen sowie Schwellungen der Lymphknoten. Opportunistische Erkrankungen wie Krebs, Meningitis, Lungenentzündung und Tuberkulose können durch ein geschwächtes Immunsystem gefördert werden. Obwohl Krankheitsperioden mit Zeiten der Remission abwechseln können, endet Aids fast immer tödlich. Die Forschung ist auf der Suche nach einem Impfstoff, aber bis jetzt ist noch keiner in Sicht. Antiretrovirale Medikamente, die das Fortschreiten der Krankheit verlangsamen und lebensverlängernd wirken, stehen zur Verfügung, sind aber noch sehr teuer und deshalb für die meisten Leidenden unerschwinglich, wobei sich die Situation allerdings schnell ändert. HIV ist ein empfindliches Virus, das nur unter bestimmten Bedingungen überleben kann. Es kann nur über natürlich feuchte Stellen in den Körper gelangen und unverletzte Haut nicht durchdringen. Prävention heißt also sicherstellen, dass eine Schranke gegen das Virus vorhanden ist, z. B. Kondome oder Schutzausrüstung wie Handschuhe oder Masken (soweit zweckmäßig), und hautdurchdringende Instrumente desinfiziert sind. Das Virus wird durch Chlorkalk, starke Reinigungsmittel und sehr heißes Wasser abgetötet (s. Anhang II).

Auswirkungen auf die Gesamt- und die Erwerbsbevölkerung

Ende 2000 lebten über 36 Millionen Menschen mit HIV/Aids, zwei Drittel davon in Afrika südlich der Sahara. Fast 11 Millionen Menschen sind bisher an Aids gestorben; 3 Millionen Aids-Tote waren es weltweit im Jahr 2000.

Alle Regionen sind betroffen: Die Zahl der Erwachsenen und Kinder mit HIV/Aids in Afrika südlich der Sahara beziffert sich auf 25 Millionen, mehr als 6 Millionen sind es in Asien, fast 2 Millionen in Lateinamerika und in der Karibik, etwas weniger als eine Million in Nordamerika, eine halbe Million in Westeuropa, fast eine dreiviertel Million in Osteuropa und Zentralasien, fast eine halbe Million in Nordafrika und im Nahen Osten. Zwar kann der jeweils vorherrschende Übertragungsweg unterschiedlich sein, doch verzeichnen alle Regionen steigende Infektionsraten.

Die Bedeutung der Aids-Todesfälle für die Gesamtbevölkerungszahlen in Afrika ist eindeutig: Im Jahr 2010 wird in 29 Ländern mit einer Aidsrate von über zwei Prozent die Zahl der Gesamtbevölkerung um 50 Millionen geringer sein, als sie es ohne Aids wäre. Es bestehen auch geschlechts- und altersspezifische Auswirkungen, weil in vielen Ländern Frauen in

jüngeren Alter infiziert werden als Männer. In Afrika sind mehr als die Hälfte der Neuinfizierten Frauen. Die überall am meisten betroffene Altersgruppe ist die der 15-49-jährigen, also der aktive Teil der Bevölkerung, dessen Beiträge zur Familie, zur Gesellschaft und zur Wirtschaft verloren gehen. Die IAO schätzt, dass weltweit 20 Millionen Arbeitnehmer mit HIV/Aids leben. Die Erwerbsbevölkerung wird in Ländern mit hoher Aidsrate im Jahr 2020 um 10 bis 30 Prozent geringer sein, als sie es ohne Aids wäre. 14 Millionen Kinder haben bereits einen oder beide Elternteile durch Aids verloren, und viele von ihnen werden gezwungen sein, die Schule abzubrechen und Arbeit zu suchen, was das Problem der Kinderarbeit verschärft.

HIV/Aids hat Auswirkungen auf Infizierte und ihre Familien ebenso wie auf die Gesellschaft in ihrer Gesamtheit. Gravierend sind die Folgen vor allem für alte und junge Personen, die von infizierten Familienmitgliedern abhängig sind. Die Auswirkungen auf Einzelpersonen und Haushalte spiegeln sich in den Betrieben und in immer größerem Ausmaß in der Gesamtwirtschaft wider. In der Arbeitswelt manifestiert sich die Epidemie auf vielfache Art und Weise: Produktionsunterbrechungen, Diskriminierung in der Beschäftigung, Akzentuierung der Ungleichheit der Geschlechter und Zunahme der Kinderarbeit; weitere Auswirkungen sind ein erheblich verringertes Humankapital, wachsender Druck auf Gesundheits- und soziale Sicherheitssysteme und die Gefährdung des Arbeitsschutzes.

Faktoren, die eine Gefährdung erhöhen

Allgemeine Faktoren

Aids breitet sich besonders dort aus, wo wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte verletzt werden, und auch dort, wo gesellschaftliche und politische Regeln ignoriert werden. Aus ökonomischer Sicht muss Armut als ein Hauptfaktor angesehen werden. Der Analphabetismus und die Ausgrenzung der Armen machen diese infektionsanfälliger; außerdem werden Frauen durch Armut unter Druck gesetzt, sich zum Überleben und für den Unterhalt ihrer Familie auf risikoreiches Sexualverhalten einzulassen. Mangelhafte Ernährung, unzulängliche Wohnverhältnisse und Mangel an Hygiene machen HIV-Infizierte noch anfälliger für Aids-Erkrankungen. In sozialer und kultureller Hinsicht kann die ungleiche Position der Geschlechter innerhalb der sozialen und beruflichen Beziehungen zu unerwünschtem Geschlechtsverkehr unter Risikobedingungen führen. Bestimmte persönliche Einstellungen und Verhaltensweisen sollten ebenfalls als risikosteigernde Faktoren anerkannt werden. HIV kann ferner durch intravenösen Drogenkonsum mit Hilfe von infiziertem Gerät übertragen werden. Es ist offensichtlich, dass Alkohol- und Drogenmissbrauch die Fähigkeit eines Menschen, sicheres Sexual- oder Drogenkonsumverhalten zu praktizieren, beeinträchtigen kann. Die Stigmatisierung der mit HIV/Aids lebenden Personen stärkt das natürliche Bedürfnis, über eine Infektion zu schweigen, und trägt somit zu ihrer Verbreitung bei. Kultureller Druck und Verleugnung kaschieren die Ausbreitung der Infektion und machen es sowohl Gemeinwesen als auch Einzelpersonen schwerer, wirksame Gegenmaßnahmen zu planen.

In gesellschaftlicher und politischer Hinsicht hemmen Konfliktsituationen, der Zusammenbruch von Gesetz und Ordnung, unzulängliche gesetzliche Rahmenbedingungen und Vollzugs-einrichtungen in Verbindung mit der Verweigerung der Vereinigungsfreiheit und des Rechts auf Kollektivverhandlungen die Entwicklung im Allgemeinen und untergraben wesentliche Gesundheitsförderungsmaßnahmen im Besonderen. In vielen Ländern sind Gesundheitsversorgungssysteme mit mangelnden Ressourcen, die bereits durch Verschuldung und Struktur-anpassungsprogramme geschwächt sind, nicht in der Lage, die nötige Betreuung oder Prävention zu leisten.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass ein Klima der Diskriminierung und die mangelnde Achtung der Menschenrechte Arbeitnehmer für eine Infektion anfälliger und unfähiger macht, mit Aids umzugehen, weil es für sie schwierig ist, sich um freiwillige Untersuchungen, Beratung, Behandlung oder Unterstützung zu bemühen. Ebenso wenig wird es ihnen möglich sein, an Aufklärungs- und Präventionskampagnen teilzunehmen.

Faktoren, die das Infektionsrisiko bestimmter Arbeitnehmergruppen erhöhen

Bestimmte Arbeitssituationen können ein höheres Infektionsrisiko bedeuten als andere, obwohl die Hauptursachen stets im Verhalten liegen und nicht im Beruf. Die folgende Aufstellung ist daher rein indikativ:

- Arbeit, die mit Mobilität verbunden ist, vor allem mit regelmäßigen Reisen und einem Leben fern vom Ehegatten oder Partner;
- Arbeit in geographisch isolierter Umgebung mit beschränkten sozialen Kontakten und Gesundheitseinrichtungen;
- Arbeiten und Wohnen ausschließlich in Gemeinschaft mit Männern;
- Situationen, in denen der Arbeitnehmer sich nicht selbst gegen eine Infektion schützen kann;
- Arbeit, die von Männern dominiert wird und bei der Frauen eine kleine Minderheit sind;
- Arbeit, die ein berufsbedingtes Risiko bedeutet, wie Kontakt mit menschlichem Blut, Blutprodukten und anderen Körperflüssigkeiten, Nadelstichverletzungen und Kontakt mit infiziertem Blut, und bei der die Allgemeinen Schutzmaßnahmen nicht eingehalten werden, bzw. für die die Ausrüstung unzulänglich ist.

