

ken. Es erlaubt den Überstieg von der Wehrpflicht-Armee zur Berufsarmee. Es bezieht die Frauen ein. Es wird für die Rente angerechnet. In all diesen Punkten gibt es eine heiße Debatte, die hier nicht zu führen ist, die aber immer wieder zu den grundlegenden politischen Auseinandersetzungen gehören sollte.

- f) Die Unterscheidung zwischen notwendigen und nicht-notwendigen Gütern. Dies ist nicht am Durchschnittsnutzen zu bemessen (vgl. dagegen die am Existenzminimum und am Durchschnittsnutzen ausgerichtete Krieriologie in der Gesundheit-nach-Maß-Studie) sondern an den Grundbedürfnissen. Beispiel Lk 10: der Tischdienst Marthas gehört nicht zu der notwendigen Erfüllung von Grundbedürfnissen, aber die Hilfe in der Not des unter die Räuber Gefallenen. Bei den «Arbeitern im Weinberg» (Mt 20) kommt es auf die Grundversorgung an statt auf die Leistungsgerechtigkeit.
- g) Die Kriterien der Solidargemeinschaft in 1 Kor 11: keine religiöse (Mahl-)Gemeinschaft ohne soziale Solidarität; keine vertikale Spaltung.
- h) Anerkennung der Fehlerfähigkeit und Schuldfähigkeit des Menschen. Kritik der reinen Systemrationalität und des atomistischen Individualismus.
- i) Keine Interessensethik derer, die sich artikulieren können, sondern eine Würdeethik, welche das Menschsein in jedem Menschen achtet.
- j) Dekonstruktion von Macht durch Analysen ihrer Entstehung. Dadurch können Diskurse herrschaftsarm und partizipativ gestaltet werden.
- k) Das rechte Verständnis der Freiheit aller an bestimmten Handlungszusammenhängen Beteiligten statt bloßer Einforderung ihrer Rechte und Pflichten: Ich bin mit meiner Freiheit nie allein. Reale Selbstbestimmung ist immer mitbestimmt und mitbestimmend. Wir leben daher in einer «Gemeinschaft der Rechte», in welcher wir uns aufgrund wechselseitiger Anerkennung gegenseitig annehmen und nicht aufgrund von Zuerkennung von Leistungen durch diejenigen, die sie erbringen können, an diejenigen, die ihrer bedürfen.

6. Schlussbemerkung

Die christliche Sozialethik erweitert, das war meine These, die normative Sozialethik um Beweggründe, nicht um Beweisgründe. Solche Beweggründe, die sich letztlich aus dem christlichen Menschenbild ergeben, sind nicht beliebig, vor allem, wenn sich jemand auf die Werte des Christentums beruft. Sie verwirklichen sich freilich durch den Filter der Beweisgründe und der Anwendbarkeit. Man kann jedoch die unmittelbare Möglichkeit der Implementierung nicht zum Maßstab der Orientierung machen. Im Interesse des heute Richtigen muss man mehr darüber nachdenken, welche Ziele wir langfristig verfolgen, wenn wir den Fragen ethisch auf den Grund gehen wollen.

197 215

Markus Zimmermann-Acklin

Bioethik und HIV/AIDS

Sozialethische Überlegungen zum weltweiten Zugang zur antiretroviralen Therapie

Auch wenn Adrian Holderegger den Gebrauch des Bioethik-Begriffs vermeidet und bevorzugt von «Lebensethik» oder «biomedizinischer Ethik» schreibt, stehen die Fragen nach einem *angemessenen Umgang mit dem menschlichen Leben* im Zentrum seines Nachdenkens.¹ In seinen Vorlesungen zur Fundamentalmoral ist mit der Frage nach dem *Proprium einer christlichen Ethik* ein zweites Interesse stets präsent.²

Mit den vorliegenden Überlegungen möchte ich beide rote Fäden aufnehmen, wobei ich mich durch einen Beitrag Lisa S. Cahills anregen ließ: Die amerikanische Theologin, auf deren Arbeiten Adrian Holderegger mich schon früh aufmerksam machte, unterstrich unlängst in einem Beitrag zum Grundverständnis einer christlichen Bioethik, das eigentlich Christliche einer Sozialethik liege heute in der Betonung der *sozialen Gerechtigkeit*.³ Die immer wieder zu hörende Behauptung, eine inhaltlich «dichte» christliche Ethik stehe einer inhaltlich «dünnen», weltanschaulich quasi neutralen Ethik gegenüber, beruhe auf einem Irrtum. Längst sei der Marktkapitalismus zur weltweit erfolgreichsten (Ersatz-)Religion geworden, die vorgebe, globales Wachstum zum Vorteil aller Menschen zu schaffen und die von einem Menschenbild ausgehe, das vor allem die Ausübung von Eigeninteressen nach Marktprinzipien (akquirieren und konsumieren) zur Grundlage habe.⁴ In dieser Konkurrenzsituation zweier «dichter» Ethiken solle sich eine christliche Bioethik nicht ausschließlich mit den «heißen Themen» wie dem moralischen Status von Embryonen oder dem Klonen beschäftigen, sondern sich verstärkt auch mit den internationalen Biotechnologie-Märkten und dem Zugang der Armen zur gesundheitlichen Versorgung auseinandersetzen, um der Ideologie des freien Marktes eigene Visionen entgegenzusetzen.⁵ Da-

¹ Vgl. Adrian Holderegger, *Grundlagen der Moral und der Anspruch des Lebens. Themen der Lebensethik*, Freiburg i. Br./Freiburg i. Ue. 1995; *ders.* (Hrsg.), *Das medizinisch assistierte Sterben. Zur Sterbehilfe aus medizinischer, ethischer, juristischer und theologischer Sicht*, Freiburg i. Br./Freiburg i. Ue. 2000; *ders./Denis Müller/Beat Sitter-Liver/Markus Zimmermann-Acklin* (Hrsg.), *Theologie und biomedizinische Ethik. Grundlagen und Konkretionen*, Freiburg i. Br./Freiburg i. Ue. 2002.

² Vgl. Adrian Holderegger (Hrsg.), *Fundamente der Theologischen Ethik. Bilanz und Neuansätze*, Freiburg i. Br./Freiburg i. Ue. 1996.

³ Vgl. Lisa S. Cahill, *Bioethics, Theology, and Social Change*, in: *Journal of Religious Ethics* 31 (2003) 363–398.

⁴ Vgl. ebd., 374.

⁵ Vgl. ebd., 365 und 371. Vgl. dazu auch das Konzept der Zeitschrift «Developing World Bioethics», welche seit 2001 bei Blackwell erscheint und von Willem Landman und Udo Schüklenk in Johannesburg herausgegeben wird. Programmatisch beispielsweise: Paul Farmer/Nicole Gastineau Campos, *Rethinking Medical Ethics: A View From Below*, in: *Developing World Bioethics* 1 (2001) 1–10.

bei geht es unter anderem auch um das befreiungsethische *Prinzip der vorrangigen Option für die Armen*, dessen Einhaltung im Rahmen der Debatten um eine angemessene entwicklungspolitische Zusammenarbeit und konkret in den Auseinandersetzungen um den Zugang zu gesundheitlichen Ressourcen auch ohne theologische Bezüge eingefordert und hinsichtlich Begründung, Reichweite und Konsequenzen umstritten diskutiert wird.⁶

Im Sinne dieser Anstöße, der Ausweitung der Bioethik auf Fragen globaler Problemstellungen und der Betonung der sozialen Gerechtigkeit, greife ich mit der HIV/AIDS-Problematik ein Thema auf, dessen Bedeutung in Bezug auf das weltweite Auseinanderdriften von Arm und Reich kaum zu überschätzen und das mit weit reichenden bioethischen Problemstellungen verbunden ist. Die neuen antiretroviralen Medikamente, deren regelmäßige Einnahme bei den meisten Kranken den ansonsten sicheren Tod verhindern oder zumindest hinausschieben kann, sind nur für wenige Menschen weltweit zugänglich. Wie sieht die globale Situation gegenwärtig aus? Was bedeutet angesichts der bestehenden therapeutischen Möglichkeiten das häufig zitierte Menschenrecht auf Gesundheit? Unter welchen Bedingungen ließe sich die Situation verändern?

Entlang dieser Fragen werde ich im Anschluss an einleitende Bemerkungen einige Schlaglichter auf die heute bestehenden Herausforderungen im Bereich von HIV/AIDS werfen. Anschließend werden im Sinne einer Problemskizze wesentliche sozialetische Herausforderungen kommentiert, die durch die Frage des Zugangs zu den Medikamenten aufgeworfen werden.

Einleitung

Etwa sechs Millionen Menschen werden demnächst in den Entwicklungsländern an den Folgen von HIV/AIDS sterben, wenn ihnen der Zugang zur Behandlung vorenthalten bleibt. Im Jahr 2003 erhielten in den Ländern mit niedrigen und mittleren Einkommen lediglich 400'000 Menschen Zugang zur antiretroviralen Therapie (ART), davon nur etwa 100'000 im südlichen Afrika. Dem World Health Report 2004 und dem vierten Globalbericht von UNAIDS zur AIDS-Epidemie von 2004 zufolge starben bis heute bereits über zwanzig Millionen Menschen an den Folgen von HIV/AIDS, etwa vierzig Millionen Menschen leben mit dem Virus bzw. der Krankheit, davon alleine

ping World Bioethics 4 (2004) 17–41 (mit einem Hinweis auf vergleichbare Ansätze in der Befreiungstheologie, vgl. 38).

