

²² Musa Dube, *HIV and AIDS Related Stigma: Implications for Theological Education, Research, Communication and Community*, in: UNAIDS (Hg.), *A Report of a Theological Workshop Focusing on HIV and AIDS Related Stigma*, Genf 2005, 57.

²³ Tinyiko S. Maluleke, *African "Ruths", Ruthless Africas*, in: Musa Dube (Hg.), *Other Ways of Reading: African Women and the Bible*, Atlanta/Genf 2001, 238.

²⁴ Dube, *HIV/AIDS and the Curriculum*, aaO., 95.

²⁵ Denise Ackermann, *Tamar's Cry: Re-reading an Ancient Text in the Midst of an HIV/AIDS Pandemic*, Stellenbosch 2002 (überarbeitete Ausgabe des London Catholic Institute of International Relations), 21.

Aus dem Englischen übersetzt von Gabriele Stein

HIV/Aids – ein Kommentar

Regina Ammicht Quinn und Hille Haker

I

„Sie hatte lange gewartet, bis sie es Jamal erzählte. Er war erst vier, als sie es erfahren hatte. [...]

Er war sieben, als [...] Zoe zu dem Entschluss kam, dass sie nicht länger warten konnte. Sie schmierte ihm ein Brot, setzte sich zu ihm an den Tisch. [...]

„Jamal, mein Schatz“, sagte sie. „Du weißt doch, was Aids ist, stimmt’s?“

Jamal kaute an seinem Brot. Er hielt es mit beiden Händen, wie ein viel kleineres Kind. Er musste sich dringend die Haare schneiden lassen. Lange, zottige schwarze Korkenzieherlocken fielen ihm in Stirn und Nacken. Sie ertappte sich dabei, wie sie seine Wimpern anstarrte.

Ob er zu Weihnachten wohl gern ein Fahrrad hätte?, fragte sie sich. Würde ihm damit auch nichts passieren?

Er nickte. [...]

„Tja. Ich habe es. Es ist in mein Blut geraten, und ich könnte krank werden. Ich werde wahrscheinlich krank.“

„Wann?“

„Ich weiß es nicht. Es könnte jederzeit passieren. Ich dachte, ich sollte es dir lieber gleich sagen.“ [...]

„Wirst du sterben?“ fragte er.

„Ich weiß es nicht. Ich hoffe nicht. Könnte aber sein.“ [...]

„Ich hab’s aber nicht. Oder?“

„Nein. Ich bin schon vor Jahren mit dir zum Test gegangen. Wahrscheinlich kannst du

dich gar nicht mehr daran erinnern. Der Doktor hat dir etwas Blut abgezapft, und du hast 'ne halbe Stunde lang geschrien. Aber nein, dir fehlt nichts. 'Kann ich rauf zu Ernesto gehen?' [...] Er stand auf, ging zur Tür. "

Michael Cunningham, *Fleisch und Blut*, Zürich 1996, S. 321ff.

„Wenn ich fort bin, wird Aida eine große Verantwortung übernehmen müssen. Um ihretwillen versuche ich zu leben, so lange ich kann.

Weiß sie davon?

Christine sah mich fragend an.

Natürlich weiß sie davon.

Was hast du ihr gesagt?

Das, was gesagt werden muss. Sie wird die Mutter ihrer Geschwister sein müssen, wenn ich fort bin, und falls meine Eltern dann noch leben, wird sie ihre neue Tochter sein.

Wie hat sie reagiert?

Sie wurde traurig. Was sonst?“

Henning Mankell, *Ich sterbe, aber die Erinnerung lebt*, München 2006, S. 30.

Weltweit ist heute das Phänomen „Kindheit“ im Fluss.

In den reichen Ländern des Nordens wird heute der Schutzraum „Kindheit“ einerseits als kommerzieller Raum etabliert, andererseits als Medienraum in Frage gestellt.

In den ärmsten Ländern des Südens sind Kinder diejenigen, die durch die Katastrophe Aids mehrfach getroffen werden: Sie sind die HIV-infizierten Säuglinge, deren Mütter keinen Zugang zu Medikamenten hatten; sie sind die HIV-infizierten Kinder, die sexueller Gewalt ausgesetzt waren und sind; sie sind die Kinder, die den Tod ihrer Eltern verkraften müssen; und sie sind die Kinder, die nicht Kinder sein dürfen, weil sie es sind, die das Versagen der Weltgemeinschaft auffangen.

Aids reißt Löcher. Aids zerstört nicht nur diejenigen, die infiziert werden, sondern ebenso die Familienstrukturen, die auf der Generationenabfolge beruhen. Heute ziehen in vielen von HIV/Aids besonders betroffenen Ländern Großeltern Enkel auf, Geschwister ihre Geschwister, Onkel und Tanten ihre Nichten und Neffen. Halbweisen und Waisen werden durch die Pandemie entwurzelt – nicht nur ist häufig ihre finanzielle und soziale Situation prekär, sondern darüber hinaus werden sie aus der sozialen Struktur von Lebensalter und Generationenfolge abgeschnitten: Kindheit wird schleichend zur Zeit der Versorgung anderer und der Übernahme von Verantwortung; Kinder übernehmen als Kinder die Funktion von Eltern, Großeltern diejenige von Eltern.