Diese Liste könnte noch um die folgenden Personengruppen außerhalb des Arbeitsmarktes erweitert werden: Arbeitslose, die in der Hoffnung, irgendein kleines Einkommen zu erzielen, in die Städte ziehen und dort Druck ausgesetzt sind, der sie einer HIV-Infektion gegenüber anfälliger macht; Vertriebene und Bewohner von Flüchtlingslagern, die sich verlassen fühlen und ebenfalls arbeitslos sind und deshalb sexuelle Beziehungen eingehen oder dazu gezwungen werden könnten, insbesondere die vielen ledigen Mütter in solchen Situationen.

Die besonderen Erfordernisse des informellen Sektors ¹

Für Beschäftigte in der informellen Wirtschaft ist es besonders wahrscheinlich, unter den Auswirkungen von Aids zu leiden, weil sie erstens normalerweise keinen Zugang zu Gesundheitsversorgungseinrichtungen oder Sozialleistungen haben, die von Arbeitnehmern mit einer formellen Beschäftigung in Anspruch genommen werden können; weil zweitens ihre Tätigkeiten selten finanzielle Sicherheit bieten oder bewirken; und weil drittens die Unsicherheit ihrer Arbeit bedeutet, dass jegliches Fernbleiben vom Arbeitsplatz wahrscheinlich den Verlust der

¹ In Übereinstimmung mit dem Bericht des IAA-Generaldirektors an die Internationale Arbeitskonferenz 1991 wird der Ausdruck „informeller Sektor“ so verstanden, dass er sich auf Wirtschaftseinheiten sehr bescheidenen Umfangs bezieht, welche Waren und Dienste produzieren bzw. verkaufen und die hauptsächlich aus unabhängigen, selbständigen Produzenten bestehen und vorwiegend in städtischen Gebieten von Entwicklungsländern vorkommen, wobei einige von ihnen Familienmitglieder als Arbeitskräfte einsetzen und/oder wenige angestellte Mitarbeiter oder Lehrlinge; welche mit einem sehr geringen oder gar keinem Kapital arbeiten; welche Technologie und Techniken niedrigen Niveaus anwenden; welche aus diesem Grund eine geringe Produktivität erreichen; und welche im Allgemeinen sehr geringe und unregelmäßige Einkommen und sehr unsichere Arbeitsverhältnisse für die dort Beschäftigten ermöglichen. Sie sind informell in dem Sinne, dass sie größtenteils nicht registriert und nicht in offiziellen Statistiken erfasst sind; meistens haben sie wenig oder keinen Zugang zu organisierten Absatzmärkten, zu Kreditinstituten, zu ordentlicher Schulbildung und Ausbildungsinstitutionen oder zu einer Vielzahl öffentlicher Dienstleistungen und Einrichtungen; sie sind nicht von der Regierung anerkannt, unterstützt oder reguliert; durch die Umstände sind sie oft gezwungen, außerhalb des gesetzlichen Rahmens zu agieren, und auch wenn sie registriert sind und gewisse Aspekte der Gesetzgebung respektieren, umgehen sie fast ausnahmslos Sozialversicherungssysteme, die Kernarbeitsnormen und die Arbeitsschutzmaßnahmen. Produzenten und Beschäftigte des informellen Sektors sind im Allgemeinen nicht organisiert (wenn auch informelle, örtliche Vereinigungen von solchen, die in spezifischen Tätigkeiten beschäftigt sind, existieren können), und meistens außerhalb des Wirkungskreises von Gewerkschaften und Arbeitgeberorganisationen (siehe Internationale Arbeitskonferenz, 78. Tagung, 1991: Das Dilemma des informellen Sektors, Bericht des Generaldirektors, Teil I, S. 4).

Einkommensquelle bzw. Verdienstmöglichkeit bedeutet. Für informelle Betriebe kann der Verlust von ein oder zwei Mitarbeitern schwerwiegende Konsequenzen haben und zum Zusammenbruch führen. Wenn sich der Betriebsinhaber mit HIV infiziert, erkrankt und stirbt, kann die Verwendung des Betriebskapitals zur Deckung von Behandlungs-, Betreuungs- und Beerdigungskosten künftige Investitionen verhindern, zum Konkurs führen und abhängige Mitarbeiter und Familienmitglieder mittellos machen. Im ländlichen informellen Sektor bedeutet die mit einer Betreuung verbundene Belastung häufig, dass Arbeitskraft von der landwirtschaftlichen Tätigkeit abgezogen wird, wobei die Verluste an Arbeitskräften aufgrund von Aids zu geringerer Nahrungsmittelproduktion führen und so auf lange Sicht die Ernährungssicherheit bedrohen. Insgesamt fühlen die informellen Betriebe die sich abwärts drehende Wirtschaftsspirale besonders stark, die dadurch in Gang gesetzt wird, dass die Märkte schrumpfen, weil Kunden sterben oder aufgrund der medizinischen Behandlungs- und Pflegekosten nur ein Minimum ihres Einkommens anderweitig ausgeben können.

Die geschlechtsspezifischen Aspekte

HIV/Aids trifft und gefährdet Frauen und Männer in unterschiedlicher Weise. Es gibt biologische Faktoren, die Frauen infektionsanfälliger als Männer machen, und strukturelle Ungleichheiten, die es Frauen erschweren, infektionsvorbeugende Maßnahmen zu treffen, und die die Auswirkungen von Aids auf sie verschlimmern.

- Viele Frauen sind in ihrer Ehe oder Beziehung sexuell und ökonomisch abhängig und deshalb nicht in der Lage, sicheren Sex zu fordern oder risikoreiches Sexualverhalten zu verweigern.
- Aufgrund des Kräfteungleichgewichts am Arbeitsplatz sind Frauen der Bedrohung sexueller Belästigungen ausgesetzt.
- Armut ist ein Faktor, der bekanntermaßen zur Aids-Anfälligkeit beiträgt, und Frauen bilden die Mehrheit der Armen in der Welt; bei Armutskrisen ist es wahrscheinlicher, dass Mädchen aus der Schule genommen oder zum Zweck der Zwangsarbeit oder Prostitution verkauft werden.
- Frauen sind wegen des weltweit unter Frauen weiter verbreiteten Analphabetismus – in manchen Ländern ist die Analphabetenquote bei den Frauen doppelt so hoch wie bei den Männern – mit Präventions-Informationen schwerer zu erreichen.
- In vielen Ländern sind ein Großteil der Migranten Frauen, und zusammen mit Kindern bilden sie drei Viertel der Flüchtlinge in der Welt; beide Situationen sind mit einem über dem Durchschnitt liegenden HIV-Infektionsrisiko verbunden. In Konfliktsituationen nimmt die Häufigkeit systematischer Vergewaltigungen von Frauen durch Kriegsparteien zu.
- Die Betreuung HIV-infizierter Familien- und Gemeinschaftsmitglieder wird öfter Frauen und Mädchen aufgebürdet und vermehrt so ihre Arbeitslast und vermindert ihre Möglichkeiten der Erwerbstätigkeit und der Schulbildung.
- Sexistische Eigentums-, Erbschafts-, Vormundschafts- und Unterhaltsgesetze bedeuten, dass mit HIV/Aids lebende Frauen, die ihren Partner verloren haben oder verlassen wurden, weil sie HIV-positiv sind, jegliche finanzielle Sicherheit und ökonomische Möglichkeit entbehren; dies wiederum kann sie dazu zwingen, sich zu verkaufen, um zu überleben. Mädchen sind dabei besonders anfällig für kommerzielle sexuelle Ausbeutung.
- Untersuchungen zeigen die erhöhte Gefährdung von Frauen im Vergleich zu Männern, in Verbindung mit Aids gesellschaftlich stigmatisiert und geächtet zu werden. Besonders in ländlichen Gebieten werden sie gemieden und ausgegrenzt, was wiederum den Druck auf sie erhöht, mit Hilfe sexueller Dienstleistungen zu überleben.
- Die von Frauen ausgeführte Arbeit – ob bezahlt oder nicht – wird eher durch Aids beeinträchtigt. So dominieren Frauen den informellen Sektor, wo die Beschäftigung weder durch Sozialversicherungen noch durch Berufskrankenkassen geschützt ist.

