

Wissenschaftliche Abschlussarbeit

zur Erlangung des Magister Artium (M.A.)

eingereicht der Philosophischen Promotionskommission
in Frankfurt am Main

HIV/AIDS im Angesicht der Ethik

**Strukturelle Ursachen der Pandemie, theologisch-ethische
Analysen und praktisch-politische Antworten**

Verfasser:	Stefan Kessler, geb. 22.05.1980 in Bad Soden – Salmünster
Matrikelnummer:	2409243
E-Mail:	Stefan.Kessler@gmx.net
Semester:	WS 2008/09
Fachbereich:	Katholische Theologie
Lehrstuhl:	Moraltheologie/Sozialethik
1. Gutachter/in:	Prof. Dr. Hille Haker
2. Gutachter/in:	Prof. Dr. Thomas Schmidt
Einreichungsdatum:	14.10.2008

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	II
Abkürzungsverzeichnis	V
Vorwort	VI
1 Einleitung	1
2 Grundlagen von Krankheit und Verbreitung	4
2.1 Medizinische Grundlagen	4
2.1.1 Krankheitsverlauf	5
2.1.2 Übertragungswege	7
2.1.3 Behandlungsmöglichkeit	8
2.1.4 Impfstoffsuche	9
2.2 Verbreitung und Trends	10
2.2.1 Datenerfassung	10
2.2.2 Weltweite Verbreitung	11
2.2.3 Epizentrum Afrika	12
2.3 Verletzliche Bevölkerungsgruppen	13
2.3.1 Konzept der Verletzlichkeit	13
2.3.2 Frauen	14
2.3.3 Kinder	14
3 Ursachen und Folgen der Verbreitung	16
3.1 Verdrängung, Tabus und Stigmatisierung	16
3.2 Armut und Entwicklung	18
3.2.1 Mikroebene	19
3.2.2 Makroebene	20
3.3 Mangelnde Geschlechtergerechtigkeit	22
3.4 Bildungsmangel	24

3.5 Staatsversagen	26
3.6 Das Schicksal der Kinder	28
4 Probleme der Krankheitsbekämpfung	30
4.1 Fürsorge	30
4.2 Prävention	32
4.3 Medikamentenversorgung	34
4.4 Finanzierung	36
5 Handlungsansätze der Ethik	39
5.1 Teleologische Ethik	39
5.1.1 Utilitarismus	40
5.1.2 Utilitarismuskritik	41
5.2 Deontologische Ethik	42
5.2.1 Kantische Ethik	43
5.2.2 Kantkritik	44
5.3 Ein dritter Ethiktyp	45
5.3.1 Tugendethik	46
5.3.2 Kritik an der Tugendethik	47
5.4 Bilanz der philosophisch-ethischen Analyse	48
6 Handlungsprinzipien christlicher Sozialethik	50
6.1 Personalität	50
6.2 Gerechtigkeit	52
6.3 Solidarität	53
6.4 Subsidiarität	55
6.5 Bilanz der sozialetischen Analyse	57
7 Die Pflicht zu handeln	58
7.1 Verpflichtung durch Menschenwürde	58
7.2 Allgemeine Hilfespflicht	61
7.3 Negative Pflichten	62

8 Der Weg zu sozialer Gerechtigkeit	64
8.1 Soziale Gerechtigkeit	65
8.1.1 Wesen	65
8.1.2 Tauschgerechtigkeit	66
8.1.3 Beteiligungsgerechtigkeit	67
8.1.4 Verteilungsgerechtigkeit	67
8.1.5 Verfahrensgerechtigkeit	68
8.2 Der Ansatz der Befähigung	68
8.2.1 Liberale Grundhaltung	69
8.2.2 Verwirklichungschancen	70
8.2.3 Gerechtigkeitsbeitrag	70
8.3 Der Weg zu sozialer Gerechtigkeit	72
9 Praktische und politische Handlungsansätze	74
9.1 Grundlagen der SAVE-Strategie	74
9.2 Sichere Verfahren	75
9.2.1 Moralisches Umdenken	76
9.3 Zugang und Verfügbarkeit von Behandlung	78
9.3.1 Preisdifferenzierungen	79
9.3.2 Freiwillige Produktlizenzen	80
9.3.3 Strategie öffentlicher Güter	82
9.4 Freiwillige Beratung und Test	83
9.5 Empowerment	85
9.5.1 Zugang zu Bildung	86
9.5.2 Reform des Welthandels	88
9.5.3 Vergabe von Mikrokrediten	91
10 Schlussfolgerung und Ausblick	95
Literaturverzeichnis	101
Eidesstattliche Erklärung	112

Die nachfolgende Arbeit wurde im Dezember 2007 zu Teilen bereits als wissenschaftliche Hausarbeit im Rahmen der ersten Staatsprüfung für das Lehramt an Gymnasien dem Amt für Lehrerbildung in Frankfurt am Main eingereicht.