⁶ Vgl. die grundsätzliche Darstellung bei Thomas Kesselring, *Ethik der Entwicklungspolitik. Gerechtigkeit im Zeitalter der Globalisierung*, München 2003; vgl. daneben die Kontroversen über die bevorzugte Option für die Ärmsten in UNAIDS/WHO, *Consultation on Ethics and Equitable Access to Treatment and Care For HIV/AIDS*, Genf 2004, 12, bzw. das entsprechende Grundlagenpapier: *Pro-Poor Health Policy Team/WHO, «3 by 5», Priority in Treatment, and the Poor*, Genf 2004.

25 Millionen in afrikanischen Ländern südlich der Sahara.⁷ Damit ist diese Region, die rund ein Zehntel der Weltbevölkerung beheimatet, von der Epidemie mit Abstand am stärksten betroffen. In Botswana und Swaziland sind sogar jeweils über ein Drittel der Gesamtbevölkerung mit dem HI-Virus infiziert. Die Ansteckungsgefahr ist inzwischen für junge Menschen, insbesondere für junge Frauen und Mädchen besonders hoch: die Hälfte aller Infizierten weltweit ist erst zwischen 15 und 24 Jahre alt, davon sind drei Viertel Mädchen, weltweit ist HIV/AIDS zur Haupttodesursache für Menschen im Alter zwischen 15 und 59 Jahren geworden.⁸ Diese Situation ist in erster Linie für die Betroffenen und ihre Familien eine existentielle Bedrohung bzw. eine Katastrophe, in zweiter Linie ist aber auch das Zusammenleben ganzer Gesellschaften gefährdet, insofern bereits heute ein großer Teil der Kinder ohne Eltern aufwächst und von der Mortalität vor allem die erwerbstätige Bevölkerung betroffen ist.

Die «Schweizerische Direktion für Entwicklung und Zusammenarbeit» (DEZA) stützt sich in ihrem gesundheitspolitischen Konzept für die Jahre 2003 bis 2010 auf sieben Grundsätze, darunter die «Gesundheit als Menschenrecht» und die «Konzentration auf Gerechtigkeit, Gleichberechtigung und Armutsverringerung»: Den Zugang zu gesundheitlichen Dienstleistungen erachtet sie als ein grundlegendes Menschenrecht und hält die gegenwärtig herrschenden Ungleichheiten für inakzeptabel.⁹ Ähnliche Prinzipien liegen auch der «3 by 5-Initiative» («treat 3 Million by 2005») der WHO zu Grunde, die sich unter dem Motto «A Chance to Change History» (so ein Untertitel im World Health Report von 2004) zum Ziel gesetzt hat, bis Ende 2005 gesamthaft drei Millionen von HIV/AIDS betroffenen Menschen die Behandlung mit der ART zu ermöglichen. Anfang 2004 wurde diese Initiative an einer von der WHO und von UNAIDS gemeinsam durchgeführten Ethikkonferenz diskutiert und die Ergebnisse in einem grundlegenden Dokument veröffentlicht, das als *ethisches Manifest* der zukünftigen Entwicklungszusammenarbeit in diesem schwierigen Bereich gelten kann.¹⁰

Auch wenn sich die Beschäftigung mit der Rationierung und Prioritätensetzung im weltweiten Kontext nicht unmittelbar mit den nationalen Rationierungsdebatten in den reichen Ländern in einen Zusammenhang bringen lässt¹¹, sollte doch in beiden Debatten die jeweils andere Perspektive gleich-

⁷ Vgl. WHO, *The World Health Report 2004. Changing History*, Genf 2004; UNAIDS, *2004 Report on the Global AIDS Epidemic. 4th Global Report*, Genf 2004. Das Akronym UNAIDS steht für «Joint United Nations Programme on HIV/AIDS».

⁸ Vgl. WHO, *The World Health Report 2004* (Anm. 7), XI–XII; UNAIDS, *2004 Report on the Global AIDS Epidemic* (Anm. 7), 15, 22 und 31.

⁹ Vgl. *Direktion für Entwicklung und Zusammenarbeit, DEZA-Gesundheitspolitik 2003–2010*, Bern 2003, 8; vgl. weiterhin die Akten einer Konferenz von aidsfocus.ch von April 2004 zum Thema «Living With HIV/AIDS. Treatment and Care for All», in: *Medicus Mundi Schweiz*, Bulletin 93 (Juni 2004).

¹⁰ Vgl. UNAIDS/WHO, *Consultation on Ethics*, s. Anm. 6.

¹¹ Ein Versuch, beide Debatten miteinander ins Gespräch zu bringen, wurde kürzlich an einem Symposium von Medicus Mundi Schweiz unternommen, vgl. die Dokumentation in *Medicus Mundi Schweiz*, Bulletin 91 (Dezember 2003); Markus Zimmermann-Acklin, *Prioritätä-*

sam als Stachel präsent gehalten werden. Nur so ist gewährleistet, dass die grundlegenden Relationen hinsichtlich der Verteilungsgerechtigkeit im Bereich der gesundheitlichen Versorgung nicht ganz aus dem Blick geraten. Bezeichnend ist schon die Diskrepanz bei den Gesundheitsausgaben: Während die jährlichen Gesundheitsausgaben in der Schweiz im Jahr 2001 pro Kopf bei US\$ 3'779,- und in den USA bei US\$ 4'887,- lagen, betragen sie in Botswana lediglich US\$ 190,-, in Swasiland US\$ 41,- und in Sambia ganze US\$ 19,- pro Kopf.¹² Da alleine eine antiretrovirale Kombinationstherapie pro Patient und Jahr Dank des Engagements von «Médecins Sans Frontières» bei den gegenwärtig tiefstmöglichen Ansätzen etwa US\$ 300,- kostet¹³ – die zusätzlich notwendigen Infrastruktur- und Gesamtprojektkosten nicht mit einberechnet – wird klar, dass die Versorgung der HIV/AIDS-Patienten mit der ART in vielen Gesundheitssystemen der Welt außerhalb der finanziellen Möglichkeiten liegt.

2. Herausforderungen

HIV/AIDS steht für eine außerordentliche Krise, die z. B. angesichts der gegenwärtigen Ausweitungstendenzen in Osteuropa und Asien sowohl ein *notfallmäßiges* Eingreifen erfordert als auch – angesichts der langen Inkubationszeiten bis zum Ausbruch von AIDS¹⁴ und der Tatsache, dass auch mit den verfügbaren Medikamenten nach wie vor keine Heilung möglich ist – *langfristige* Bewältigungskonzepte notwendig macht. Selbst in Ländern wie Uganda, in denen es gelungen ist, die weitere Ausbreitung des Virus zu stoppen, werden wesentliche gesellschaftliche Folgen der Epidemie erst in den nächsten Jahren und Jahrzehnten sichtbar werden.¹⁵ Vorläufig aber haben sich im Jahr 2003 alleine im südlichen Afrika drei Millionen Menschen

tensetzung im Gesundheitswesen – eine ungleiche Herausforderung für arme und reiche Länder, in: *Bioethica Forum* Nr. 39, 2003, 14–16.

¹² Vgl. WHO, *The World Health Report 2004*, s. Anm. 7, Statistical Annex, Tabelle 6, 144–147; daneben: *Gerhard Kocher*, Zweitteuerstes Gesundheitswesen der Welt, in: *Schweizerische Ärztezeitung* 85 (2004) 2142–2144.

¹³ Vgl. WHO, *The World Health Report 2004*, s. Anm. 7, 30. Diese Kosten könnten allerdings noch gesenkt werden, wenn beispielsweise der durch die William J. Clinton-Stiftung erkämpfte Minimalansatz von US\$ 140,- pro Person und Jahr, der gegenwärtig für 14 Länder gilt, für weitere Länder durchgesetzt werden könnte. Zur beeindruckenden Preisentwicklung der letzten Jahre vgl. die Übersicht in UNAIDS, *2004 Report on the Global AIDS Epidemic*, s. Anm. 7, 104.

¹⁴ Bei fehlender Behandlung mit ART ist mit den Symptomen erst neun bis elf Jahre nach der Ansteckung zu rechnen.