- Weniger Frauen als Männer sind durch Systeme der sozialen Sicherheit oder Berufskrankenkassen abgesichert.
- Männer sind häufig Opfer stereotyper Normen und Regeln für männliches Verhalten, was zu risikoreichem Sexualverhalten oder dazu führen kann, andere zum Geschlechtsverkehr ohne Einwilligung zu zwingen.
- Männer sind in einer Vielzahl von Kategorien gefährdeter Arbeitnehmer überdurchschnittlich stark vertreten und können sich aufgrund ihrer Beschäftigung in Situationen befinden, die ungeschützten sexuellen Beziehungen zwischen Männern Vorschub leisten.
- Aufgrund des herrschenden Kräfteverhältnisses zwischen Mann und Frau spielen Männer eine wichtige Rolle, wenn es um die Entwicklung und Förderung einer verantwortungsbewussten Haltung zur HIV/Aids-Prävention und zum Umgang mit Infizierten geht.

Anhang II

Infektionsbekämpfung am Arbeitsplatz

A. Allgemeine Schutzmaßnahmen beim Umgang mit Blut und Körperflüssigkeiten

Die Allgemeinen Schutzmaßnahmen beim Umgang mit Blut und Körperflüssigkeiten (bekannt als „Allgemeine Schutzmaßnahmen“ oder „Standard-Schutzmaßnahmen“) wurden ursprünglich 1985 von den Krankheitsbekämpfungs- und -verhütungszentren der Vereinigten Staaten (CDC) entwickelt, in erster Linie wegen der HIV/Aids-Epidemie und der dringenden Notwendigkeit neuer Strategien, um Krankenhauspersonal vor einer Infektion durch im Blut befindliche Erreger zu schützen. Der neue Ansatz betonte zum ersten Mal, dass die Allgemeinen Schutzmaßnahmen beim Umgang mit Blut und Körperflüssigkeiten generell bei allen Personen anzuwenden sind, ungeachtet einer vermuteten Infektion.

Die Allgemeinen Schutzmaßnahmen stellen allgemeine Verhaltensnormen für die Infektionsbekämpfung dar, die bei der Betreuung aller Patienten und zu jeder Zeit anzuwenden sind, um das Risiko durch im Blut befindliche Erreger auf ein Mindestmaß zu reduzieren. Sie sehen folgendes vor:

- Vorsicht beim Handhaben und Entsorgen scharfer und spitzer Gegenstände (z. B. Nadeln);
- Händewaschen vor und nach jeder Behandlung;
- Gebrauch von Schutzausrüstung – wie z. B. Handschuhe, Kittel, Masken – bei direktem Kontakt mit Blut oder anderen Körperflüssigkeiten;
- sicheres Entsorgen von mit Körperflüssigkeiten und Blut kontaminiertem Abfall;
- korrekte Desinfektion von Instrumenten und anderem Material und
- korrekten Umgang mit verschmutzter Wäsche.

B. Ausgewählte Richtlinien und Allgemeine Schutzmaßnahmen zur Infektionskontrolle

H.S. Bednarsh und K.J. Eklund: “Infection control: Universal Precautions reconsidered”, in American Dental Hygienists’ Association: Access (Chicago, 1995) Band 11, Nr. 1.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC) National Center for HIV, STD and TB Prevention/Division of HIV/AIDS Prevention: Preventing occupational HIV transmissions to health care workers (aktualisiert im Juni 1999).

South African Law Commission: Aspects of the law relating to AIDS (Projekt Nr. 85): Universal workplace infection control measures (Universal Precautions) (1997).

WHO: WHO guidelines on AIDS and first aid in the workplace, WHO AIDS Reihe 7 (Genf, 1990).

WHO/UNAIDS/ICN (International Council of Nurses): HIV and the workplace and Universal Precautions, Fact sheets on HIV/AIDS for nurses and mid-wives (Genf, 2000).

Anhang III

Eine Prüfliste für die Planung und Umsetzung einer innerbetrieblichen HIV/Aids-Strategie

Arbeitgeber, Arbeitnehmer und ihre Organisationen sollten in konstruktiver und engagierter Weise zusammenarbeiten, um eine Strategie zu HIV/Aids zu entwickeln, die sowohl Arbeitgebern als auch Arbeitnehmern entspricht und ihren Bedürfnissen gerecht wird. Gestützt auf Zusagen von höchster Ebene sollte die Strategie beispielhaft für den Umgang mit HIV/Aids sein. Die Kernelemente dieser Strategie, die in den Abschnitten 6-9 dieses Leitfadens dargestellt werden, umfassen Informationen über HIV und seine Übertragung; Aufklärungsmaßnahmen zur Förderung des Verständnisses des persönlichen Risikos und geeigneter Strategien; praktische Präventionsmaßnahmen, die Verhaltensänderungen fördern und unterstützen; Maßnahmen zur Behandlung und Unterstützung betroffener Arbeitnehmer, unabhängig davon, ob diese selbst oder ihre Familienmitglieder mit HIV/Aids leben; und das Null-Toleranz-Prinzip in Bezug auf jegliche Form der Stigmatisierung oder Diskriminierung am Arbeitsplatz.

Die folgende Aufstellung der einzelnen Schritte zur Entwicklung einer Strategie und eines Programms kann als Prüfliste dienen:

- Ein HIV/Aids-Ausschuss aus Vertretern der Unternehmensleitung, der Führungskräfte, der Arbeitnehmer, der Gewerkschaften, der Personalabteilung, der Ausbildungsabteilung, der Abteilung Arbeitsbeziehungen, der Arbeitsschutzabteilung und der mit Aids lebenden Personen, sofern diese damit einverstanden sind, wird eingesetzt;
- der Ausschuss entscheidet selbst über seinen Arbeitsauftrag, seine Entscheidungsbefugnisse und seine Aufgaben;
- die innerstaatlichen Gesetze und ihre Auswirkungen für das Unternehmen werden überprüft;
- mit Hilfe einer vertraulichen Basisstudie beurteilt der Ausschuss die Auswirkungen der HIV-Epidemie im Betrieb und die Bedürfnisse der von HIV/Aids infizierten und betroffenen Arbeitnehmer;
- der Ausschuss stellt fest, welche Gesundheits- und Informationsdienste bereits vorhanden sind - sowohl im Betrieb als auch auf kommunaler Ebene;
- der Ausschuss formuliert einen Strategie-Entwurf und lässt diesen Entwurf für Anmerkungen zirkulieren, revidiert und billigt ihn;
- der Ausschuss stellt einen Haushalt auf und bemüht sich dabei, soweit erforderlich, um außerbetriebliche finanzielle Mittel und ermittelt die innerhalb des Gemeinwesens vorhandenen Ressourcen;
- zur Umsetzung der Strategie entwickelt der Ausschuss einen Aktionsplan mit einem entsprechenden Zeitrahmen und unter Festlegung der Zuständigkeiten;
- die Strategie und der Aktionsplan werden allgemein verbreitet, z. B. auf Anschlagtafeln, über Rundschreiben, Beilagen zu den Lohn- oder Gehaltsabrechnungen oder im Rahmen spezieller Versammlungen, Einführungskurse und Schulungsveranstaltungen;
- der Ausschuss überprüft die Auswirkungen der Strategie;
- der Ausschuss überprüft die Strategie regelmäßig unter Berücksichtigung der internen Überwachung und externer Informationen über das Virus und seine Auswirkungen am Arbeitsplatz.

Jeder einzelne der vorstehend beschriebenen Schritte sollte in eine umfassende Unternehmenspolitik integriert werden, die methodisch geplant, nachhaltig umgesetzt und laufend überprüft wird.