Die Arbeit liegt hier nun in einer überarbeiteten Ausgabe vor. Wesentliche Veränderungen wurden in den Kapitel 1, 5, 6 und 10 vorgenommen. Völlig neu konzipiert und in die Arbeit integriert wurden Kapitel 7 und die Abschnitte 9.5.1 und 9.5.2.

Abkürzungsverzeichnis

AIDS	Erworbenes Immunschwäche Defizit Syndrom
ARV	Antiretrovirale (Medikamente)
FAO	Welternährungsorganisation der Vereinten Nationen
GATT	General Agreement on Tariffs and Trade
GS	Gaudium et Spes – Pastoralkonstitution des II. Vatikanischen Konzils
HAART	Hochaktive Antiretrovirale Therapie
HDI	Index der menschlichen Entwicklung nach Kriterien von UNDP
HIV	Humanes Immunschwäche Virus
ILO	Internationale Arbeitsorganisation
MM	Enzyklika Mater et Magistra
NGO	Nichtregierungsorganisation
QA	Enzyklika Quadrogesimo Anno
SIV	Affenartiges Immunschwäche Virus
SRS	Enzyklika Sollicitudo rei socialis
TRIPS	Übereinkommen zu handelsbezogenen Aspekten der Rechte des geistigen Eigentums
UNO	Vereinte Nationen
UNAIDS	Gemeinsame Programm der Vereinten Nationen für HIV/AIDS
UNDP	Entwicklungsprogramm der Vereinten Nationen
UNFPA	Bevölkerungsfonds der Vereinten Nationen
UNICEF	Kinderhilfswerk der Vereinten Nationen
VCT	Freiwilliger HIV-Test und Beratung
WHO	Weltgesundheitsorganisation
WTO	Welthandelsorganisation

Vorwort

„Ich möchte später mal Pilot werden!“, meint Enoc als er das selbstgemalte Bild eines Flugzeugs in die Runde zeigt. Die Vorstellung seines Traumes zeichnet ein großes Lächeln in sein Gesicht. Sein Lächeln wird noch viel größer, als sein Bild neben den Bildern der anderen Jungen an einem Balken befestigt wird. Jetzt können auch die anderen mitlachen, denn jetzt erkennen sie, dass Enoc ihnen aus dem Cockpit zuwinkt. Ihr Enoc, der wie ein großer Bruder für sie ist, dessen Wort etwas zählt, der die jüngeren auf den Schoß nimmt und tröstet, der Streit schlichtet, Aufgaben verteilt und drei Mal täglich die Mahlzeiten für die fast 30-köpfige Gruppe zubereitet. Ihr Enoc, der mit seinem bewundernswerten Verantwortungsbewusstsein bereits jetzt erwachsen ist und das Straßenkinderprojekt mit voller Kraft unterstützt, aber dennoch erst zwölf Jahre alt ist.

Enoc selbst aber weiß, dass es schwer sein wird, seinen Traum zu verwirklichen. Ihm bleibt neben seinen ganzen Pflichten sowieso schon wenig Zeit für Hausaufgaben oder zum Spielen. Vor allem aber hindert ihn seine Geschichte an der Verwirklichung seines Traums: Er war, wie mir erzählt wurde, ungefähr acht Jahre alt, als ihn seine Mutter am Tor abgab. Der Grund dafür, dass sie sich von ihrem Kind trennte: Sie hatte AIDS und nur noch kurze Zeit zu leben...¹

¹ Enoc lernte ich im Jahr 2006 als Volunteer in einem Straßenkinderprojekt in Tema/Ghana kennen. Seine Geschichte soll stellvertretend für die vielen anderen Schicksale von Kindern stehen, die von HIV und AIDS betroffen sind.

1 Einleitung

Weltweit gesehen infizierten sich im Jahr 2007 pro Tag über 6.800 Menschen neu mit dem Humanen-Immunschwäche-Virus (HIV), und pro Stunde starben weltweit bis zu 250 Menschen an den Folgen des Erworbenen-Immunschwäche-Defizit-Syndroms (AIDS).² Angesichts dieser Tatsachen spricht der ehemalige UN-Generalsekretär Annan in Bezug auf die HIV/AIDS-Pandemie von der größten Herausforderung der heutigen Generation.³

Doch anstatt die Staaten im Kampf gegen diese Krankheit näher zusammen rücken zu lassen, trennt die Krankheit Nord- und Südhalbkugel. So ist AIDS in den wohlhabenden Ländern durch medikamentöse Behandlung zu einer chronischen Krankheit unter vielen geworden, die die Menschen trotzdem ein hohes Alter erreichen lässt. Währenddessen bleibt die Immunschwächekrankheit in den Entwicklungsländern tödlich und reduziert die Lebenserwartung, weil lebensverlängernde Medikamente für die meisten Menschen nicht verfügbar oder nicht bezahlbar sind.