¹⁵ Zur enormen Herausforderung durch die bislang nur bedingt erkundeten Langzeitfolgen vgl. *Alan Whiteside/Tony Barnett/Gavin George/Anton A. van Niekerk*, *Through a Glass, Darkly: Data and Uncertainty in the AIDS Debate*, in: *Developing World Bioethics* 3 (2003) 49–76. So hat die durchschnittliche Lebenserwartung zwischen 1996 und 2001 in Botswana von 65 auf 42 Jahre abgenommen, in Südafrika von 63 auf 53 Jahre, in Zimbabwe von 53 auf 43 Jahre, während sie z. B. im gleichen Zeitraum in Nigeria unverändert bei einem Wert von 51 Jahren geblieben ist (ebd., 72); vgl. auch UNAIDS, *2004 Report on the Global AIDS Epidemic*, s. Anm. 7, 39–59.

neu mit dem HI-Virus infiziert, wobei Arme, Frauen und junge Menschen besonders betroffen waren.¹⁶

Alarmierend sind die gegenwärtigen Entwicklungen in *Südafrika*, dem Land also, in welchem die erste Herztransplantation erfolgreich durchgeführt wurde und das heute mehr als 10% aller weltweit von HIV/AIDS betroffenen Menschen beheimatet. Anton A. van Niekerk von der Universität Stellenbosch weist in seiner Analyse der südafrikanischen Situation auf die enormen Kosten hin, die eine medikamentöse Versorgung aller Betroffener mit sich bringen würde, und bezeichnet das Virus als einen «Massenmörder» unter denjenigen, die sich die Medikamente nicht leisten können:

«The fact is that we as humans, despite our ability to transplant hearts and kidneys, to cure many forms of cancer, and even to map the human genome, are currently confronted by a disease that can only be controlled at massive cost, and that has turned out to be a mass-killer for those without the resources required to keep its effects at bay.»¹⁷

Die spezifisch südafrikanische Debatte um die Bestimmung der Ursache von AIDS, in welcher selbst Präsident Thabo Mbeki mit Berufung auf einige äußerst umstrittene Wissenschaftler den kausalen Zusammenhang zwischen HIV und AIDS (aus nicht ganz klar zu ergründenden Motiven) in Frage stellte, macht eine eigene Analyse erforderlich.¹⁸ Südafrika verfügt im Unterschied zu anderen Ländern des südlichen Afrikas eher über die finanziellen Mittel, um eine Infrastruktur und Versorgung mit der ART aufzubauen, was jedoch nicht oder nur sehr zögerlich geschieht.¹⁹ Die Regierung zeigt bis heute kaum Bereitschaft, mit den Pharmakonzernen an einen Tisch zu sitzen und über Preise zu verhandeln.²⁰ Zudem produziert Südafrika im Unterschied zu Brasilien, Thailand oder Indien bis heute weder kostengünstige Generika im eigenen Land, noch importiert sie diese, wie es viele andere Staaten wie Äthiopien, Kenia, Nigeria oder Senegal tun. Thailand konnte die Preise für eine Standardbehandlung mit dem lokal hergestellten Kombinationsmedikament GPOvir auf ganze US\$ 29,- pro Jahr und Patient senken.²¹ Der Import wäre insofern möglich, als bereits seit 1997 ein südafrikanisches

¹⁶ Vgl. ebd. 23–38, bes. 23: «The epidemic remains extremely dynamic, growing and changing character as the virus exploits new opportunities for transmission.»

¹⁷ *Anton A. van Niekerk*, *Moral and Social Complexities of AIDS in Africa*, in: *Journal of Medicine and Philosophy* 27 (2002) 143–162, hier 160. Gemäß WHO-Bericht lagen die Gesundheitsausgaben pro Kopf in Südafrika 2001 bei US\$ 222,-, während sie 1997 mit US\$ 315,- noch markant höher waren. Zur Einschätzung dieser Situation vgl. auch *Udo Schüklenk*, *AIDS: Bioethics and the Public*, in: *New Review of Bioethics* 1 (2003) 127–144.

¹⁸ Vgl. A. A. van Niekerk, *Moral and Social Complexities*, s. Anm. 17, 149.

¹⁹ Vgl. *Dan J. Ncayiyana*, *Is Democracy Good for People's Health? A South African Perspective*, in: *British Medical Journal* 329 (2004) 1425f.

²⁰ Vgl. *Udo Schüklenk/Richard E. Ashcroft*, *Affordable Access to Essential Medication in Developing Countries: Conflicts Between Ethical and Economic Imperatives*, in: *Journal of Medicine and Philosophy* 27 (2002) 179–195, hier 185; vgl. auch *Solomon R. Benatar*, *The HIV/AIDS Pandemic: A Sign of Instability in a Complex Global System*, in: *Journal of Medicine and Philosophy* 27 (2002) 163–177; *ders.*, *Health Care Reform and the Crisis of HIV and AIDS in South Africa*, in: *New England Journal of Medicine* 351 (2004) 81–92, bes. 86–89.

²¹ Vgl. UNAIDS, *2004 Report on the Global AIDS Epidemic*, s. Anm. 7, 106.

Gesetz besteht, welches in Notfällen das Umgehen der internationalen Patentabkommen zugunsten des Schutzes der öffentlichen Gesundheit erlaubt.²² Entsprechend wurde auch in der Doha-Erklärung der Welthandelsorganisation von 2001 festgelegt, dass das TRIPS-Abkommen zur Einhaltung des Patentschutzes auf neuen Medikamenten in nationalen Notfällen von den WTO-Mitgliedsstaaten umgangen werden darf.²³ Abzuwarten bleibt allerdings, ob die technisch auf hohem Niveau durchgeführte Generikaproduktion in Indien mit dem dortigen Inkrafttreten des TRIPS-Abkommens 2005 im Zeichen dieses Notstandsartikels akzeptiert oder nicht doch mit Handelssanktionen geahndet wird.²⁴

Das Beispiel *Brasilien* zeigt dagegen, wie weitgehend frühzeitige Interventionen und Präventionsmaßnahmen die Situation positiv beeinflussen können. Heute erhalten nahezu alle behandlungsbedürftigen Menschen mit HIV/AIDS – etwa 130'000 – die im Land selbst hergestellten Medikamente kostenlos, so dass die Morbiditäts- und Mortalitätsraten um 50–70% gesenkt werden konnten. Verblüffend ist auch, dass die gefürchtete Resistenzrate weitaus niedriger liegt als in westeuropäischen Staaten: 2001 kam es lediglich bei 6,6% der neuen Infektionsfälle zu Resistenzerscheinungen. Die WHO begründet diesen Erfolg mit der konsequenten Verabreichung der Medikamente, der Zusicherung, diese auch langfristig zur Verfügung zu stellen, der Weiterbildung des Gesundheitspersonals und nicht zuletzt der guten Zusammenarbeit der Regierung mit Nichtregierungsorganisationen. Die Gratisabgabe der antiretroviralen Medikamente konnte schließlich die Bildung eines Schwarzmarktes und die Praxis der Unterbehandlung – beispielsweise durch Aufteilen der Medikamente unter Familienangehörigen – verhindern.²⁵

Am anderen Ende der Epidemieentwicklung stehen afrikanische Länder südlich der Sahara. Ähnlich wie in einigen Staaten der Karibik zeigt sich hier, was in Kambodscha oder Thailand auf Grund intensiver *Präventionsprogramme* – insbesondere unter den Drogensüchtigen und den Sex-Arbeiterinnen und -Arbeitern – bislang glücklicherweise verhindert werden konnte

²² Dieses Gesetz hatte damals zur Initiative einiger multinationaler Pharmakonzerne geführt, die südafrikanische Regierung vor Gericht anzuklagen; diese Anklage wurde aber aufgrund öffentlichen Drucks schon bald wieder zurückgezogen; vgl. *Udo Schüklenk/Richard E. Ashcroft, Affordable Access to Essential Medication*, s. Anm. 20, 183f.

²³ Vgl. WHO, *The World Health Report 2004*, s. Anm. 7, 33. Wörtlich heißt es in Punkt 4 der Doha-Erklärung der WTO zum TRIPS-Abkommen (Hervorhebungen eingefügt, d. V.): «We agree that the TRIPS Agreement does not and should not prevent members from taking measures to protect public health. Accordingly, while reiterating our commitment to the TRIPS Agreement, we affirm that the Agreement can and should be interpreted and implemented in a manner supportive of WTO members' right to protect public health and, in particular, to promote access to medicines for all. (...)» Und weiter unten, Punkt 5 c: «Each member has the right to determine what constitutes a national emergency or other circumstances of extreme urgency, it being understood that public health crises, including those relating to HIV/AIDS, tuberculosis, malaria and other epidemics, can represent a national emergency or other circumstances of extreme urgency.»

²⁴ Vgl. WHO, *The World Health Report 2004*, s. Anm. 7, 33.

²⁵ Vgl. ebd., 23.

und in China und einigen osteuropäischen Ländern heute eine akute Herausforderung darstellt:²⁶ nämlich die massenhafte Ausbreitung des Virus in der Gesamtbevölkerung mit einer Vielzahl von Folgen, von denen nur einige angedeutet werden können.

Eine große Herausforderung besteht im *Mangel an geeignetem Personal* für die gesundheitliche Versorgung der Kranken und Sterbenden. Gründe für diese Situation liegen zum einen darin, dass ein großer Teil der Ärzte und Pflegenden selbst infiziert ist und stirbt, zum andern aber auch in der Abwanderung qualifizierter Leute in die materiell reichen Länder, welche völlig andere Arbeitsbedingungen anbieten können.²⁷ So leben heute 70% der in Südafrika ausgebildeten Ärzte nicht mehr im Land ihrer Ausbildung.²⁸ Ein ähnlich gelagertes Problem besteht auch hinsichtlich anderer Berufssparten, beispielsweise bei den Lehrern: Die Zahl der an AIDS verstorbenen Lehrer erreichte in Sambia bereits 1998 nahezu die Anzahl der im gleichen Zeitraum neu ausgebildeten Lehrer.²⁹ Dazu kommt, dass viele Lehrkräfte vom Privatsektor abgeworben werden, weil dort ebenfalls zusehends ausgebildete Arbeitskräfte fehlen.