Anhang II

Nicht erschöpfendes Verzeichnis nationaler HIV/Aids-Gesetze und Politiken

Afghanistan:	Ministerium für Öffentliche Gesundheit, <i>Draft Afghanistan National HIV Code of Ethics</i> , Juni 2007
Ägypten:	<i>National Guidelines for the Management of Sexually Transmitted Infections</i> , 2006
Albanien:	Gesundheitsministerium, <i>The National Strategy of Prevention and Control of HIV/AIDS in Albania 2004–10: Let's keep Albania a low HIV prevalence country</i> , Dezember 2003
Algerien:	<i>STI/HIV/AIDS National Strategic Plan 2007–11</i> , 2006
Angola:	Gesetz Nr. 8/04 von 2003 über HIV und Aids Verordnung Nr. 43/03 zur Billigung von Regelungen zu HIV/Aids, Beschäftigung und Berufsbildung vom 4. Juli 2003
Antigua und Barbuda:	<i>Antigua and Barbuda's National Strategic Plan (2002–05)</i> , 2002
Äquatorialguinea:	<i>National Strategic Framework to Combat AIDS in the Equatorial Guinea 2001–05</i> , 2002
Arabische Republik Syrien:	Erstellt gegenwärtig einen nationalen strategischen HIV/Aids-Plan, der 2008 fertiggestellt werden soll.
Argentinien:	Verordnung Nr. 1058 von 1997 zur Regelung von Abschnitt 33 des Gesetzes über Verletzungen des Rechts auf Privatsphäre Nationales Aids-Gesetz Nr. 23.798 von 1998 Verordnung Nr. 1.244 vom 18. Juli 1998 zum Erlass von Regelungen gemäß dem nationalen Aids-Gesetz Nr. 23.798 von 1998
Armenien:	Entwurf des Arbeitsgesetzes, 2007
Aserbaidschan:	Gesetz zur Bekämpfung von HIV/Aids vom 16. April 1996
Äthiopien:	Arbeitsproklamation Nr. 377/2003 vom 26. Februar 2004 in der bis Arbeits-Proklamation Nr. 494/2006 vom 29. Juni 2006 abgeänderten Fassung Für öffentliche Bedienstete: Proklamation Nr. 515/2006 vom 19. Februar 2007 über öffentliche Bedienstete des Bundes Für den privaten Sektor: Entwurf einer Proklamation zur Verhütung und Bekämpfung von HIV/Aids, 2007
Australien:	Gesetz über Diskriminierung bei Behinderung 1992
Bahamas:	Beschäftigungsgesetz Nr. 27 von 2001
Bangladesch:	Nationaler Aids-Ausschuss, <i>National Policy on HIV/AIDS and STD Related Issues</i> , November 1996
Barbados:	Entwurf des Gesetzes über Beschäftigungsrechte 2000 Sozialpartner von Barbados, <i>Code of Practice on HIV/AIDS and Other Life Threatening</i>

	<i>Illnesses in the Workplace</i> , 2004
Belarus:	Entwurf des Gesetzes über HIV und Aids, 2007 (zur Ablösung des Gesetzes von 1993)
Belgien:	Gesetz über Diskriminierung vom 25. Februar 2005
Belize:	Nationale Aids-Kommission, <i>Draft HIV/AIDS Policy and Legislation</i> , 2003 <i>Policy on HIV/AIDS in the World of Work</i> , Dezember 2005 (dreigliedrig)
Benin:	<i>National Tripartite Declaration to Combat HIV/AIDS in the World of Work</i> , 2005 Gesetz Nr. 2005-31 über die Verhütung, Behandlung und Bekämpfung von HIV/Aids in der Republik Benin vom 5 April 2006
Bolivarische Republik Venezuela:	Verordnung Nr. 1127 von 1990 über HIV/Aids vom 20. September 1990 Gesetz vom 7. Oktober 2003 für HIV/Aids-Aufklärung, Verhütung, Versorgung und Rehabilitation
Bolivien:	Ministerentschließung Nr. 0711 von 2002 zur Verhütung und Bekämpfung von HIV/Aids vom 27 November 2002 Gesetzesentwurf zur Verhütung von HIV/Aids, 2006
Bosnien-Herzegowina:	Gleichstellungsgesetz Nr. 56 von 2003
Botsuana:	Beirat für Arbeitsfragen, <i>National Industrial Relations Code of Good Practice</i> , 23. August 2002 (Anhang Nr. 4) Kommission für den Öffentlichen Dienst, <i>Public Service Code of Conduct on HIV/AIDS</i> , 2003 Innen- und Arbeitsministerium, <i>Policy on HIV/AIDS in the Workplace</i> , 2001 <i>Draft National Policy on HIV/AIDS and Employment</i> , 2007
Brasilien:	Interministerieller Beschluss Nr. 3195 vom 10. August 1988 Interministerielle Verordnung Nr. 869 vom 11. August 1992
Bulgarien:	Gesetz Nr. 23 zur Öffentlichen Gesundheit von 1974 in der bis Gesetz Nr. 144 vom 29. Juli 1994 abgeänderten Fassung Gesetz Nr. 56 von 2003 über Schutz vor Diskriminierung
Burkina Faso:	Gesetzesentwurf über HIV/Aids, 2006 <i>National Tripartite Declaration on HIV/AIDS and STI in the Workplace</i> , 2006 Änderungsentwürfe des Arbeitsgesetzes 2007
Burundi:	Verfassung Ministerium für Arbeit und Soziale Sicherheit, <i>National Sectoral Action Plan to Combat HIV/AIDS in the Workplace 2005–09</i> , Januar 2005 Gesetz Nr. 1/018 über rechtlichen Schutz für Menschen mit HIV und Aids vom 12. Mai 2005 Änderungsentwürfe des Arbeitsgesetzes, 2007 <i>National Tripartite Consensus on HIV/AIDS in the World of Work</i> , 8. November 2007
Chile:	Gesetz Nr. 19.779 von 2001 zur Festlegung von Regeln für HIV und zur Gewährung einer steuerlichen Beihilfe für katastrophale Erkrankungen vom 4. Dezember 2001 in der bis Gesetz Nr. 20.077 vom 24. November 2005 abgeänderten Fassung
China:	Gesetz zur Verhütung von Infektionskrankheiten vom 28. August 1998 in der bis 2004 abgeänderten Fassung Verordnung Nr. 457 von 2006 über Regelungen zur Aids-Verhütung und –Behandlung vom 18. Januar 2006 <i>Richtlinien für HIV/Aids in der Arbeitsstätte – Provinz Guangdong</i> , 1. Dezember 2006 (dreigliedrig)