Das Wissen darum, etwa die eigenen Kinder nicht aufwachsen zu sehen und sie nicht versorgen zu können, hat in den vergangenen Jahren das Projekt der Erinnerungsbücher so wichtig gemacht. Sie zeigen, wie wichtig es ist, die Tradi-

tion einer Familie weiterzuführen, den Nachkommen, die durch Aids die engsten Angehörigen sind, Lebensgeschichten zu hinterlassen, die begreifbar sind und eine Geschichte aufrechterhalten.

Was wird die Erosion der sozialen und generationellen Familienstrukturen für die zukünftigen Gesellschaften bedeuten? Noch gibt es wenige Untersuchungen über die psychischen und sozialen Auswirkungen – sicher ist nur, dass die Verantwortung, die auf denjenigen lastet, die mit der Krankheit, dem Sterben und der Verwaisung von Familienmitgliedern umgehen müssen, häufig eine Überforderung darstellt. Das Erzählen gibt vor allem Eltern eine Sprache, die ihre Geschichte, ihre Gefühle und die Verbindung zu ihren Kindern in die Zukunft trägt. Sie sind keineswegs nur der Versuch, die eigene Person oder Familie erinnerbar zu machen, sondern ebenso ein Versuch, die antizipierte Einsamkeit und Isolation derjenigen, die nach dem eigenen Tod weiterleben werden, durch das Aufrechterhalten eines Familienbandes zu lindern.

II

„Eine Frage stellte ich allen, mit denen ich in Uganda sprach. [...]

Ich fragte sie, woher die Krankheit ihrer Meinung nach gekommen sei.

Die Antworten fielen verschieden aus.

Verblüffend viele meinten, es könne sich durchaus um eine Krankheit handeln, die die westliche Welt heimlich auf dem Kontinent verbreite, um die Anzahl der Armen zu verringern. Das Virus wäre dann also ein verfeinertes Instrument, um Massenmord zu begehen. [...] Sie waren davon überzeugt, dass der Tod, der über sie hereinbrach, bewusst geplant worden war. Die gesamte westliche Welt bestand für sie aus einer großen Anzahl von Hexen oder Medizinmännern, die Völkermord begingen.

Es gab auch diejenigen, die eine religiöse Dimension in dem Schicksal sahen, das ihnen widerfahren war. [...] Bei diesen Menschen war eine Selbstverachtung zu beobachten, die ihre Qual noch verdoppelte. [...]

Worin sich alle einig schienen, war, dass der Schmerz gerade den afrikanischen Kontinent extrem hart getroffen hatte.

Christine sagte:

Es ist, als wäre es nie genug. Ich lese über diesen Kontinent. Es ist, als ob wir Afrikaner ausschließlich damit beschäftigt wären zu sterben, nicht zu leben.“

Henning Mankell, *Ich sterbe, aber die Erinnerung lebt*, München 2006, S. 63f.

Es gibt zwei Kontexte, die für die Frage nach den Ursachen von Aids zu berücksichtigen sind: Der erste und engere Kontext betrifft die epidemische Ausbreitung von HIV/Aids sowie die Ursachen für Neuansteckungen heute. Der zweite Kontext ist die Geschichte Afrikas und Europas, die als Hintergrund der Entstehung der Aids-Pandemie immer präsent ist, und betrifft eine Ethik der Globalisierung. Im ersten Kontext auf die Geschichte der Kolonialisierung und die gesellschaftlichen Umbrüche der letzten Jahrzehnte zu verweisen, greift zu kurz,

im zweiten Kontext hat der historische Blick jedoch seinen berechtigten Ort (s.u.). Wir müssen Mankells Frage also in zwei Schritten begegnen.

Mit Hilfe des aktuellen Überblicks wollen wir wenigstens einen kurzen Blick auf die konkreten Ursachen von HIV/Aids werfen: Im Jahr 2005 wurden ca. 4 Millionen Menschen neu mit HIV infiziert, ca. 2,8 Millionen Menschen starben an Aids. Während in den ersten Jahrzehnten vor allem die individuellen Risikofaktoren im Mittelpunkt der Diskussion und Präventionsprogramme standen, müssen heute mehr und mehr die strukturellen und sozialen Faktoren, die die Neuansteckung und die Ausbreitung begünstigen, in den Blick kommen. Sie sind mit den individuellen Faktoren eng verschränkt und sind deshalb bei den Präventionsprogrammen viel stärker zu berücksichtigen.

So spielt zum Beispiel die Kriminalisierung von Drogenabhängigen eine Rolle bei der Mehrfachverwendung von Spritzen – immerhin ein Drittel der weltweiten Neuinfektionen gehen auf Drogenmissbrauch mit Injektionen zurück, wenn das südliche Afrika nicht mitgezählt wird. Vor allem osteuropäische und asiatische Länder haben massive Probleme wegen des in den letzten Jahren steigenden Drogenmissbrauchs, der zum Beispiel durch den wachsenden Anbau von Mohn in Afghanistan und den Handel mit Opium oder Heroin begünstigt wird.¹ Medizinisch kontrollierte Substitutionstherapien sind häufig illegal (so zum Beispiel in Russland und vielen osteuropäischen Ländern) oder werden nicht flächendeckend eingesetzt; Aids-Präventionsprogramme werden ebenso wenig systematisch etabliert.