Eine weitere Problematik liegt in der Interaktion zwischen HIV/AIDS und anderen Infektionskrankheiten, insbesondere *Malaria und Tuberkulose (TB)*. Weltweit trägt etwa ein Drittel der Weltbevölkerung den Tuberkuloseerreger in sich, bei den wenigsten jedoch bricht die Krankheit aus. Dies kann sich durch die Kombination von HIV mit TB im Zuge der eintretenden Schwächung des Immunsystems stark verändern. Ende 2000 waren 17 Millionen Menschen in Afrika und 4,5 Millionen Menschen in Südostasien sowohl mit HIV als auch mit den Tuberkulosebakterien infiziert, so dass in naher Zukunft sehr viele Menschen mit den Folgen beider Infektionskrankheiten konfrontiert sein werden.³⁰ Ähnliches gilt für die Malaria, deren Erreger ebenfalls latent bleiben können und bei Schwächung des Immunsystems zur Erkrankung führen. Daher ist in den Entwicklungsländern ein Angehen gegen das HI-Virus nur im Zusammenhang mit einer entsprechenden Malaria- und Tuberkulose-Bekämpfung sinnvoll.

Ein weiteres Problemfeld besteht in der hohen *Infektionsrate von Neugeborenen*, die entweder während der Schwangerschaft, bei der Geburt oder beim Stillen von ihren HIV-positiven Müttern infiziert werden. Etwa 700'000 Neugeborene werden jedes Jahr mit HIV angesteckt. Insbesondere im südlichen Afrika ist diese Rate zunehmend, die Infektionsrate werdender Mütter (gemessen an den Frauen, welche Geburtskliniken aufsuchen) liegt dort gegenwärtig bei über 25%.³¹ Der effektivste Weg, diese Misere anzuge-

²⁶ Vgl. ebd. 12; UNAIDS, 2004 Report on the Global AIDS Epidemic, s. Anm. 7, 75.

²⁷ Vgl. *Solomon R. Benatar, Health Care Reform*, s. Anm. 20, 86; *Dan J. Ncayiyana, Doctors and Nurses With HIV and AIDS in Sub-Saharan Africa*, in: *British Medical Journal* 329 (2004) 584f.

²⁸ Vgl. UNAIDS, 2004 Report on the Global AIDS Epidemic, s. Anm. 7, 16, vgl. auch 109.

²⁹ Vgl. WHO, *The World Health Report 2004*, s. Anm. 7, 3 und 10.

³⁰ Vgl. ebd. 7.

³¹ Vgl. ebd. 4, 13–15.

hen, besteht darin, die Frauen selbst vor dem HI-Virus zu schützen bzw. die bereits infizierten Frauen darin zu unterstützen, unerwünschte Schwangerschaften zu verhindern. Bei den bereits angesteckten schwangeren Frauen besteht eine Chance darin, die Frauen von der Wichtigkeit eines HIV-Tests zu überzeugen, sie bei Vorliegen einer HIV-Infektion mit einer einmaligen antiretroviralen Therapie (z. B. mit Nevirapin) zu behandeln und sie dann darum zu bitten, auf die Brusternährung des Säuglings möglichst ganz zu verzichten.³² – Diese Bemerkungen zeigen deutlich, wie sehr die Frauen insbesondere in ländlichen Gebieten mit patriarchalen Verhältnissen der Gefahr von HIV/AIDS ausgesetzt sind: Oft fehlt ihnen ein Minimalwissen um die Zusammenhänge zwischen Sexualverkehr, der Ansteckungsgefahr mit dem HI-Virus und AIDS, und je nach gesellschaftlichem Kontext sind sie auch nur bedingt dazu in der Lage, sich hinsichtlich Familienplanung und dem Einsatz von Kondomen gegen ihre Männer durchzusetzen.³³

Damit verbunden sind die Probleme der *Stigmatisierung* von Menschen mit HIV/AIDS und die *Tabuisierung* von Fragen rund um die Sexualität, welche zur Ablehnung von HIV-Tests und dem Gebrauch von Kondomen führen und HIV-positive Mütter dazu anhalten, die Brusternährung zum (vermeintlich) besseren Schutz ihrer Kinder vor HIV/AIDS zu intensivieren. Dazu kommen in anderen Bereichen die Marginalisierung von Drogensüchtigen, die bei einer Infektion doppelt auf die Unterstützung anderer Menschen angewiesen sind.

Zuletzt ist das Problem der *Finanzierung* der antiretroviralen Medikamente und nötiger Begleitprogramme für Menschen in den Ländern mit niedrigen und mittleren Einkommen zu erwähnen.³⁴ Die WHO geht davon aus, dass die erfolgreiche Durchführung der 3 by 5-Initiative bis Ende 2005 insgesamt US\$ 5,5 Milliarden kostet, wobei die Finanzierung der antiretroviralen Medikamente weniger als die Hälfte der Gesamtkosten (41,7%) in Anspruch nehmen wird. Daneben werden etwa ein Fünftel der Summe für die Behandlung opportunistischer Krankheiten benötigt, etwa ein Zehntel für Aufwendungen im Bereich der palliativen Betreuung, weitere Ausgaben sind für die Prophylaxe von Begleiterkrankungen, allgemeine Vorsorgeeinrichtungen, die Prävention, Programmkosten, die Anschaffung von Analysegeräten und die Ausbildung von Personal vorgesehen.³⁵ Eine weiterfüh-

³² Vgl. Freddy Perez/Joanna Orne-Gliemann u.a., Prevention of Mother to Child Transmission of HIV: Evaluation of a Pilot Programme in a District Hospital in Rural Zimbabwe, in: British Medical Journal 329 (2004) 1147–1150: Ergebnisse dieses Programms zeigen deutlich, wie wichtig ein regionaler Ansatz und die Zusammenarbeit mit den regionalen Community-Networks ist.

³³ Vgl. Ruth Macklin, Bioethics, Vulnerability, and Protection, in: Bioethics 17 (2003) 472–486, bes. 484f.

³⁴ Eine Gruppe international renommierter Ökonomen hat kürzlich die zehn Schlüsselprobleme der Menschheit ermittelt und aufgrund von Kosten-Nutzen-Rechnungen die effizientesten Lösungen vorgeschlagen; dabei hat sich gezeigt, dass durch Investitionen gegen die Ausbreitung von HIV/AIDS die mit Abstand besten Resultate zu erzielen wären, vgl. Björn Lomborg (Ed.), Global Crisis, Global Solutions, Copenhagen Consensus 2004, Cambridge 2004.

³⁵ Vgl. WHO, The World Health Report 2004, s. Anm. 7, 30.

rende ökonomische Studie zeigt, dass in den nächsten Jahren der Anteil der ART-Finanzierung an den Gesamtkosten mit der Anzahl behandlungsbedürftiger Menschen massiv ansteigen wird und dass bis 2007 knapp die Hälfte aller finanziellen Ressourcen alleine im südlichen Afrika benötigt werden.³⁶ Diese Berechnungen beinhalten allerdings weder die Kosten zur Bereitstellung der nötigen Infrastruktur noch weitere Kosten zur effizienten Bekämpfung von HIV/AIDS insbesondere im Präventionsbereich.³⁷ UNAIDS geht davon aus, dass 2005 insgesamt US\$ 12 Milliarden und 2007 US\$ 24 Milliarden benötigt werden, um die gesamte Krise effizient anzugehen; die in den letzten Jahren massiv angestiegenen Spenden lagen im Jahr 2003 bei insgesamt US\$ 4,7 Milliarden, was allerdings weniger als der Hälfte der Summe entspricht, die im Jahr 2005 benötigt wird bzw. weniger als einem Viertel des Betrags, der 2007 vorhanden sein müsste.³⁸

3. Sozialethisch relevante Themenfelder – eine Problemskizze

2002 fand der Weltkongress der «International Association of Bioethics» in Brasilia statt und stand – wie auch die «Presidential Address» des Südafrikaners Solomon Benatar – unter dem Thema «Macht und Ungerechtigkeit».³⁹ Werden die klassischen bioethischen Themen wie die Informierte Zustimmung, das Klonen, die Pränatal- und Präimplantationsdiagnostik, die liberale Eugenik, die Sterbehilfe und palliative Betreuung oder auch die Rationierung und Prioritätensetzung im Gesundheitswesen unter dieser thematischen Perspektive diskutiert, geraten sie in ein neues Licht: Die Differenzen zwischen Armen und Reichen, Frauen und Männern, Kranken und Gesunden, Menschen aus Wirtschaftszentren und -peripherien werden insbesondere durch HIV/AIDS auf neue Weise bewusst gemacht und verändern die bioethischen Auseinandersetzungen. Nicht mehr die Autonomie des und der Einzelnen steht dann im Zentrum der Aufmerksamkeit, sondern die Verteilungsgerechtigkeit oder die Situation ganzer Bevölkerungsgruppen, die aufgrund mangelnder Grundversorgung außerstande sind, ihre Basisrechte auszuüben. Das grundlegende Prinzip der Wahrung der Menschenwürde wird im Sinne der konsistenten Lebensethik des 1996 verstorbenen Josef Cardinal Bernardin⁴⁰ komplexer verstanden, die soziale Gerechtigkeit,

³⁶ Vgl. Stefano Bertozzi/Juan-Pablo Gutierrez et al., Estimating Resource Needs for HIV/AIDS Health Care Services in Low-income and Middle-income Countries, in: Health Policy 69 (2004) 189–200.