Costa Rica:	Allgemeines Gesetz Nr. 7771 von 1998 on HIV/Aids vom 29. April 1998 Verordnung Nr. 27894-S von 1999 über Regelungen gemäß dem Allgemeinen Gesetz Nr. 7771 von 1998 über HIV/Aids vom 3. Juni 1999 in der bis zur Verordnung Nr. 33746-S vom 11. Mai 2007 abgeänderten Fassung
Côte d'Ivoire:	<i>National Tripartite Sectoral HIV/AIDS Policy, 2006</i>
Dänemark:	Gesetz Nr. 31 von 2005 über die Achtung des Verbots der Diskriminierung auf dem Arbeitsmarkt in der bis Gesetz Nr. 1542 von 2006 abgeänderten Fassung
Demokratische Republik Kongo:	<i>National Strategic Plan to Combat HIV/AIDS and STI, 1999</i> <i>National Tripartite HIV/AIDS Workplace Policy, 2006</i>
Deutschland:	Allgemeines Gleichbehandlungsgesetz vom 7. Juli 2007
Die ehem. jugoslawische Republik Mazedonien:	<i>Programme for the Protection of the Population against AIDS, 13. April 2004</i>
Dominica:	<i>National Strategic Plan for HIV/AIDS 2003–07, 2003</i>
Dominikanische Republik:	Arbeitsgesetz, Gesetz Nr. 16 vom 29. Mai 1992 in der bis 1998 abgeänderten Fassung (Chancengleichheit) Gesetz Nr. 55-93 über HIV/Aids vom 31. Dezember 1993 Verordnung Nr. 25 von 2002 über Verfahren zur Behandlung von STDs vom März 2002
Dschibuti:	Entschließung Nr. 06 von Juli 2006 zur Bekämpfung der Aids-Epidemie und zum Schutz von Menschen mit HIV/Aids Gesetz Nr. 174 von 2007 über Schutzmaßnahmen für Menschen mit HIV/Aids und andere verletzte Gruppen vom 22. April 2007
Ecuador:	Gesetz Nr. 2000–11 über HIV/Aids vom 2. Dezember 1999 Ministerverordnung Nr. 00389 von 2006 über das Verbot verbindlicher HIV/Aids-Tests für Arbeitnehmer vom 2. Dezember 2006
El Salvador:	Gesetz Nr. 588 von 2001 über die Verhütung und Bekämpfung von HIV/Aids vom 23. November 2001 in der durch Verordnung Nr. 1016 vom 11. November 2002 abgeänderten Fassung
Eritrea:	<i>National Strategic Plan on HIV/AIDS/STIs 2003–07, April 2003</i>
Estland:	Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten vom 12. Februar 2003 Gesetz vom 15. April 1992 über Arbeitsverträge in der bis 2004 abgeänderten Fassung (Chancengleichheit)
Fidschi:	Entwurf des Beschäftigungsgesetzes, 2006 Ministerium für Arbeit und Arbeitsbeziehungen, Fremdenverkehr und Umwelt, <i>Code of Practice on HIV/AIDS in the Workplace, 2007</i>
Finnland:	Verordnung Nr. 462 vom 21. Mai 2003 über ansteckende Krankheiten in der bis Verordnung Nr. 1383 vom 30. Dezember 2003 abgeänderten Fassung Gesetz Nr. 21 von 2004 über Nichtdiskriminierung in der bis Gesetz Nr. 50 von 2006 abgeänderten Fassung
Frankreich:	Gesetzbuch des öffentlichen Gesundheitswesens Gesetz Nr. 102 von 2005 über Gleichberechtigung und Chancengleichheit, Mitwirkung und Bürgerrechte von Behinderten vom 11. Februar 2005
Gabun:	<i>National Strategic HIV/AIDS Plan 2001–06, 2001</i>
Gambia:	Nationales Aids-Sekretariat, <i>National HIV/AIDS Strategic Plan 2003–08, 2002</i>
Georgien:	Arbeitsgesetzbuch vom 25. Mai 2005 (enthält keinen ausdrücklichen Verweis auf HIV/Aids,

	sieht jedoch in Abschnitt 54(1) b) vor, dass für Tests Regelungen vorzusehen sind)
Ghana:	Nationaler Dreigliedriger Ausschuss und Ghana-Aids-Kommission, <i>National Workplace HIV/AIDS Policy</i> , 15. Dezember 2004
Grenada:	<i>National HIV Program</i> , 2002
Griechenland:	Gleichbehandlungsgesetz Nr. 3304 vom 27. Januar 2005
Guatemala:	Allgemeines Gesetz zur Bekämpfung von HIV/Aids und zur Förderung, zum Schutz und zur Verteidigung der Menschenrechte, Verordnung Nr. 27 vom 26. Juni 2000
Guinea:	<i>Tripartite Declaration to Combat HIV/AIDS in the Workplace</i> , 2003 Gesetz Nr. L/2005/025/AN über die Verhütung, Behandlung und Bekämpfung von HIV/Aids vom 15. Juli 2005
Guinea-Bissau:	<i>National Tripartite Declaration on HIV/AIDS and the Workplace</i> , 2006 Gesetzesentwurf über die Verhütung, Behandlung und Kontrolle von HIV/Aids, 2007
Guyana:	Entwurf von HIV/Aids-Regelungen, 2006
Haiti:	Ministerium für Gesundheit und Bevölkerungsfragen, <i>National Strategic Plan for the Prevention and Control of STI and HIV/AIDS in Haiti 2002–06</i> , März 2002
Honduras:	<i>National Strategy to Combat AIDS</i> , 2006 (dreigliedrig) Verordnung Nr. 147-99 zur Billigung des Allgemeinen Gesetzes über HIV/Aids vom 9. September 1999 Verordnung Nr. 009 von 2003 zur Billigung von Regeln, die gemäß dem Allgemeinen Gesetz Nr. 147-99 über HIV/Aids vom 18. März 2003 erlassen werden
Indien:	<i>Draft National Policy on HIV/AIDS and the Workplace</i> , 2007
Indonesien:	<i>Tripartite Declaration – Commitment to Combat HIV/AIDS in the World of Work</i> , 2003 Verordnung zur Verhütung und Bekämpfung von HIV/Aids in der Arbeitsstätte, Nr. KEP.68/MEN/2004 vom 28. April 2004 Generaldirektor für Personalmanagement und -überwachung, <i>Technical Guidance on HIV/AIDS Prevention and Control in the Workplace</i> , Beschluss Nr. 20/DJPPK/VI/2005 vom 16. June 2005
Irland:	Gleichstellungsgesetz Nr. 24 von 2004
Islamische Republik Iran:	<i>National Strategy Programme on Prevention and Control of HIV/AIDS 2002–06</i> , 2002
Island:	Gesetz Nr. 19 von 1997 über ansteckende Krankheiten in der bis zu Gesetz Nr. 164 von 2002 abgeänderten Fassung Gesetz Nr. 96 von 2000 über die Gleichstellung und die gleichen Rechte von Frauen und Männern
Israel:	Gesetz Nr. 5748 von 1988 über die Beschäftigung (Chancengleichheit) Regel Nr. 45 von 2000 zur Verhütung von HIV-Infektionen zwischen Sexualpartnern, Richtlinie des Leiters der Ärztlichen Verwaltungsbehörde vom 18. Dezember 2005
Italien:	Gesetz Nr. 135 vom 8. Juni 1990 über dringende Maßnahmen zur Verhütung und Bekämpfung von Aids Gesetz Nr. 145 vom 30. Mai 2005 über Chancengleichheit
Jamaika:	Ministerium für Arbeit und Soziale Sicherheit, <i>National Workplace Policy on HIV/AIDS</i> , Mai 2005
Japan:	Gesetz über die Verhütung von Infektionskrankheiten und ärztliche Versorgung von Patienten mit Infektionskrankheiten, Gesetz Nr. 114 vom 2. Oktober 1998 in der bis Gesetz Nr. 145 von 2003 abgeänderten Fassung

	Ministerium für Gesundheit, Arbeit und Sozialfürsorge, <i>Guidelines on the Prevention of Specified Infectious Diseases for AIDS</i> , Benachrichtigung Nr. 89 vom 2. März 2006
Jordanien:	<i>National Strategic Plan for AIDS for 2004–09</i>
Kambodscha:	Gesetz Nr. NS/RKM/0702/015 über die Verhütung und Bekämpfung von HIV/Aids vom 26. Juli 2002
Kamerun:	<i>Draft Tripartite Declaration to Combat HIV/AIDS at the Workplace</i> , 2006 Hat außerdem zahlreiche Gesetze zur Einsetzung unterschiedlicher Ausschüsse angenommen; ein allgemeines Gesetz über HIV/Aids wurde jedoch noch nicht angenommen
Kanada:	Bundesebene: Kanadisches Menschenrechtsgesetz
Kap Verde:	Nationaler Koordinierungsausschuss zur Bekämpfung von Aids, <i>National Strategic Plan against AIDS 2002–06</i> , Februar 2002
Kasachstan:	Gesetzesentwurf über die Verhütung von Aids, 2007 (zur Ablösung des Gesetzes von 1994) Republikanische Arbeitergewerkschaften und Republikanische Arbeitgeberverbände, <i>General Tripartite Agreement on HIV/AIDS 2007–08</i> , 25. Dezember 2006
Kenia:	Gesetz Nr. 14 von 2006 zur Verhütung und Bekämpfung von HIV/Aids
Kirgistan:	Gesetz Nr. 149 von 2005 über HIV/Aids in der Republik Kirgistan vom 13. August 2005
Kiribati:	<i>Tuberculosis and HIV Programme</i> , 2006
Kolumbien:	Verordnung Nr. 1543 von 1997 zur Festlegung von Regeln für den Umgang mit HIV/Aids und STDs vom 6. Dezember 1997 Gesetz Nr. 972 mit Regelungen zur Verbesserung der Betreuung von Menschen, die unter Erkrankungen, insbesondere HIV/Aids leiden, vom 15. Juli 2005
Komoren:	Nationaler Koordinierungsausschuss zur Bekämpfung von Aids, <i>National Strategic Plan to Combat AIDS 2006–10</i> , Oktober 2006
Kongo:	Nationales Programm zur Bekämpfung von Aids, <i>National Strategy Framework to Combat HIV/AIDS/STI in the Republic of Congo</i> , November 2002
Republik Korea:	Gesetz Nr. 308 vom 2. Februar 1954 zur Verhütung ansteckender Krankheiten in der bis zu Gesetz Nr. 7148 vom 29. Januar 2004 abgeänderten Fassung <i>Guidelines on HIV/AIDS Prevention</i> , 2006
Kroatien:	Ministerium für Gesundheit und Sozialfürsorge, <i>Gesetz über Infektionskrankheiten</i> , 1996
Kuba:	Gesundheitsministerium, <i>Regelungen zur Betreuung von HIV/Aids-infizierten Personen</i> , 1997
Laotische Demokratische Volksrepublik:	Für den öffentlichen Sektor: <i>Guidelines on HIV/AIDS Prevention</i> , 2006
Lesotho:	Abänderungsgesetz Nr. 5 von 2006 zum Arbeitsgesetzbuch Arbeitsministerium, <i>Guidelines for the Implementation of the Labour Code</i> , 2007
Lettland:	Regelung Nr. 328 von 1997 über die Bekämpfung von HIV-Infektionen und der Verbreitung von Aids vom 23. September 1997 Arbeitsgesetz in der bis 2006 abgeänderten Fassung (Chancengleichheit)
Libanon:	<i>National Strategic Plan 2004–09</i> , 2003
Liberia:	Nationale Aids-Kommission, <i>National Strategic Framework on HIV/AIDS</i> , 2004
Litauen:	Gesetz vom 18. November 2003 über Chancengleichheit
Luxemburg:	Gesetz vom 28. November 2006 über Chancengleichheit
Madagaskar:	<i>Tripartite Declaration to Combat STI and HIV/AIDS at the Workplace</i> , 2005