Neben diesen institutionellen Ursachen gehören aber auch soziale Ausgrenzungen und Diskriminierung zu den strukturell ursächlichen Faktoren der nach wie vor hohen Neuinfektionsrate und der Ausbreitung von Aids. Ausgrenzung, Stigmatisierung und soziale wie institutionelle Diskriminierung ist auch gegenüber homosexuellen Männern zu beobachten. In mehr als der Hälfte der afrikanischen Länder ist Homosexualität gesetzlich verboten. Studien zur Aids-Prävention haben lange Zeit zum

Die Autorinnen

Regina Ammicht Quinn ist Professorin für Ethik am Interfakultären Zentrum für Ethik in den Wissenschaften (IZEW) der Universität Tübingen. Zu ihren Forschungsgebieten gehören Fragen der Grundlagen- und der angewandten Ethik, Ethik und Kultur, die Geschichte der christlichen Frömmigkeit sowie Geschlechterfragen. Die katholische Kirche verweigerte ihr das „Nihil obstat“, die Lehrerlaubnis, um als Theologieprofessorin zu lehren. Veröffentlichungen u. a.: *Körper – Religion – Sexualität. Theologische Reflexionen zur Ethik der Geschlechter* (Mainz 32004); *Glück – der Ernst des Lebens* (Freiburg i. Br. 2006). Anschrift: Interfakultäres Zentrum für Ethik in den Wissenschaften, Wilhelmstraße 19, D-72074 Tübingen. E-Mail: regina.ammicht-quinn@uni-tuebingen.de.

Hille Haker ist Professorin für Moraltheologie/Sozialethik an der Katholischen Fakultät der Universität Frankfurt und Mitglied der Europäischen Beratergruppe für Ethik in den Wissenschaften und Neuen Technologien der Europäischen Kommission (EGE). Von 2003 bis 2005 war sie Associate Professor für Christliche Ethik an der Harvard University, Cambridge (USA). Veröffentlichungen u. a.: *Moralische Identität* (1999), *Ethik der genetischen Frühdiagnostik* (2002) und als Mitherausgeberin: *Ethik – Geschlecht – Wissenschaften* (2006). Für *CONCILIUM* schrieb sie zuletzt „Feministische Theologie und Ethik: Ein persönlicher Erfahrungsbericht“ in Heft 3/2006. Anschrift: Fachbereich Katholische Theologie, Lehrstuhl Ethik, Grüneburgplatz 1, D-60323 Frankfurt am Main. E-Mail: Hille.haker@em.uni-frankfurt.de.

Beispiel nicht das Verhalten homosexueller Männer berücksichtigt - obwohl dies eine Voraussetzung für gezielte Präventionsprogramme wäre.² In asiatischen Ländern wie Thailand oder Kambodscha wird bei den nationalen epidemiologischen Aids-Studien ebenfalls nicht Sex zwischen Männern als Risikofaktor eingeschlossen, obwohl die Neuinfektionsrate gerade in der Gruppe der homosexuellen Männer dramatisch ist.

Und trotzdem stellt sich die Frage nach dem afrikanischen Kontinent in besonderer Schärfe: Ein Drittel aller weltweit mit HIV infizierten Menschen leben in den Ländern südlich der Sahara, und weltweit ungefähr die Hälfte aller Frauen, die infiziert oder unmittelbar von einer Infektion bedroht sind.³ Die individuellen Ursachen für die hohe Infektionsrate sind inzwischen benennbar: Zu homosexuellem Geschlechtsverkehr und Drogenkonsum mit Injektionen kommt als Ursache die Infektion mit dem Herpes Simplex Virus, die Nichtbeschneidung bei Männern, die mangelnde Anwendung von Kondomen, das junge Alter bei der ersten sexuellen Begegnung - und auch ungeschützter Sex in der Ehe - hinzu.

Die Beschränkung von Sex auf die eheliche Beziehung erweist sich nicht automatisch als Absicherung gegen Aids, sondern unter Umständen täuscht sie gerade eine Sicherheit vor, die keinesfalls gegeben ist - auch dies wäre bei der kirchlichen Begleitung und der diakonischen Arbeit in Afrika deutlicher zu sagen.⁴ Aber auch die hohe Mobilitätsrate im südlichen Afrika zählt zu den Ursachen der Ausbreitung von Aids. Fast immer weisen die individuell scheinenden Ursachen auf tiefer liegende strukturelle Probleme: Deutlich wird dies bei der mangelnden Verfügbarkeit präventiver Mittel - so errechnete die Global HIV Prevention Working Group, dass derzeit in den Ländern südlich der Sahara pro Mann pro Jahr gerade 3 Kondome verteilt werden können - und somit fast 2 Milliarden Kondome pro Jahr fehlen.⁵ Hier greifen die individuellen Ursachen - etwa die mangelnde Sorgfalt in der Sexualpraxis - und die strukturellen Ursachen - mangelnde Aufklärung und defizitärer Zugang zu Verhütungsmitteln - verstärkend Hand in Hand. Darüber hinaus müssen jedoch weitere strukturelle Ursachen berücksichtigt werden, die gerade nicht allein durch die Bekämpfung von HIV/Aids, sondern nur durch übergreifende soziale und kulturelle Veränderungen zu erreichen wären: Zu ihnen gehören die Verletzung von Frauenrechten, etwa die geschlechtsbezogene Diskriminierung von Frauen durch erzwungenen Sex, erzwungenen ungeschützten Sex und/oder sexuelle Gewalt innerhalb und außerhalb der Ehe, genauso aber auch ungleich verteilte Bildungschancen und die Vernachlässigung bei gezielten Präventionsprogrammen. Um die Ursachen und die Ausbreitung wirksam bekämpfen zu können, sind erstens gezielte Prävention (und die Forschung dazu), zweitens Impfprogramme (und Forschung), drittens die Erforschung von Behandlungsformen, die auch die resistenten Formen des Virus betreffen, und viertens Verteilungssysteme, die die Betroffenen erreichen, notwendig.⁶