³⁷ Eine Übersicht bietet: UNAIDS, 2004 Report on the Global AIDS Epidemic, s. Anm. 7, 133.

³⁸ Vgl. ebd. 131f.

³⁹ Vgl. Solomon R. Benatar, Bioethics: Power and Injustice: IAB Presidential Address, in: Bioethics 17 (2003) 387–398.

⁴⁰ Etwa: Wer sich im Rahmen der ethischen Debatten um die Stammzellgewinnung für die Würde zweizelliger Embryonen einsetzt, sollte sich aus Gründen der Konsistenz mindestens ebenso sehr für die Wahrung der Würde geborener Menschen engagieren, vgl. Thomas G. Fucitmann (Ed.), Consistent Ethic of Life, Kansas City 1988.

der Schutz globaler öffentlicher Güter («global public goods») und politische bzw. Machtfragen gewinnen an Bedeutung⁴¹, aber auch die Bioethikerinnen und Bioethiker selbst geraten in neue Kontexte und Konflikte. Worauf soll und kann sich beispielsweise eine klinische Ethikberatung stützen, wenn es um die Entscheidung darüber geht, welche AIDS-Patienten weiter palliativ zu behandeln sind, welche hingegen zum Sterben nach Hause geschickt werden?⁴² Wie könnte ein angemessenes moralisches und politisches Engagement eines Bioethikers aussehen?, fragt James Dwyer in einem Erfahrungsbericht über sein Bioethikprogramm an der Universität von Pittsburgh/USA:

«I wonder about my responsibilities as a citizen and human being. But more than that, I wonder about my responsibility as a bioethicist who teaches global bioethics. I know that is not enough to say that the students and I had a good discussion, and that I helped them to think about the issues. But what should I do and what would be enough?»⁴³

Erste Schritte wären getan, wenn sich Bioethik-Vereinigungen, -Kongresse, -Fachzeitschriften und -Lehrangebote für diese Perspektiven und Themen verstärkt öffnen würden.⁴⁴ Die Bioethik oder biomedizinische Ethik würde dadurch auf dreierlei Weise herausgefordert: Erstens auf der Ebene der *kulturellen Hermeneutik*, insofern der Einbezug der Perspektive der betroffenen Menschen, Gemeinschaften und Gesellschaften und damit auch anderer

⁴¹ Vgl. Solomon R. Benatar, *Bioethics: Power and Injustice*, s. Anm. 39; aus brasilianischer Perspektive: Volnei Garrafa/Dora Porto, *Intervention Bioethics: A Proposal for Peripheral Countries in a Context of Power and Injustice*, in: *Bioethics* 17 (2003) 399–416; und aus US-amerikanischer Sicht: Paul Farmer/Nicole Gastineau Campos, *Rethinking Medical Ethics*, s. Anm. 5.

⁴² Vor diese konkrete Situation sah sich Udo Schüklenk gestellt, kurz nachdem er seine Stelle als Professor für Bioethik in Johannesburg angetreten hatte, wie er in einem Vortrag am IAB-Kongress im Jahr 2000 in London erläuterte.

⁴³ James Dwyer, *Teaching Global Bioethics*, in: *Bioethics* 17 (2003) 432–446, hier 446. Es ist sicher kein Zufall, dass ähnliche Fragen nach dem Selbstverständnis der Bioethiker zunehmend auch in den klassischen Kontexten gestellt werden, vgl. z. B. Tom Koch, *Absent Virtues: The Poacher Becomes Gamekeeper*, in: *Journal of Medical Ethics* 29 (2003) 337–342.

⁴⁴ Ein seltenes Beispiel dafür bietet ein Positionspapier der Zentralen Ethikkommission (ZEK) der Schweizerischen Akademie der medizinischen Wissenschaften zur Stammzellforschung von 2001 (vgl. <http://www.samw.ch>), insofern hier in einer Vorbemerkung festgehalten wird (Hervorhebung eingefügt, d. V.): «Die Spitzentechnologien, welche die heutige medizinische Forschung entscheidend prägen, können nur in den reichen Nationen der Welt entwickelt und angewandt werden. Entsprechend kommen sie nur einem verschwindend kleinen Teil der Menschheit zugute. (...) Gleichzeitig haben weltweit mehr als 2,5 Milliarden Menschen keinen Zugang zu sauberem Trinkwasser, was zu schwerwiegenden Gesundheitsproblemen und einer hohen Mortalität führt. Die Diskrepanz zwischen dem Unvermögen, die Basisbedürfnisse aller Menschen befriedigen zu können, und der kostenintensiven Entwicklung medizinischer Spitzentechnologien wird bei uns kaum zum öffentlichen Thema, während die ethischen Fragen, die durch die neuen technologischen Möglichkeiten aufgeworfen werden, sich einer großen öffentlichen Aufmerksamkeit erfreuen. Wenn man aber (...) mit der Würde des Menschen argumentiert, dann kann man nicht davon absehen, dass diese Würde allen Menschen in gleicher Weise zusteht. Die große Ungerechtigkeit in der globalen Verteilung der medizinischen Ressourcen ist für einige Mitglieder der ZEK bereits ein hinreichender Grund, die ethische Legitimation der Stammzellforschung grundsätzlich in Frage stellen.»

Hintergrundtheorien die einseitige Gewichtung des liberalen Individualismus infrage stellen würde⁴⁵, zweitens auf der *normativen Ebene*, insofern damit eine verstärkte Hinwendung zu sozialetischen Themen, der Politik- und Wirtschaftsethik verbunden wäre⁴⁶, und drittens auf der *praktischen Ebene*, insofern eine Reihe neuer Themen und praktischer Herausforderungen zu bearbeiten wäre, die bislang in den bioethischen Debatten keine oder nur eine unbedeutende Rolle gespielt haben.⁴⁷ Einige dieser Themen möchte ich in Anlehnung an das erwähnte Grundsatzpapier von UNAIDS und WHO zur Ethik und einem gerechten Zugang zur HIV/AIDS-Behandlung⁴⁸ im Sinne einer Problemübersicht kurz kommentieren.

Zuvor ist an zwei *Voraussetzungen* und einige heikle *Kernfragen* zu erinnern, die auch dem Grundsatzpapier vorangestellt werden und deren Beachtung dafür sorgt, dass die ethischen Überlegungen nicht in unrealistische Idealforderungen, sondern in umsetzbare Vorschläge münden.

Unabhängig vom Erfolg der WHO-Strategie ist erstens davon auszugehen, dass in den nächsten Jahren im Bereich der Verteilung der Medikamente weit reichende Prioritätsentscheidungen darüber zu treffen sein werden, *wer die vorhandenen knappen Mittel erhält und wer das Nachsehen haben soll*. Internationale Gremien, Regierungen, Nichtregierungsorganisationen, Ärzte und Pflegenden haben daher auf unterschiedlichen Ebenen ethisch schwierige Dilemmaentscheidungen zu treffen und benötigen dazu konkrete Kriterien. Zweitens ist davon auszugehen, dass heute etwa *vier Fünftel der von HIV betroffenen Menschen überhaupt nicht wissen, dass sie infiziert sind* und somit das erste Ziel darin bestehen muss, die Nachfrage nach den Medikamenten überhaupt zu schaffen.⁴⁹ Eine realistische Schätzung der Zahl von Men-

⁴⁵ Die Bethlehem Mission Immensee (Schweiz) beispielsweise leistet mit einem Forschungsprojekt zu Aids im südlichen Afrika unter dem Titel «Leben, Krankheit und Sterben in interkultureller Verflechtung» einen Beitrag in diese Richtung: Am Beispiel von HIV/Aids im südlichen Afrika werden bestimmte Sichtweisen von Leben, Krankheit und Sterben reflektiert mit dem Ziel, diese im Sinne interkultureller Vermittlung zu bereichern, zu ergänzen und zu korrigieren, vgl. <http://www.bethlehem-mission.ch>.

⁴⁶ S. Benatar schreibt von einem Wechsel von einer interpersonalen Moralität zu einer Bürgermoralität bzw. einer Ethik der internationalen Beziehungen, vgl. Solomon R. Benatar, *Bioethics: Power and Injustice*, s. Anm. 39, 392.

⁴⁷ Vgl. z. B. die Online-Veröffentlichungen der Arbeitsgruppe Gesundheitsdienste und HIV/AIDS des Missionsärztlichen Instituts Würzburg (<http://www.uni-wuerzburg.de/misio>); zur Erläuterung der drei Ebenen der Bioethik vgl. Markus Zimmermann-Acklin, *Perspektiven der biomedizinischen Ethik. Eine Standortbestimmung aus theologisch-ethischer Sicht*, Genf 2000, 16–32.