	Gesetz Nr. 2005-040 zur Bekämpfung von HIV/Aids und zum Schutz der Rechte von Menschen mit HIV/Aids vom 20. Februar 2006
	Verordnung Nr. 2006-904 zur Durchführung des Gesetzes Nr. 2005-040 zur Bekämpfung von HIV/Aids und zum Schutz der Rechte von Menschen mit HIV/Aids vom 19. Dezember 2006
Malawi:	Entwurf des Abänderungsgesetzes zum Arbeitsrecht vom 6. September 2006 <i>National Tripartite Policy on HIV/AIDS in the Workplace</i> , November 2007
Malaysia:	Malaysischer Aids-Rat, <i>Malaysian HIV/AIDS Charter, Shared Rights – Shared Responsibilities</i> , 1995 Ministerium für Humanressourcen, <i>Code of Practice on Prevention and Management of HIV/AIDS at the Workplace</i> , Hauptabteilung Arbeitsschutz, 2001
Mali:	Gesetz Nr. 06-028 zur Festlegung von Regeln für die Verhütung, Versorgung und Bekämpfung von HIV/Aids vom 29. Juni 2006
Malta:	Beschäftigungs- und Arbeitsbeziehungsgesetz Nr. 22 von 2002 (Chancengleichheit) Auslegungsverfügung von 2003 zum Beschäftigungs- und Arbeitsbeziehungsgesetz
Marokko:	<i>National Strategic Plan 2007–11</i> , 2006
Marshall-Inseln:	Gesetz von 1988 zur Verhütung und Bekämpfung ansteckender Krankheiten
Mauretanien:	Hat 2003 zwei Gesetze angenommen, um die nationale Behörde einzurichten und den sektoralen Kampf gegen Aids zu koordinieren (Verordnung Nr. 027-2003 vom 24. März 2003 und Beschluss Nr. 01305 vom 26. Juni 2003), verfügt jedoch noch nicht über ein spezifisches HIV/Aids-Gesetz
Mauritius:	HIV- und Aids-Gesetz Nr. 31 von 2006
Mexiko:	Amtliche Regelung Nr. 010-SSA2-1993 über die Verhütung und Bekämpfung von HIV-Infektionen in der bis 16. März 2000 abgeänderten Fassung Regelung Nr. 039-SSA über die Verhütung und Bekämpfung sexuell übertragbarer Infektionen vom 24. Januar 2004
Republik Moldau:	Gesetz Nr. 23-XVI über die Verhütung und Bekämpfung von HIV/Aids vom 16. Februar 2006
Mongolei:	Gesetz über die Verhütung der HIV-Infektion und des Erworbenen Immundefekt-Syndroms vom 13. Mai 2004 <i>Draft Tripartite Declaration on HIV/AIDS Prevention in the World of Work</i> , 2007
Republik Montenegro:	Gesetz über den Schutz der Bevölkerung vor Infektionskrankheiten vom 20. Juni 2005
Mosambik:	Gesetz Nr. 5/2002 über HIV/Aids und Arbeitnehmer vom 5. Februar 2002 Arbeitsgesetz vom 11. Mai 2007
Myanmar:	Gesundheitsministerium, <i>National Strategic Plan on HIV and AIDS 2006–10</i> , 2005
Namibia:	<i>Guidelines for Implementation of the National Code on HIV/AIDS in Employment</i> , Nr. 78 von 1998 <i>Namibian HIV/AIDS Charter of Rights</i> vom 11. Dezember 2000 Arbeitsgesetz Nr. 15 von 2004
Nepal:	Entwurf des HIV- und Aidsgesetzes (Verhütung, Bekämpfung und Behandlung), 2063 (2007) (erstellt von der nichtstaatlichen Organisation: Forum für Frauen, Recht und Entwicklung) <i>National Policy on HIV/AIDS for Workplaces</i> , Oktober 2007 (dreigliedrig)
Neuseeland:	Menschenrechtsgesetz
Nicaragua:	Gesetz Nr. 238 von 1996 zur Förderung, zum Schutz und zur Verteidigung der Menschenrechte von HIV-infizierten Personen vom 14. Oktober 1996

	<i>Occupational Safety and Health Rules Applicable for Exposure to Biological Risks, such as HIV/AIDS</i> vom 21. November 2005
Niederlande:	Gesetz von 2000 über Chancengleichheit in der bis 23. März 2004 abgeänderten Fassung
Niger:	<i>Draft HIV/AIDS Workplace Policy</i> , 2006
Nigeria:	Entwurf eines Gesetzes über Arbeitsnormen vom Juli 2004 Bundesministerium für Arbeit und Produktivität, <i>National Workplace Policy on HIV/AIDS</i> , 10 September 2007 Gesetzesentwurf für Bestimmungen zur Verhütung von HIV- und Aids-basierter Diskriminierung und zum Schutz der Menschenrechte und Würde von Menschen, die mit HIV leben oder davon betroffen sind, und andere dazugehörige Fragen, September 2007
Norwegen:	Gesetz Nr. 4 von 1977 zur Achtung des Arbeitnehmerschutzes und der Arbeitsumwelt in der bis Gesetz Nr. 38 von 2005 abgeänderten Fassung
Österreich:	Aids-Gesetz von 1993 in der bis 2001 abgeänderten Fassung Gesetz über Gleichbehandlung in der bis 1. Juli 2004 abgeänderten Fassung
Pakistan:	Gesetzesentwurf zur Verhütung und Behandlung von HIV und Aids, 2006
Panama:	Gesetz Nr. 3 von 2000 über STDs und HIV/Aids vom 5. Januar 2000
Papua-Neuguinea:	Gesetz Nr. 4 von 2003 über den Umgang mit HIV/Aids und Präventionsmaßnahmen vom 2. Juli 2003 Ministerium für Arbeit, Arbeitsbeziehungen und Fremdenverkehr und Umwelt, <i>National Code of Practice for HIV/AIDS in the Workplace</i> , 2007 Arbeitsbeziehungsgesetz Nr. 36 von 2007
Peru:	Gesetz Nr. 26626 über HIV/Aids vom 15. Juni 1996
Philippinen:	Gesetz Nr. 8504 zur Verhütung und Bekämpfung von Aids vom 13. Februar 1998
Polen:	Arbeitsgesetz von 1974 in der bis 2003 abgeänderten Fassung (Chancengleichheit)
Portugal:	Gesetz Nr. 18 über Chancengleichheit vom 5. November 2004
Ruanda:	Nationaler Ausschuss zur Bekämpfung von Aids, <i>National Strategic Multisectoral Plan to Combat HIV and AIDS 2005–09</i> , Dezember 2005
Rumänien:	Verordnung Nr. 137 über die Verhütung und Bestrafung aller Formen von Diskriminierung vom 31. August 2000 in der bis Gesetz Nr. 53 von 24. Januar 2003 abgeänderten Fassung Gesetz Nr. 584 über Maßnahmen zur Verhütung der Verbreitung von HIV in Rumänien und zum Schutz von HIV-Infizierten oder an Aids Erkrankten vom 29. Oktober 2002
Russische Föderation:	Bundesgesetz über die Verhütung und Verbreitung der durch HIV-Infektionen hervorgerufenen Erkrankungen in der Russischen Föderation vom 1. August 1995 <i>Erklärung über die nationale Vereinbarung der dreigliedrigen Partner über HIV/AIDS und die Welt der Arbeit</i> vom 19. Dezember 2005 <i>Dreigliedrige Vereinbarung zwischen der Regierung der Region Moskau, des Gewerkschaftsrates der Region Moskau und des Arbeitgeberverbandes der Region Moskau für 2006 bis 2008</i> vom 10. November 2005 <i>Dreigliedrige Vereinbarung für die Region Murmansk für 2006 bis 2008</i> vom November 2005
Saint Kitts und Nevis:	Gesundheitsministerium, <i>Strategic Plan for the National Response to HIV/AIDS in Saint Kitts and Nevis (NSP) 2000–05</i>
Saint Lucia:	<i>National Strategic Plan (2004–09)</i>
Saint Vincent und die Grenadinen:	<i>Scaling-up of the HIV Prevention and Control Programme in Saint Vincent and the Grenadines in 2001</i>