Der weitere Kontext für den Blick auf die Ursachen betrifft den afrikanischen Kontinent in der Globalisierung. Die globalisierte Welt ist eine ungeordnete, ungerecht vernetzte Welt. Diese Unordnung hat ihrerseits eine Geschichte.

In der ersten Phase der Globalisierung – seit dem Ende des 17. Jahrhunderts – werden die aus europäischer Perspektive „neuen“, „unzivilisierten“ oder auch „unbewohnten“ Landstriche als abhängige Länder etabliert. Die Menschen, Kulturen, Traditionen dieser Gegenden bleiben entweder unsichtbar oder werden durch vehemente Unterdrückung unsichtbar gemacht. In einer zweiten Phase der Globalisierung – die sich zeitlich nicht begrenzen lässt – kämpfen die abhängigen Länder mit neuem Selbstbewusstsein um ihre Unabhängigkeit und erhalten sie in unterschiedlicher Weise. Die dritte Phase der Globalisierung, die wir heute erleben, ist gekennzeichnet durch *neue Märkte* (weltweit verbundene Devisen- und Kapitalmärkte), *neue Instrumente* (Internet-Verbindungen, Mobiltelefone, Medien-Netzwerke) und *neue Akteure* (eine Welthandelsorganisation, die gegenüber nationalen Regierungen weisungsbefugt ist, transnationale Konzerne, deren Wirtschaftsmacht größer ist als die vieler Staaten, und Netzwerke von Nicht-Regierungsorganisationen, die über nationale Grenzen hinweg tätig sind). Neu ist auch die *Kompression von Raum und Zeit*, in der die Zeit sich beschleunigt, während die Räume schrumpfen. Gemessen an der Geschwindigkeit, mit der wir uns in der Welt bewegen – in der realen, nicht virtuellen Welt – ist diese Welt seit Columbus fünfzigfach kleiner geworden.

Dies bedeutet für viele Länder mit einer gewaltsamen Abhängigkeitsgeschichte, dass neue und nicht minder gewaltsame Abhängigkeiten etabliert werden. Innerhalb dieser Prozesse von Dependenz, Independenz und neuer Dependenz zeigt sich die Überzeugung, „der Westen“ habe das Aids-Virus für Afrika erzeugt, als ein Versuch, das Leidvolle und Unerklärliche so zu erklären, dass die Erklärung zum einen in die eigene historische Erfahrung passt, zum anderen ein Stück Würde herstellt.

Ein solcher Versuch, Würde herzustellen ist problematisch und instabil. Er teilt die Menschheit in definitive Opfer und definitive Täter und steht dem entgegen, was dringend nötig ist und was die Länder des Nordens als erstes Anliegen haben sollten: die Initiierung einer neuen Phase der Globalisierung, in der die Kämpfe zwischen Dependenz und Independenz abgelöst werden von einem starken politischen und kulturellen Bewusstsein der Interdependenz. Es ist ein Bewusstsein der Interdependenz, das auf der Erfahrung der gemeinsamen verletzlichen Menschlichkeit beruht und Gerechtigkeitsstrukturen etabliert, die dieser geteilten verletzlichen Menschlichkeit Räume gibt.

III

„Zurück zu Christine. Die Medikamente, die sie gebraucht hätte, kosteten genau doppelt so viel, wie sie pro Monat als Lehrerin bekam. Vierhundert Kronen verdiente sie umgerechnet etwa im Monat. Die Medikamente, in ihrer billigsten Variante, kosteten achthundert Kronen.[...]“

In zukünftigen Geschichtsbüchern wird ein Kapitel dem Agieren der großen Arzneimittelmonopole und ihrer Aktienbesitzer und Geschäftsführer gewidmet sein, als die

Aidsepidemie auf der Erde wütete. Gerichte, welche die toten Unternehmensbesitzer zur Verantwortung ziehen könnten, wird es nicht geben.“

Henning Mankell, *Ich sterbe, aber die Erinnerung lebt*, München 2006, S. 70.