⁴⁸ Vgl. UNAIDS/WHO, *Consultation on Ethics*, s. Anm. 6.

⁴⁹ Vor welche Probleme ein Land diese Ausgangslage stellt, zeigt das Beispiel Botswana: Hier läuft seit dem Jahr 2000 eine von der Regierung in Zusammenarbeit mit der Bill und Melinda Gates Foundation und der Merck Company Foundation durchgeführte Behandlungsinitiative auf nationaler Ebene, durch die bis Mitte 2004 erreicht wurde, dass lediglich 14'000 Patienten mit ART behandelt werden, was bei einer HIV-Infektionsrate von ca. 40% der erwachsenen Bevölkerung minimal ist. Nun wird versucht, über die Zusammenarbeit mit traditionellen Heilern die Menschen von der Wichtigkeit eines Tests überzeugen zu können, vgl. UNAIDS, *2004 Report on the Global AIDS Epidemic*, s. Anm. 7, 113.

schen, die in den nächsten Jahren auf die ART angewiesen sind, wird mit sechs bis zwölf Millionen angegeben.⁵⁰

Michel Jancoes, Berater des Generaldirektors der WHO, nennt zudem wesentliche kontextuelle Fragen, die sich aus Sicht der Länder ergeben, die in ein ART-Förderprogramm einbezogen werden:

- Wie kann die ART gerechtfertigt werden, wenn gleichzeitig nicht einmal die medizinische Grundversorgung gewährleistet ist? Wie kann sie kostenlos abgegeben werden, wenn betroffene Patienten beispielsweise für Malariamedikamente oder die Grundpflege selbst aufkommen müssen?
- Wie können die Behörden sicherstellen, dass einzelne Gesundheitszentren sowohl die Behandlung von Patienten mit HIV/AIDS als auch die Behandlung nicht infizierter Patienten in ausgeglichener Weise gewährleisten?
- Wie kann die Finanzierung der ART auf Dauer gesichert werden?
- Sollten Regierungen ihre Programme dort beginnen, wo die Versorgung am schlechtesten ist, oder dort, wo die größten Auswirkungen zu erwarten sind?
- Wie können Präventionsprogramme und die Versorgung mit der ART in sinnvoller und verantwortbarer Weise aufeinander abgestimmt werden?⁵¹

Im Anschluss an diese Vorbemerkungen sind aus sozialetischer Sicht mehrere Problembereiche zu diskutieren.

Erstens ist die Begründung, Reichweite und Interdependenz grundlegender Menschenrechte zu erörtern, wobei das Recht auf Gesundheit im Zentrum der Aufmerksamkeit steht, aber auch die Rechte auf Leben, Gleichbehandlung und Nicht-Diskriminierung eine Rolle spielen.⁵² Paul Farmer und Nicole Gastineau Campos von der Universität Harvard machen auf ein zentrales Problem aufmerksam, indem sie darauf hinweisen, dass selbst die Bedeutung grundlegender politischer Rechte für diejenigen Menschen stark relativiert wird, die aufgrund mangelnder medizinischer Versorgung keine reale Überlebenschance haben. Damit weisen sie indirekt auf die Bedeutung der Gesundheit als Ermöglichungsgut (transzendentes Gut⁵³) hin:

«What does it mean, for both bioethics and human rights, when a person living in poverty is able to vote, is protected from torture or from imprisonment without due process, but dies of untreated AIDS? What does it mean when a person with renal failure experiences no abuse of his or her civil and political rights, but dies without ever having been offered access to dialysis, to say nothing of transplant? What does it mean when an African-American neonate does not have ready access to the care only afforded in a NICU?»⁵⁴

⁵⁰ Vgl. ebd. 4f.

⁵¹ Vgl. ebd. 5.

⁵² Vgl. ebd. 7.

⁵³ Vgl. Georg Marckmann, Verteilungsgerechtigkeit in der Gesundheitsversorgung, in: Marcus Düwell/Klaus Steigleder (Hrsg.), Bioethik. Eine Einführung, Frankfurt a. M. 2003, 333–343, bes. 338; Thomas Kesselring, Ethik der Entwicklungspolitik, s. Anm. 6, 249f.

⁵⁴ Paul Farmer/Nicole Gastineau Campos, Rethinking Medical Ethics, s. Anm. 5, 28; das Akronym NICU steht für «Neonatal Intensive Care Unit»; vgl. auch Dan J. Ncayiyana, Is Democracy Good for People's Health?, Anm. 19, 1425f.

Die Autoren erinnern zudem daran, dass die Armen weder auf einem anderen Planeten leben noch in Ländern zu Hause sind, in denen die antiretrovirale Therapie, die Dialyse oder auch die Transplantationsmedizin nicht existieren würden bzw. für die privilegierten Schichten unerreichbar wären. Es verhält sich leider auch nicht so, dass die Armen wenigstens partiell von den medizinischen Fortschritten der Reichen profitieren würden: Je mehr medizinische Möglichkeiten hinzukommen, desto größer wird der Graben zwischen Arm und Reich.⁵⁵ Daher kann auch die Versorgung alleine mit der ART das grundlegende Problem nicht lösen, wie folgendes Zeugnis einer Frau aus Haiti belegt: Nachdem sie im Jahr 2001 unverhofft Zugang zur ART erhielt, nahmen ihr Körpergewicht und damit auch der Hunger wieder zu, doch es fehlte am Nötigsten: «The medicine started killing the virus and than I became hungry. But we had no food in the house.»⁵⁶ Hunger und AIDS stehen in einem komplexen Wechselverhältnis zueinander. Soll die Ausbreitung von HIV/AIDS in Niedriglohnländern insbesondere unter den Frauen verhindert werden, besteht eine der wichtigsten Maßnahmen darin, ihnen bezahlte Arbeit und damit den Zugang zu Grundnahrungsmitteln zu ermöglichen. Mit der HIV/AIDS-Bekämpfung wird also gleichzeitig der gesamte Bereich der Gesundheitsversorgung und Armutsbekämpfung herausgefordert: Soll ein «AIDS exceptionalism»⁵⁷ mit entsprechenden negativen bzw. absurden Folgen für die unmittelbar Betroffenen vermieden werden, müssen die Hilfsmaßnahmen die gesamte medizinische Grundversorgung und zudem weitere Maßnahmen zur Armutsbekämpfung mit einschließen.

Ein zweiter wesentlicher Aspekt betrifft die Regelung des Medikamentenzugangs, wobei sich ein Konflikt zwischen zwei ethischen Grundansätzen ergibt.⁵⁸ Während es in utilitaristischer Tradition darum geht, Handlungen nach dem maximal zu erreichenden Nutzen zu bewerten, werden diese in den Gerechtigkeitstheorien nach Gesichtspunkten wie Gleichheit, Fairness oder ausgleichender Gerechtigkeit beurteilt. Was zunächst theoretisch abstrakt klingt, hat in der Entscheidungsfindung vor Ort große Relevanz, wie folgende Fragen zeigen:

Sollen bei der Abgabe der ART Menschen bevorzugt werden, deren gesundheitlicher Zustand erwarten lässt, dass die Medikamente gut ansprechen werden?

- Sollten Mütter und Kinder, Lehrer und medizinisches Personal aufgrund ihrer sozialen Aufgaben bevorzugt behandelt werden?
- Oder sollten alle Menschen – unabhängig von ihrer gesundheitlichen und sozialen Situation – gleichen Zugang erhalten?

⁵⁵ Vgl. Paul Farmer/Nicole Gastineau Campos, Rethinking Medical Ethics (Anm. 5), 28f.

⁵⁶ Zitiert nach ebd. 36. Zur Wechselwirkung zwischen sozialen Bedingungen und Gesundheit vgl. auch Barbara Starfield, Promoting Equity in Health Through Research and Understanding, in: Developing World Bioethics 4 (2004) 76–95. Zum Zusammenhang zwischen Hunger und HIV/AIDS vgl. UNAIDS, 2004 Report on the Global AIDS Epidemic, s. Anm. 6, 46–48.

⁵⁷ UNAIDS/WHO, Consultation on Ethics, s. Anm. 6, 8.

⁵⁸ Vgl. ebd. 9f, und das entsprechende Grundlagenpapier von Ruth Macklin, Ethics and Equity in Access to HIV Treatment – 3 by 5 Initiative, Genf 2004.

- Sollten die besonders Verletzlichen und am meisten Benachteiligten im Sinne der Option für die Armen bevorzugt behandelt werden?
- Sollten schließlich Menschen, die freiwillig an Forschungsprojekten teilgenommen haben, sich freiwillig einem Test unterziehen oder sich öffentlich zu ihrer Infektion bekennen, im Sinne der ausgleichenden Gerechtigkeit bevorzugt werden?