Salomon-Inseln:	Gesetzesentwurf über Arbeitsbeziehungen, 2006
Sambia:	Entwurf von Regelungen zur Beschäftigung bei HIV/Aids, 2002 <i>Draft National Policy on HIV/AIDS and the World of Work, 2006</i>
Samoa:	<i>National HIV/AIDS Prevention and Control Program, 1987</i>
San Marino:	Gesetz Nr. 71 von 1991 über die berufliche Eingliederung von Invaliden und Personen mit Behinderungen vom 29. Mai 1991
São Tomé und Príncipe:	Nationales Programm zur Bekämpfung von Aids, <i>National Strategy to Combat AIDS 2004–08</i>
Saudi-Arabien:	In ihrem jüngsten UNGASS-Bericht wird auf eine innerstaatliche Politik verwiesen.
Schweden:	Gesetz Nr. 307 von 2003 über das Verbot der Diskriminierung in der bis Gesetz Nr. 69 von 2006 abgeänderten Fassung
Schweiz:	Vollzugsverordnung über die Meldung übertragbarer Krankheiten des Menschen vom 13. Januar 1999
Senegal:	Gesetzesentwurf zu HIV/Aids, 2007
Serbien:	<i>National Strategy Action Plan for the Fight against HIV/AIDS in Serbia 2005–10, 2005</i>
Seschellen:	Beschäftigungsgesetz Nr. 2 von 1995 in der bis Gesetz Nr. 4 vom 25. April 2006 abgeänderten Fassung
Sierra Leone:	Gesetzesentwurf zur Verhütung und Bekämpfung von HIV und Aids, 2007 Nationales HIV/AIDS-Sekretariat, <i>National Workplace Policy on HIV/AIDS</i> , Dezember 2006 <i>Draft HIV/AIDS Workplace Policy for the Mining Sector, 2007</i> <i>Draft HIV/AIDS Workplace Policy for the Maritime Sector, 2007</i>
Simbabwe:	Arbeitsgesetz Nr. 16 von 1985 in der bis zum Gesetz Nr. 17 von 2002 abgeänderten Fassung <i>HIV/AIDS Policy for the Mining Sector, 2006</i> <i>HIV/AIDS Policy for the Transport Sector, 2003</i>
Singapur:	Gesetz über Infektionskrankheiten, Kapitel 137 vom 1. August 1977 in der bis Rechtsinstrument Nr. 7 von 2003 abgeänderten Fassung
Slowakei:	Arbeitsgesetz in der bis 2004 abgeänderten Fassung (Chancengleichheit)
Slowenien:	Gesetz über berufliche Rehabilitation und die Beschäftigung von Behinderten von 2004 Gesetz über Chancengleichheit von 2004
Somalia:	<i>Strategic Framework for HIV/AIDS Prevention and Control in Somali Populations 2003–08, 2003</i>
Spanien:	Gesetz Nr. 3 von 2007 zur Chancengleichheit
Sri Lanka:	<i>Draft National HIV/AIDS Policy, 2007</i> <i>National Tripartite Declaration on Prevention of HIV/AIDS at Workplaces in Sri Lanka, 3. April 2007</i>
Südafrika:	Gesetz Nr. 75 von 1997 über grundlegende Beschäftigungsbedingungen Gesetz Nr. 55 von 1998 über Gleichstellung in der Beschäftigung Gesetz Nr. 131 von 1998 über ärztliche Programme <i>Code of Practice on Key Aspects of HIV/AIDS and Employment, 1. Dezember 2000</i> Regelungen Nr. 480 vom 24. April 2006 zur Gleichstellung in der Beschäftigung
Sudan:	Gesetzesentwurf zu HIV/Aids, 2006

Swasiland:	Ministrium für Gesundheit und Sozialfürsorge, <i>Policy on HIV/AIDS and STD Prevention and Control</i> , 1998 <i>National Multisectoral HIV and AIDS Policy</i> , Juni 2006 <i>Tripartite Declaration to Combat HIV/AIDS at Workplaces in Swaziland</i> , 2006
Tadschikistan:	Gesetz über die Antwort auf HIV/Aids, 2005 <i>Nationales Dreigliedriges Programm über HIV/AIDS in der Welt der Arbeit</i> , 2007
Thailand:	<i>Thai National Code of Practice on Prevention and Management of HIV/AIDS in the Workplace</i> , 2005
Timor-Leste:	Gesundheitsministerium, <i>National HIV/AIDS/STIs Strategic Plan 2006–10</i> , 2006
Togo:	<i>National Tripartite Consensus Declaration concerning HIV/AIDS at the Workplace</i> , 2004 Gesetz Nr. 2005-012 zum Schutz von Menschen mit HIV/Aids vom 14. Dezember 2005
Trinidad und Tobago:	<i>National AIDS Strategic Plan (NSP) 2004–08</i>
Tschad:	Gesetzesentwurf zur Bekämpfung von HIV/Aids/STDs und zur Gewährung von rechtlichen Schutz für Menschen mit HIV/Aids, 2006
Tschechische Republik:	Gesetz Nr. 26 von 2004 über Chancengleichheit
Tunisien:	Gesetz Nr. 921-71 über ansteckende Krankheiten vom 27. Juli 1992 in der abgeänderten Fassung
Türkei:	Gesetz Nr. 5378 über Behinderte und die Abänderung bestimmter Gesetze und Verordnungen vom 1 Juli 2005
Turkmenistan:	Gesetz über die Verhütung von HIV Infektionen, 2001
Uganda:	Beschäftigungsgesetz Nr. 6 vom 24. Mai 2006
Ukraine:	Gesetz Nr. 1972-12 über die Verhütung von Aids und den sozialen Schutz der Bevölkerung in der bis 1998 abgeänderten Fassung
Ungarn:	Gesetz Nr. CXXV über Gleichbehandlung und die Förderung der Chancengleichheit vom 22 Dezember 2003
Uruguay:	Gesundheitsministerium, <i>Guidelines for Sexually Transmitted Diseases</i> vom 29. Dezember 2005
Usbekistan:	Gesetz über die präventive Behandlung von durch Aids hervorgerufenen Erkrankungen vom 19. August 1999
Vereinigte RepublikTansania:	Gesetz Nr. 6 vom 4. Juni 2004 über Beschäftigung und Arbeitsbeziehungen Büro des Präsidenten, Public Service Management, <i>Services to Public Servants Living with HIV and those Infected with AIDS</i> , Rundschreiben Nr. 2 von 2006 für den Öffentlichen Dienst <i>Draft Tripartite Code of Good Practice on HIV/AIDS</i> , 2007
Vereinigte Staaten:	Bundesebene: Gesetz von 1990 über Amerikaner mit Behinderungen
Vereinigtes Königreich:	Gesetz von 2005 über die Diskriminierung bei Behinderungen
Vietnam:	Gesetz Nr. 64/2006/QH11 über HIV/Aids-Verhütung und -Bekämpfung vom 29. Juni 2006 Verordnung Nr. 108/2007/ND-CP2 zur Durchführung einer Reihe von Artikeln des Gesetzes über HIV/Aids-Verhütung und Bekämpfung vom 26. Juni 2007
Zentralafrikanische Republik:	Nationaler Ausschuss zur Bekämpfung von Aids, <i>National Strategic Framework to Combat HIV/AIDS 2006–10</i> , Juni 2006
Zypern:	Gesetz Nr. 57(I) von 2004 über Behinderte (Abänderungsgesetz)