In der Bioethik wird Christines Problem, das Henning Mankell präzise auf den Punkt bringt, als Problem des „gleichen Zugangs“ (*equal access*) zu Gesundheitsgütern bzw. Medikamenten gefasst. Was von einer abstrakten ethischen Position so einfach klingt, kompliziert sich, wenn die Gerechtigkeitstheorie die ökonomischen Aspekte berücksichtigt: Vor allem die pharmazeutische Forschung, Entwicklung und Produktion unterliegt ja den allgemeinen (globalen) Marktbedingungen, d.h. dem Wettbewerb zwischen den Anbietern, die zuvor in die Forschung und Entwicklung von Medikamenten investiert haben und deshalb den Patentschutz des geistigen Eigentums (*intellectual property right*) als Ausgleich für die Offenlegung der Informationen erhalten. Die Umsetzung des Prinzips der Gleichbehandlung bei gleichen Umständen, das dem Gerechtigkeitsbegriff zugrunde liegt⁷, bedarf der Steuerung des Wettbewerbs, ohne jedoch im globalisierten Wirtschaftssystem diesen gefährden zu sollen. Nicht mangelndes *Wissen*, sondern mangelnde *Steuerung* (*governance*) ist das Problem bei der Ungerechtigkeit der Krankheitsbekämpfung, nicht nur von HIV/Aids. So heißt es im WHO-Bericht von 2005 in Bezug auf die dramatisch unterversorgten Gruppen der Mütter, Neugeborenen und Kinder (die auch im Kontext von Aids eine immer größer werdende Problemgruppe darstellen):

„Ohne Zweifel existiert das technische Wissen, um vielen, wenn nicht den meisten kritischen Gesundheitsproblemen und -gefahren zu begegnen, die die Gesundheit und das Überleben von Müttern, Neugeborenen und Kindern beeinträchtigen.“

Nun hat sich gezeigt, dass bei minimaler Steuerung der Gesundheitsforschung in den letzten Jahrzehnten nur ca. 1 Prozent der Forschungsgelder für Infektionskrankheiten ausgegeben werden, obwohl diese etwa 12 Prozent aller Krankheiten ausmachen und darüber hinaus die Forschung weitgehend öffentlich gefördert wurde. Wie ein Ausgleich zwischen dem Recht auf „essentielle Medikamente“, dem Recht auf Wahrung der Freiheit der Forschung und der Wahrung des geistigen Eigentums gestaltet werden kann, ist umstritten.⁸ Die Frage stellt sich dringlich, wie Gerechtigkeitstheorien und politische Theorien auf die von Mankell zu Recht geäußerte Empörung über die Ungerechtigkeit des Zugangs zu Medikamenten antworten können - dabei geht es jedoch darum, dass das Prinzip der Gleichheit eine korrigierende Ungleichbehandlung erforderlich macht, zum Beispiel durch die bereits jetzt schon praktizierten unterschiedlichen Preissysteme für Medikamente.

Ein prominentes Beispiel mag zeigen, wie sich der Konflikt zwischen verschiedenen Rechten auf die Behandlung von Aids auswirkt, weil über den *Zusammenhang* von Freiheitsrechten und sozialen Rechten sowie über die *Gewichtung* der Menschenrechte nicht oder nicht angemessen reflektiert wird:

Nach dem sogenannten TRIPS-Abkommen (Abkommen zu Trade-Related Intellectual Property Rights) von 1994 wurden die geistigen Eigentumsrechte für die WTO-Staaten neu geregelt – zugunsten der Pharmaunternehmen, die die Entwicklungskosten durch Patente kompensiert sehen wollten. 2001 wurde mit der sogenannten Doha-Erklärung zur öffentlichen Gesundheit eine Zusatzerklärung verabschiedet, die weitreichende Folgen für die Aids-Forschung und -Versorgung hatte.⁹ In Notsituationen ist damit die Vergabe von Zwangslizenzen erlaubt. Dies wurde 2003 bestätigt und somit der Weg für eine bessere, das heißt vor allem für eine billigere Versorgung mit Medikamenten geebnet. Einerseits müssen die WTO-Staaten die Patentrichtlinien umsetzen, also prinzipiell Innovationen unter Patentschutz stellen. Andererseits greift aber auch in diesen Abkommen das zur Gerechtigkeitstheorie gehörende Ungleichbehandlungsprinzip, das korrigierende und ausgleichende Maßnahmen für einen ungerechten Status Quo fordert. Dieses ist im TRIPS-Abkommen insofern enthalten, als Zwangslizenzen zugelassen sind, die erstens die *Herstellung* von Generika zur Selbstversorgung erlauben und zweitens den *Export* von Generika in wenig entwickelte Länder begünstigen (vgl. das Beispiel von Brasilien in diesem Heft).