Werden bestimmte vulnerable Gruppen positiv diskriminiert, besteht die Gefahr, dass eine Regierung aus politischen Gründen gewisse Gruppen ganz aus der Versorgung mit der ART auszuschließen versucht, was bei der Option, alle gleich zu behandeln, weniger möglich ist. – Dass die beiden sozial-ethischen Grundansätze von Nutzen und Gerechtigkeit häufig gegeneinander stehen, ist auch aus anderen Kontexten bekannt; die Erfahrung zeigt aber auch, dass in Notsituationen wie der gegenwärtigen HIV/AIDS-Epidemie den Nützlichkeits- gegenüber Gerechtigkeitsüberlegungen de facto meist der Vorrang gegeben wird.⁵⁹ In der Grundsatzdiskussion von WHO und UNAIDS konnte eine Einigung darüber erzielt werden, dass *beide* Aspekte zu berücksichtigen seien und es nahe liege, folgende Gruppen prioritär zu behandeln:

- Menschen, die sich an klinischen Forschungsprojekten beteiligt haben (da sie eine besondere Bereitschaft zur Problemlösung bewiesen haben),
- Familienmitglieder von Patienten, die bereits die ART erhalten (um das Aufteilen der Medikamente und damit die Gefahr der Resistenzbildung zu verhindern),
- Gesundheitspersonal (weil es zur Verteilung der Medikamente benötigt wird),
- diejenigen, deren Behandlung die Ansteckung anderer Menschen verhindern hilft, z. B. schwangere Frauen (da der Schutz nicht unmittelbar involvierter und abhängiger Menschen mit Vorrang zu gewähren ist),
- die extrem Kranken (um den unmittelbar drohenden Tod zu verhindern),
- schließlich diejenigen, die sich bereits testen ließen (weil sie damit Bereitschaft gezeigt haben, der Stigmatisierung von HIV/AIDS entgegenzuwirken).⁶⁰

Drittens geht es um die *Bedeutung und Gestaltung fairer Prozesse der Entscheidungsfindung* und damit um die prozedurale Gerechtigkeit. Im Anschluss an die Gerechtigkeitstheorie John Rawls' wird die Einhaltung prozeduraler Normen gefordert, um die erwähnten Prinzipienkonflikte zu entschärfen.⁶¹ Norman Daniels nennt folgende vier Bedingungen:

- Entscheidungen und deren Begründungen müssen öffentlich zugänglich sein (Transparenz).

⁵⁹ Vgl. UNAIDS/WHO, Consultation on Ethics, s. Anm. 6, 10; WHO, The World Health Report 2004, s. Anm. 7, 35–37.

⁶⁰ Vgl. UNAIDS/WHO, Consultation on Ethics, s. Anm. 6, 10.

⁶¹ Vgl. ebd. 11, und das entsprechende Grundlagenpapier von Norman Daniels, How to Achieve Fair Distribution of ARTs in 3 By 5: Fair Process and Legitimacy in Patient Selection, Genf 2004; vgl. auch ders./James Sabin, Setting Limits Fairly. Can We Learn to Share Medical Resources?, Oxford/New York 2002.

- Die Gründe müssen im jeweiligen Kontext relevant sein (Evidenz).
- Es muss die Möglichkeit bestehen, Einsprache gegen einen Entscheid erheben und neue Gründe und Aspekte einbringen zu können (Rekursmöglichkeit).
- Es muss eine Einrichtung bestehen, welche die Durchsetzung der ersten drei Bedingungen absichert (Durchsetzung).⁶²

Angesichts der Dringlichkeit von Interventionen in Ländern, die teilweise von nicht-demokratischen Regierungen geführt werden, dürfte die Umsetzbarkeit dieser Verfahrensnormen kurzfristig nur sehr bedingt möglich sein. Mittel- und langfristig sollten sie allerdings zur Orientierung herangezogen werden, was allerdings weitere Konkretisierungen in Bezug auf die von HIV/AIDS besonders stark betroffenen Länder nötig macht.

Viertens ist die Frage nach einer möglichen *Bevorzugung der Armen und Benachteiligten* eigens zu überdenken.⁶³ Es wurde bereits betont, dass ART-Programme in Niedriglohnländern nur zusammen mit der Etablierung der medizinischen Grundversorgung und der Berücksichtigung opportunistischer Krankheiten sinnvoll durchgeführt werden können, was insbesondere dann gilt, wenn die Situation der am meisten Benachteiligten in den Blick genommen wird. Auch wenn die Situation der Ärmsten in verschiedenen Ländern sehr unterschiedlich aussehen mag, ist anzunehmen, dass es nur im Rahmen eines explizit angewandten «pro-poor-approach» möglich ist, eine doppelte Benachteiligung der Ärmsten zu verhindern, insofern diese Bevölkerungsgruppen ihre Interessen am wenigsten durchsetzen können. Eine prioritäre Behandlung der Armen kann gewährleisten, dass auch sie Zugang zur Therapie erhalten, der oben beschriebene Auswahlprozess so fair wie möglich verlaufen kann und die großen Unterschiede in der gesundheitlichen Versorgung, die in vielen der betroffenen Ländern zwischen Arm und Reich herrschen, in Richtung einer größeren Gleichheit korrigiert werden können.⁶⁴

Ein *fünfter* Punkt schließt unmittelbar an diesen Überlegungen an und betrifft die sozialethische Forderung nach einer *bevorzugten Behandlung von Frauen und Mädchen* und damit die Genderperspektive. Es ist offenkundig, dass junge Frauen besonders gefährdet sind, die Ansteckungsgefahr von Ehefrauen insbesondere auf die außereheliche Sexualität der Ehemänner zurückzuführen ist⁶⁵ und daher ein Schwerpunkt auf eine mädchen- und frauenbezogene HIV/AIDS-Aufklärung gesetzt werden muss.⁶⁶ Die besondere Verletzlichkeit von Mädchen und Frauen kann schließlich auch Anlass dazu sein, sie im Sinne des «pro-poor-approach» im Rahmen von ART-Pro-

⁶² Vgl. UNAIDS/WHO, Consultation on Ethics, s. Anm. 6, 11; Norman Daniels/James Sabin, Setting Limits Fairly, s. Anm. 61, 45f.

⁶³ Vgl. UNAIDS/WHO, Consultation on Ethics, s. Anm. 6, 12, und das Grundlagenpapier Pro-Poor Health Policy Team/WHO, «3 by 5», Priority in Treatment, and the Poor, s. Anm. 6.

⁶⁴ Vgl. UNAIDS/WHO, Consultation on Ethics, s. Anm. 5, 12.

⁶⁵ Dies ist besonders deutlich in den Ländern des südlichen Afrikas, vgl. UNAIDS, 2004 Report on the Global AIDS Epidemic, s. Anm. 7, 77f.

⁶⁶ Vgl. die Erläuterung eines Gender-sensitiven Programms in ebd. 68; weiterhin UNAIDS/WHO, Consultation on Ethics, s. Anm. 6, 20.

grammen bevorzugt zu berücksichtigen. – Bleibt zu ergänzen, dass auch Kinder wegen ihrer totalen Abhängigkeit von ihren Eltern besonders gefährdet sind, entweder überhaupt nicht in ein ART-Programm aufgenommen zu werden oder aber aufgrund mangelnder Unterstützung – verursacht beispielsweise durch den Verlust der Eltern oder der Bezugspersonen – aus einem Versorgungsprogramm herauszufallen.⁶⁷

Sechstens bleibt aus sozialetischer Sicht über die Frage nach einer *kostenlosen Abgabe der Medikamente* nachzudenken, wie sie flächendeckend und mit Erfolg bislang einzig in Brasilien realisiert wurde. Einerseits sprechen starke Gründe zugunsten einer solchen Lösung, insofern sich viele Menschen bzw. Familien auch die günstigsten Medikamente nicht leisten können bzw. in schwierigen Situationen auf eine konsequente Fortsetzung der Behandlung verzichten und damit die Resistenzbildung verstärken. Andererseits besteht aber ein Problem darin, dass andere notwendige Behandlungen und die Grundpflege weiterhin zu bezahlen sind und es ungerecht wäre, wenn Regierungen von Niedriglohnländern die Medikamente auch an die Menschen kostenlos abgeben würden, welche die ART problemlos selbst bezahlen könnten. Einiges spricht deshalb zugunsten einer differenzierten, mehrstufigen Lösung, soweit eine solche organisatorisch überhaupt umzusetzen ist: Danach könnte die ART an Arme kostenlos abgegeben werden, von denjenigen, die über ein regelmäßiges Erwerbseinkommen verfügen, im Rahmen eines Krankenversicherungssystems zur Verfügung gestellt werden, während Wohlhabende die Kosten selbst (out of pocket) zu übernehmen hätten.⁶⁸ Bei all dem ist stets die Frage nach einer nachhaltigen bzw. dauerhaften Finanzierung mit zu bedenken, die in direktem Zusammenhang mit dem Auf- bzw. Ausbau von Gesundheitssystemen und entsprechenden Infrastrukturen steht und weder kurz- noch langfristig dazu führen darf, dass die Abgabe der ART zu Einschränkungen in der medizinischen Grundversorgung führt.