Anhang III

Nationale HIV/Aids-Rechtsvorschriften und -Politiken

Länder	Allgemeine HIV/Aids-Rechtsvor./-Politiken	HIV/Aids integriert in Rechtsvor. über Chancengleichheit	HIV/Aids integriert in Rechtsvor. zur öffentlichen Gesundheit	HIV/Aids integriert in die Arbeitsgesetzgebung	Arbeitsstättenregelungen/-politiken zu HIV/Aids	Dreigliedrige Erklärungen	Nationale HIV/Aids-Politiken
Afghanistan	X						
Ägypten			X				
Albanien							X
Algerien							X
Angola	X				X		
Antigua und Barbuda							X
Äquatorialguinea							X
Argentinien	X						
Armenien				X			
Aserbaidshan	X						
Äthiopien	X			X	X		
Australien		X					
Bahamas				X			
Bangladesch	X						
Barbados				X	X		
Belarus	X						
Belgien		X					
Belize	X				X	X	
Benin	X					X	
Bolivien	X						
Bosnien-Herzegowina		X					

Länder	Allgemeine HIV/Aids-Rechtsvor./-Politiken	HIV/Aids integriert in Rechtsvor. über Chancengleichheit	HIV/Aids integriert in Rechtsvor. zur öffentlichen Gesundheit	HIV/Aids integriert in die Arbeitsgesetzgebung	Arbeitsstättenregelungen/-politiken zu HIV/Aids	Dreigliedrige Erklärungen	Nationale HIV/Aids-Politiken
Botsuana	X				X	X	
Brasilien	X						
Bulgarien		X	X				
Burkina Faso	X			X		X	
Burundi	X	X		X	X	X	
Chile	X						
China	X		X		X	X	
Costa Rica	X						
Côte d'Ivoire						X	
Dänemark		X					
Dem. Rep. Kongo						X	X
Deutschland		X					
Die ehemalige jugoslawische Rep. Mazedonien	X						
Dominica							X
Dominikanische Republik	X		X	X			
Dschibuti	X						
Ecuador	X				X		
El Salvador	X						
Eritrea							X
Estland			X	X			
Fidschi				X	X		
Finnland		X	X				
Frankreich		X	X				
Gabun							X
Gambia							X
Georgien				X			
Ghana						X	
Grenada							X
Griechenland		X					

Länder	Allgemeine HIV/Aids-Rechtsvor./-Politiken	HIV/Aids integriert in Rechtsvor. über Chancengleichheit	HIV/Aids integriert in Rechtsvor. zur öffentlichen Gesundheit	HIV/Aids integriert in die Arbeitsgesetzgebung	Arbeitsstättenregelungen/-politiken zu HIV/Aids	Dreigliedrige Erklärungen	Nationale HIV/Aids-Politiken
Guatemala	X						
Guinea	X					X	
Guinea-Bissau	X					X	
Guyana	X						
Haiti							X
Honduras	X					X	X
Indien	X				X	X	
Indonesien					X	X	
Islamische Republik Iran							X
Irland		X					
Island		X	X				
Israel	X	X					
Italien	X	X					
Jamaika					X		
Japan	X		X				
Jordanien							X
Kambodscha	X						
Kamerun	X					X	
Kanada		X					
Kap Verde							X
Kasachstan	X					X	
Kenia	X						
Kirgistan	X						
Kiribati			X				
Kolumbien	X						
Komoren							X
Kongo							X
Republik Korea	X		X				
Kroatien			X				
Kuba	X						

Länder	Allgemeine HIV/Aids-Rechtsvor./-Politiken	HIV/Aids integriert in Rechtsvor. über Chancengleichheit	HIV/Aids integriert in Rechtsvor. zur öffentlichen Gesundheit	HIV/Aids integriert in die Arbeitsgesetzgebung	Arbeitsstättenregelungen/-politiken zu HIV/Aids	Dreigliedrige Erklärungen	Nationale HIV/Aids-Politiken
Laotische Demokratische Volksrepublik					X		
Lesotho				X	X		
Lettland	X			X			
Libanon							X
Liberia							X
Litauen		X					
Luxemburg		X					
Madagaskar	X					X	
Malawi				X		X	
Malaysia	X				X		
Mali	X						
Malta				X			
Marokko							X
Marshall-Inseln			X				
Mauretanien	X						
Mauritius	X						
Mexiko	X		X				
Republik Moldau	X						
Mongolei	X					X	
Republik Montenegro			X				
Mosambik				X	X		
Myanmar							X
Namibia	X			X	X		
Nepal	X				X	X	
Neuseeland		X					
Nicaragua	X				X		
Niederlande		X					
Niger					X		
Nigeria	X	X		X	X		
Norwegen				X			

Länder	Allgemeine HIV/Aids-Rechtsvor./-Politiken	HIV/Aids integriert in Rechtsvor. über Chancengleichheit	HIV/Aids integriert in Rechtsvor. zur öffentlichen Gesundheit	HIV/Aids integriert in die Arbeitsgesetzgebung	Arbeitsstättenregelungen/-politiken zu HIV/Aids	Dreigliedrige Erklärungen	Nationale HIV/Aids-Politiken
Österreich	X	X					
Pakistan	X						
Panama	X						
Papua-Neuguinea	X			X	X		
Peru	X						
Philippinen	X						
Polen				X			
Portugal		X					
Republik Korea	X		X				
Ruanda							X
Rumänien	X	X					
Russische Föderation	X					X	
Saint Kitts und Nevis							X
Saint Lucia							X
Saint Vincent und die Grenadinen							X
Salomon-Inseln				X			
Sambia				X	X		
Samoa							X
San Marino		X					
São Tomé und Príncipe							X
Saudi-Arabien							X
Schweden		X					
Schweiz			X				
Senegal	X						
Serbien							X
Seschellen				X			
Sierra Leone	X				X		
Simbabwe				X	X	X	
Singapur			X				
Slowakei				X			

Länder	Allgemeine HIV/Aids-Rechtsvor./-Politiken	HIV/Aids integriert in Rechtsvor. über Chancengleichheit	HIV/Aids integriert in Rechtsvor. zur öffentlichen Gesundheit	HIV/Aids integriert in die Arbeitsgesetzgebung	Arbeitsstättenregelungen/-politiken zu HIV/Aids	Dreigliedrige Erklärungen	Nationale HIV/Aids-Politiken
Slowenien		X					
Somalia							X
Spanien		X					
Sri Lanka	X					X	
Südafrika		X		X	X		
Sudan	X						
Swasiland	X					X	
Arab. Republik Syrien							X
Tadschikistan	X					X	
Vereinigte Republik Tansania				X	X	X	
Thailand					X		
Timor-Leste							X
Togo	X					X	
Trinidad und Tobago							X
Tschad	X						
Tschechische Republik		X					
Tunisien			X				
Türkei		X					
Turkmenistan	X						
Uganda				X			
Ukraine	X						
Ungarn		X					
Uruguay			X				
Usbekistan	X						
Bolivarische Republik Venezuela	X				X		
Vereinigte Staaten		X					
Vereinigtes Königreich		X					
Vietnam	X				X		

Länder	Allgemeine HIV/Aids-Rechtsvor./-Politiken	HIV/Aids integriert in Rechtsvor. über Chancengleichheit	HIV/Aids integriert in Rechtsvor. zur öffentlichen Gesundheit	HIV/Aids integriert in die Arbeitsgesetzgebung	Arbeitsstättenregelungen/-politiken zu HIV/Aids	Dreigliedrige Erklärungen	Nationale HIV/Aids-Politiken
Zentralafrikan. Republik							X
Zypern		X					