Anstatt nun aber diese Bestimmungen als notwendigen Bestandteil einer auf Gerechtigkeit und Ausgleich basierenden Politik zu betrachten und auch so zu kommunizieren, wurden diese Bestimmungen als Zugeständnisse an die Entwicklungsländer bzw. die für sie advokatorisch kämpfenden Nichtregierungsorganisationen aufgefasst. So wurden sie eher als politischer Kompromiss denn als ethisch geforderte und politisch umgesetzte Richtungsentscheidung angesehen. Zudem wurde in der Praxis Druck auf die Länder ausgeübt, die Zwangslizenzen einzusetzen – Zwangslizenzen gelten als Ausnahmeregelung, obwohl die Mangelversorgung mit Gesundheitsgütern der Normalfall in den am meisten von Aids betroffenen Regionen ist. Die WTO fordert, dass das Abkommen von den Mitgliedstaaten möglichst im Sinne des umfassenden Patentschutzes implementiert wird, und das heißt zum Beispiel, dass die Übergangsfrist für Zwangslizenzen am 1. 1. 2005 abgelaufen ist.

Indien gehört zu den Staaten, die seit dem 1. 1. 2005 ein Patentrecht haben, welches dem TRIPS- und Doha-Abkommen entspricht. Dies ist durchaus im Interesse des Staates, weil Indien eine aufstrebende Pharmaindustrie hat und mittlerweile den größten Anteil an exportierten Generika hält. So sagt die Nichtregierungsorganisation *Ärzte ohne Grenzen* über die Versorgung mit Aidsmedikamenten zu Indien folgendes:

„Indische Generika sind das Rückgrat unserer HIV/Aids-Programme in 30 Ländern. Von den mehr als 80.000 Patienten, die wir behandeln, erhalten 80 Prozent indische Nachahmerprodukte.“

Für die Versorgung vor allem von Entwicklungsländern mit Aids-Generika gibt es entsprechend solange keine Probleme, als Indien Zwangslizenzen erteilt. Nun sieht aber das TRIPS-Abkommen eine Übergangsfrist vor, die am 1. 1. 2005

verstrichen ist. Seitdem muss Indien aber den Patentschutz gewähren. Und hier beginnen die Probleme, die durch die Zusatzklärung von 2003 nur scheinbar gelöst waren.

Nun ist im letzten Jahr ein juristischer Streit entbrannt, nachdem das indische Patentamt dem schweizerischen Pharmakonzern Novartis ein Patent verweigerte, weil es nur geringfügige Veränderungen zum ursprünglichen Medikament aufweist.¹⁰ Daraufhin legte Novartis Berufung ein, um das Patent doch noch zu erwirken. Für die Versorgung von Patienten wie Christine könnte ein Patentschutz jedoch das lebensnotwendige Medikament noch unerschwinglicher machen:

„Der starke Wettbewerb unter Generikaherstellern von Aids-Medikamenten der ersten Therapielinie hat seit dem Jahr 2000 dazu geführt, dass die Preise von 10.000 Dollar auf etwa 130 Dollar pro Patient und Jahr gesunken sind. Die Preise für Medikamente der zweiten Linie, die Patienten benötigen, die Resistenzen entwickeln, sind weiterhin hoch. Dies ist eine Folge von Patentbestimmungen in Ländern wie Indien, die wichtige Generika produzieren.

In Südafrika beispielsweise bietet Ärzte ohne Grenzen seit fünf Jahren antiretrovirale Therapie für Menschen mit HIV/Aids an. Die Kosten für Medikamente der zweiten Therapielinie sind dort etwa zehn Mal so hoch wie die Preise für Arzneimittel der ersten Linie. Neuere Medikamente, die auch von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) empfohlen werden, können in manchen Ländern sogar 50 Mal so teuer sein, wenn sie überhaupt erhältlich sind. Diese Arzneimittel werden solange unerschwinglich bleiben, bis der Wettbewerb unter Generikaherstellern die Preise senkt.“¹¹

Novartis argumentiert genau umgekehrt ebenfalls mit dem Zugang zu Medikamenten: Dieser werde gerade *durch* das Patent gewährleistet, und fast alle indischen Patienten hätten durch das von Novartis finanzierte Patientenhilfsprogramm einen kostenlosen Zugang zur Krebstherapie mit Glivec.

Unabhängig vom Ausgang dieses rechtlichen Streits zeigt dieses Beispiel, dass die Menschen, die am dringendsten auf die Medikamente angewiesen sind, leicht zum Spielball der ökonomischen Interessen derer werden, auf die sie im wörtlichen Sinne lebensnotwendig angewiesen sind. Erhalten die Konzerne Anreize in allen Schritten: von der Forschung und Entwicklung über den Patentschutz und zuletzt über die Produktionsbedingungen, so zeigen sie vermarktungsfähiges Interesse an den gerechtfertigten Ansprüchen der Menschen auf prinzipiell verfügbare Behandlung. Greifen die Anreizsysteme nicht, so bleiben offenkundig die Rechte auf der Strecke. Wie so häufig antwortet im geschilderten Fall Novartis mit der Geste der *Großzügigkeit* (Hilfsprogramme für Patienten), statt die *Rechte* der Patienten auf Versorgung anzuerkennen. In ethischer Terminologie wird die Gerechtigkeit gegen die Liebe ausgespielt, die (nicht einklagbare) Tugendpflicht an die Stelle der Rechtspflicht gestellt.