Siebtens ist die *Prioritätensetzung im Bereich der Forschung* zu überdenken. Gegenwärtig wird insbesondere in den Bereichen Prävention, Impfung, Verbesserung der ART und der operationalen Versorgung mit Medikamenten geforscht⁶⁹, wobei eine wesentliche Besonderheit darin besteht, dass dies aufgrund der relativ guten finanziellen Bedingungen (z. B. durch den «Global AIDS Fund») in weit größerem Ausmaß möglich ist, als dies gewöhnlich in Entwicklungsländern und bei der Erforschung von so genannten «Krankheiten der Armen» der Fall ist.⁷⁰ Wesentlich ist, dass trotz der oftmals

⁶⁷ Vgl. ebd. 118; hinzuweisen wäre auch auf das Problem der sexuellen Ausbeutung von Kindern und die entsprechenden Ansteckungsgefahren, vgl. ebd. 126.

⁶⁸ Vgl. UNAIDS/WHO, Consultation on Ethics, s. Anm. 6, 13.

⁶⁹ Vgl. WHO, The World Health Report 2004, s. Anm. 7, Chapter 5.

⁷⁰ Vgl. eine entsprechende Kritik aus gerechtigkeits-theoretischer Sicht bei David B. Resnik, The Distribution of Biomedical Research Resources and International Justice, in: Developing World Bioethics 4 (2004) 42–57: Er beschreibt die derzeitige Situation als «90/10 divide» und meint damit die Tatsache, dass zur Zeit nur 10% der internationalen Investitionen im Bereich der biomedizinischen Forschung und Entwicklung für die Erkundung der

schwierigen Ausgangslagen die ethischen Grundbedingungen der Deklaration von Helsinki eingehalten werden, dass Patienten, die sich freiwillig an klinischen Versuchen beteiligen, auch über die Forschungsprojekte hinaus medizinisch begleitet und mit der ART versorgt werden und dass Fälle von Ausbeutung der Armen bzw. der besonders verletzlichen Bevölkerungsgruppen verhindert werden.⁷¹ Wichtig sind die Verbesserung der ART in Hinblick auf Reduktion von gravierenden Nebenwirkungen, der Resistenzbildung und der Handhabung, die notwendige Weiterentwicklung therapeutischer Möglichkeiten zur Verhütung der offenen TB und die grundsätzliche Verbesserung der Situation junger Frauen.⁷² Bislang wurde offenkundig zu wenig unternommen, um auch für Frauen einen effizienten Schutz vor der Ansteckung mit dem HI-Virus beim Geschlechtsverkehr zu entwickeln.⁷³

Ein *achter* Aspekt betrifft schließlich die *ethische Begründung des Patentschutzes und der Herstellung kostengünstiger Generika*.⁷⁴ Während gute Gründe zugunsten eines verlässlichen Patentschutzes sprechen, allen voran die längerfristige Ermöglichung der Entwicklung neuer Medikamente, ist auf der anderen Seite das auch in der Doha-Erklärung erwähnte nationale Notstandsrecht und die staatliche Pflicht zur Bewahrung öffentlicher Güter wie der Gesundheit angemessen zu gewichten. Die Vergabe von Sonder- oder Zwangslizenzen zur Generikaproduktion scheint aus heutiger Sicht der einzige Weg zu sein, der es den betroffenen Staaten ermöglicht, die Krise aus eigener Anstrengung bewältigen zu können und nicht dauerhaft auf die Hilfe von Außen angewiesen zu bleiben. Mit dieser Forderung ist insbesondere eine Debatte über die Rolle und Aufgaben der multinationalen Konzerne in einer zunehmend globalisierten Welt verbunden. Aufgrund der Patentrechte und möglichem Missbrauch von Sonderlizenzen zur Generikaproduktion in Niedriglohnländern – beispielsweise durch den schwer zu kontrollierenden Absatz der Medikamente in den Märkten der Industriestaaten, Korruption oder unfairen Handel unter den Entwicklungsländern – sind die Pharmakonzerne unmittelbar in die Debatten involviert. Durch die Globalisierung sind aber auch die meisten anderen international tätigen Konzerne in die Debatten einbezogen, insofern sie Konzepte zu entwerfen haben, wie sie mit der HIV/AIDS-Ausbreitung in ihrer Belegschaft umzugehen gedenken. Sind sie beispielsweise bereit, die Behandlung mit ART für ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und deren Familienangehörigen zur

Krankheiten ausgegeben werden, welche 90% der weltweiten Krankheiten («the burden of disease») ausmachen.

⁷¹ Beispiele für Ausbeutung im Bereich der klinischen Forschung analysiert Ruth Macklin, Bioethics, Vulnerability, and Protection, s. Anm. 33.

⁷² Vgl. WHO, The World Health Report 2004, s. Anm. 7, 78–81.

⁷³ Denkbar wäre beispielsweise die Entwicklung von Mikrobiziden, die von gefährdeten Mädchen und Frauen in Form von Cremes oder Zäpfchen eingesetzt werden könnten, vgl. ebd. 77.

⁷⁴ Vgl. Udo Schüklenk/Richard E. Ashcroft, Affordable Access to Essential Medication, s. Anm. 20; Sigrid Sterckx, Patents and Access to Drugs in Developing Countries: An Ethical Analysis, in: Developing World Bioethics 4 (2004) 58–75.

Verfügung zu stellen? Ist dies der Fall, so muss die Behandlung bei Verlust der Arbeitsstelle oder der Pensionierung von Angestellten weiterhin sichergestellt werden, sodass sich auf die Dauer größere Netzwerke ergeben, in welchen die Unternehmen eine zentrale Rolle auch für die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung zu übernehmen haben.⁷⁵ Angesichts der Konzerngewinne, der hohen Verschuldung der meisten Niedriglohnländer und der tödlichen Bedrohung ganzer Bevölkerungsgruppen durch das HI-Virus müssen nicht nur die Patentgesetze, sondern mit den internationalen Handelsbarrieren und den Schuldenrückzahlungen auch größere Kontexte in die Debatten einbezogen werden.⁷⁶

4. Schlussbemerkungen

Trotz aller skeptischer Fragen und schwierig zu lösender Probleme zeigen diese Überlegungen, dass heute konkrete Ansatzpunkte und gute Gründe dafür bestehen, weltweit möglichst vielen behandlungsbedürftigen Menschen den Zugang zur ART zu verschaffen. Mögliche Opportunitätskosten sind in zwei Richtungen zu befürchten: Zum einen könnte eine zu starke Konzentration auf HIV/AIDS bewirken, dass andere Bereiche der medizinischen Grundversorgung vernachlässigt werden, zum andern könnte eine zu schnelle und vertikale Implementierung der ART-Programme bestehende Gesundheitssysteme gefährden und eine doppelte Versorgungsstruktur hervorbringen. Diesen berechtigten Befürchtungen steht die simple Einsicht entgegen, dass die gegenwärtig laufenden Programme zur Ausweitung des Zugangs zur ART einer der ganz wenigen Bereiche darstellt, in denen der politische Wille, die Bereitschaft und auch die nötigen Ressourcen vorhanden sind, etwas zur Verbesserung der globalen gesundheitlichen Versorgung beizutragen. Insofern bieten sie eine einmalige und wichtige Gelegenheit, effiziente Maßnahmen zur Verbesserung der Gesundheitssysteme in Entwicklungsländern zu realisieren.⁷⁷

Angesichts der enormen Herausforderungen, die im Bereich von HIV/AIDS in den nächsten Jahren anzugehen sind und welche die bestehenden Ungleichheiten zwischen Arm und Reich weltweit noch massiv zu verschärfen drohen, betonte Walter Fust, Direktor der DEZA, dass *sowohl Visionen als auch Pragmatismus* wichtig und handlungsleitend seien. Die drei von ihm empfohlenen Strategien, welche in die gleiche Richtung weisen wie die angestellten soziaethischen Überlegungen zum weltweiten Zugang zur

⁷⁵ Vgl. hier die Ergebnisse einer internationalen Befragung von Firmen, die dazu am World Economic Forum 2004 durchgeführt wurde, in: *UNAIDS, 2004 Report on the Global AIDS Epidemic*, s. Anm. 7, 161.

⁷⁶ Vgl. *UNAIDS/WHO, Consultation on Ethics*, s. Anm. 6, 17.

⁷⁷ Ebd.: «The participants of the meeting noted that the movement to expand access to ART represents one of the few areas in which there is significant political will, commitment and resources with which to improve public health on a global level. As such, it provides a unique opportunity to strengthen health systems.»

antiretroviralen Therapie, lauten: «1. Nötiges Wissen öffentlich machen, 2. billigere Medikamente verfügbar machen und 3. institutionelle Kapazitäten in armen Ländern stärken.»⁷⁸

⁷⁸ *Walter Fust* in seinem Referat zum Thema «Millenniums-Entwicklungsziele Gesundheit. Sicht der Schweiz», gehalten am Symposium der Novartis Stiftung für Nachhaltige Entwicklung am 2.12.2004 in Basel, vgl. <http://www.novartisfoundation.com>.

Jean-Pierre Wils/Michael Zahner (Hrsg.)

Theologische Ethik zwischen Tradition und Modernitätsanspruch

Festschrift für Adrian Holderegger
zum sechzigsten Geburtstag



Adrian Holderegger

2005

ACADEMIC PRESS FRIBOURG
FREIBURG SCHWEIZ

VERLAG HERDER
FREIBURG - WIEN