Mankells Empörung richtet sich nicht zuletzt auf diese Seite der Aids-Pandemie – weil ökonomische Interessen von Unternehmen nicht gegen Rechte von Patienten

ausgespielt werden *dürften*. Nur greift Mankell dennoch zu kurz, wenn er in seiner Kritik die „Aktienbesitzer“ und „Geschäftsführer“ zitiert, die sich nicht vor Gericht verantworten müssen, und er damit das Problem personalisiert. Eine solche Personalisierung ist wenig hilfreich, weil wir es mit einem strukturellen wirtschaftspolitischen Problem zu tun haben. Notwendig ist vielmehr eine nach ethischen Gesichtspunkten gesteuerte öffentliche Forschung und Entwicklung von Präventivmaßnahmen, von Medikamenten sowie einer sozialen Begleitung und Betreuung, d.h. eine *Wirtschaftsförderung mit Auflagen, die sich am Gerechtigkeitsprinzip orientieren*. Dass dies bisher aus politischen Motiven nicht realisiert wird, nämlich um die Wettbewerbsposition nicht zu gefährden – *dies* ist ein Skandal, den Theologie und Kirche aus guten Gründen *und* unter Rekurs auf ihre eigene Tradition der Soziallehre zu thematisieren hätten (vgl. L. Cahill in diesem Heft).¹²

Moraltheologisch enggeführte anthropologische Prinzipien, die an einer Geschlechterordnung, die auf der prinzipiellen Zeugungsbereitschaft von Ehepartnern als Grundlage ihrer Sexualmoral festhält und in der Kritik der Lebenspraktiken von Betroffenen ihren wichtigsten Beitrag sieht, eignen sich nicht für politisch-ethische oder sozialetische Reflexionen. Diese Reflexionen sind an der Problemlösung mehr interessiert als an der Aufrechterhaltung einer abstrakten moralischen Ordnung. Gefragt ist von der Theologie vielmehr eine Antwort auf die strukturelle Ungerechtigkeit – in Form einer theologisch motivierten, philosophisch begründeten und politisch zu implementierenden Gerechtigkeitstheorie. Die Kirche muss darauf drängen, das Recht eines jeden Menschen auf Behandlung seiner Krankheit zu respektieren und zu fördern, sofern Präventionsmaßnahmen, Impfstoffe und Behandlungsformen prinzipiell verfügbar sind. Dieses Recht beschränkt sich nicht nur auf die *faktische* Verfügbarkeit – mangelnde Finanzierungsmöglichkeiten können nicht ernsthaft oder jedenfalls nicht als ethisches Argument für die fehlenden Programme angeführt werden – denn sonst wäre das Menschenrecht den ökonomischen Bedingungen (und den Interessen der Akteure eines bestimmten Wirtschaftszweigs) untergeordnet.

Mittelfristig bedeutet die „Option für Gerechtigkeit“ erstens die auflagengebundene Forschung, die sich an der Erforschung vernachlässigter Krankheiten und essentieller Medikamente orientieren muss; zweitens mittelfristig die Überprüfung des Patentsystems im Sinne des WHO-Reports, der weitreichende Korrekturen für notwendig hält; kurzfristig jedoch die Fixierung und unter Umständen sogar die Ausweitung der Möglichkeit von staatlichen Zwangslizenzen zur Herstellung von Generika, und drittens Strukturhilfen im Sinne der Millennium-Goals, um die Armut als einen Faktor der Krankheitsentstehung und Nichtbehandlung wirksam bekämpfen zu können.

IV

„Sie ging allmählich in ihrer Krankheit auf, und sie betrachtete ihren Bruder und ihre Schwester wie von fern, so als säße sie in einem Zug und sie stünden am Bahnsteig und

sähen ihr nach. Und so als säße sie in einem Zug, verspürte sie eine Mischung aus Trauer und Erleichterung, eine überraschende und trotzige Zufriedenheit ob der Tatsache, dass sie irgendwo hinfuhr, während die anderen zurückblieben. [...] Sie konnte in ihrer Krankheit aufgehen und sich keinerlei Sorgen mehr machen [...] Als Zoe Jamal sah, löste sie sich aus der Krankheit und kehrte in das Zimmer zurück, weil sie keine, aber auch nicht die geringste Freude bei dem Gedanken empfand, dass sie ihren Sohn verlassen würde. Unschlüssig stand er da. Er schaute sie mit ärgerlich funkelnden Augen an, so als erkenne er sie nicht. Seinetwegen versuchte sie in diesem Zimmer zu bleiben. Sie versuchte so zu riechen wie sonst. Lächelte sie? Sie hob ihre Hand [...] und hielt sie Jamal hin. Er wich zurück, und zum ersten Mal vernahm Zoe eine Stimme, die keine Stimme war, die nicht in Worten sprach, sondern wie ein Stein durch sie rollte. Gönn ihm sein Entsetzen, seinen Hass und alle Liebe, an die er sich aus freien Stücken erinnern mag, und lass ihn sein.“

Michael Cunningham, *Fleisch und Blut*, Zürich 1996, S. 428f.

Das Sterben an Aids ist vor allem eines: Sterben. Häufig ist es aber darüber hinaus noch mehr: Es ist häufig ein Sterben zur Un-Zeit; nicht das Sterben nach der Fülle des Lebens, sondern ein Sterben, bei dem die Sterbenden sich nicht einfach dem Sterben überlassen können, weil sie – als Mütter beispielsweise – zu viel und zu viele zurück lassen.

Und es ist häufig ein Sterben mit Stigma, ein mit Schuld belastetes Sterben. Hier geht es nicht nur um die existentielle Schuld eines Menschenlebens, nicht nur um die subjektiv empfundene Schuld, andere zu verlassen. Es geht um die soziale Stigmatisierung einer „unmoralischen“ Krankheit, an der man letztlich in den Augen der tatsächlichen oder imaginierten Anderen „selbst schuld“ ist.

Beidem muss Einhalt geboten werden.

Das Sterben zur Un-Zeit an einer Krankheit, für die im Prinzip Medikamente vorhanden sind, ist verbunden mit Ungerechtigkeit und Ungleichbehandlung – ein Skandal, der thematisiert und beendet werden muss.

Ein ähnlicher Skandal ist die Stigmatisierung der Krankheit und die Stigmatisierung der leidenden Menschen.

Für diese entscheidenden Änderungen brauchen wir – neben politischen Strukturen, ökonomischer Gerechtigkeit, Forschungsgeldern und anderem mehr – noch eines: Wir brauchen Geschichten.

Wir alle sind „in Geschichten verstrickt“ (Schapp); Geschichten bilden den Text und Kontext eines Lebens, im hermeneutischen Vorgang des Verstehens von Geschichte in Geschichten werden Ereignisse zu Erfahrungen.

In den Geschichten werden die Menschen sichtbar, die sonst häufig hinter Zahlen, Strukturen, Laborwerten verborgen bleiben.

In dem großen Drama, das sich auf der Weltbühne abspielt und das „HIV/Aids“ heißt, sind die Geschichten die Möglichkeit, uns infizieren zu lassen.

Wir lassen uns infizieren – nicht, um der Krankheit ein letztes Wort, ein letztes Recht und den letzten Sieg einzuräumen. Wir lassen uns infizieren durch die

Geschichten der Mit-Menschen, um sie als Mit-Menschen zu erkennen und, endlich, zu handeln.

V

„Die Wahrheit über Aids ist natürlich eine allgemeine Wahrheit darüber, wie die Welt heute aussieht. Mit anderen Worten: wie wir ihr auszusehen erlauben.“

Henning Mankell, *Ich sterbe, aber die Erinnerung lebt*, München 2006, S. 80.

¹United Nations' Office on Drugs and Crime (UNODC), *World Drug Report for 2005*, Geneva 2006.

²UNAIDS, *2006 Report on the Global Aids Epidemic*, Geneva 2006.

³Ebd.

⁴Chris Beyrer, *HIV Epidemiology Update and Transmission Factors: Risks and Risk Contexts*, 16th International Aids Conference Epidemiology Plenary, in: *Clinical Infectious Diseases* 44 (2007), 981-987.

⁵Global HIV Prevention Working Group, *HIV Prevention in the Era of Expanded Treatment Access*, San Francisco 2006.

⁶*World Health Report 2004*, Geneva 2005.

⁷Eine kritische Auseinandersetzung mit dieser Gleichheitsvoraussetzung findet sich in Angelika Krebs (Hg.), *Gleichheit oder Gerechtigkeit. Texte der neuen Egalitarismuskritik*, Frankfurt 2000.

⁸Vgl. dazu den WHO-Bericht zum geistigen Eigentum, in dem die Defizite der Gesundheitsversorgung auch mittels des Patentsystems klar benannt werden: www.who.int/intellectual-property/report/en/index.html.

⁹Für eine ausführliche Diskussion hilfreich zum Beispiel: Frederick M. Abbott, *The WTO Medicines decision: World Pharmaceutical Trade and the Protection of Public Health*, in: *The American Journal of International Law* 99, no. 317 (2005), 317-358.

¹⁰Es handelt sich um das Medikament Glivec, das ein Anti-Leukämie-Medikament ist. Der Prozess wird jedoch als eine Art Musterprozess angesehen, da er sich auch auf die Patentierbarkeit von Aids-Medikamenten auswirken wird. Zur Kampagne von *Ärzte ohne Grenzen* vgl. www.aerzte-ohne-grenzen.de/Presse/Pressemitteilungen/2007/Pressemitteilung-2007-03-05.php (14. 3. 07). Zur Dokumentation der rechtlichen Seite vgl. www.lawyerscollective.org (14. 3. 07).

¹¹*Ärzte ohne Grenzen*: www.aerzte-ohne-grenzen.de/Presse/Pressemitteilungen/2006/Pressemitteilung-2006-11-14.php (4. 4. 2007).

¹²Dabei darf freilich auch nicht verschwiegen werden, dass die Kirche sich lange gerade nicht kritisch mit den Strukturen der Wirtschaft beschäftigt hat, im 19. Jahrhundert die Eigentumsfrage zentraler Bestandteil der Abwehr des Kommunismus war und im Kompendium der Soziallehre die Frage der Gesundheitsversorgung einen peinlich geringen Stellenwert hat. Vielmehr wird in diesem Werk die Sozialethik so sehr aus der Perspektive der Moralthologie betrachtet, dass ihr genuiner gesellschaftstheoretischer Charakter dabei verloren zu gehen droht.