Insbesondere für Kinder im südlichen Afrika schafft dies eine grausame Realität: die meisten der HIV-positiven Neugeborenen, die zu 90% im südlichen Afrika anzutreffen sind, sterben in den ersten beiden Lebensjahren.⁴ Darüber hinaus sind bereits 12 Millionen AIDS-Waisen auf dem Kontinent vom Tod eines oder beider Elternteile betroffen.⁵ Durch den Wegfall ihrer Ernährer und Erzieher sind sie nicht nur ihrer Kindheit, sondern auch ihrer Zukunft beraubt, und der Gefahr, selbst mit HIV infiziert zu werden, oft schutzlos ausgeliefert. Die fortschreitende Verbreitung der Krankheit lässt darauf schließen, dass die Menschheit in ihrem Handeln hinter dem zurückbleibt, was notwendig wäre, um die Pandemie, gemäß des Entwicklungsziels der Vereinten Nationen, bis zum Jahr 2015 einzudämmen.⁶ Gegenwärtig liegt der Schwerpunkt des kirchlichen AIDS-Engagements im südlichen Afrika in der Pflege und Begleitung von AIDS-Kranken, in der Fürsorge um betroffene Familien und hinterlassene Kinder und einer Präventionsarbeit, die gemäß dem offiziellen Lehramt der Katholischen Kirche, Abstinenz und Treue empfiehlt.⁷ Ein Handeln, das für viele Betroffene von unschätzbarem

² Vgl. UNAIDS/WHO (2007:1)

³ Vgl. Grill (2006)

⁴ Vgl. Ochel (2007:4)

⁵ Vgl. UNICEF (2006:1)

⁶ Vgl. UN (2007:4f)

⁷ Vgl. Weinreich/Benn (2005:139ff)

Wert ist, aber strukturelle Gegebenheiten vernachlässigt, die zur Virusverbreitung beitragen. Auch der ehemalige Limburger Bischof Kamphaus bemängelt dieses Vorgehen: „Es genügt nicht, dem auf dem Weg nach Jericho in die Hände brutaler Räuber gefallenen Menschen zu helfen, ihn zu pflegen, für ihn einzustehen. Vielmehr muss der Weg nach Jericho sicher gemacht werden.“⁸ Die Suche nach Antworten, wie sich die Menschheit insgesamt und die Kirchen im Besonderen in Anbetracht dieser Situation verhalten sollte, um diesen „Weg nach Jericho“ sicherer zu machen, führt geradewegs zur klassischen Ausgangsfrage der Ethik: Was sollen wir tun?

Die hier vorliegende Arbeit zu „HIV/AIDS im Angesicht der Ethik“ unternimmt den Versuch, eine Antwort für den afrikanischen Kontinent zu finden, der gegenwärtig am stärksten von der Pandemie betroffen ist. Die Grundthese dabei lautet: nur die Wahrnehmung einer ethischen Handlungsverpflichtung, die die strukturellen Ursachen und Folgen der Pandemie in Afrika in der HIV/AIDS-Bekämpfung entschieden berücksichtigt, kann zur Eindämmung der Krankheit beitragen.

Um diese Aussage zu halten, sind die folgenden Ausführungen in drei Schritte gegliedert, wie bereits der Untertitel der Arbeit ankündigt. In einem ersten Teil stehen die strukturellen Ursachen der Pandemie in Afrika im Fokus der Betrachtung. Zum Verständnis dessen werden im zweiten Kapitel durch die Erläuterungen zu medizinischen Hintergründen, aktuellen Verbreitungstrends und gefährdeten Bevölkerungsgruppen, Grundlagen gelegt. Anschließend wird im dritten Kapitel dargestellt, wie die Strukturen Afrikas, sowohl zu Ursachen als auch zu Folgen der Pandemie auf dem Kontinent geworden sind. Im vierten Kapitel wird schließlich der Frage nachgegangen, worin die Defizite der gegenwärtigen Reaktion der Weltgemeinschaft und der Kirchen auf diese Herausforderungen liegen.

Im zweiten Teil der Arbeit liegt der Schwerpunkt auf theologischen und ethischen Analysen. Ziel ist es, die Verantwortung von Kirche und Welt, gegenüber den von der Pandemie betroffenen Menschen, zu begründen. Im fünften Kapitel werden dazu drei klassische Prinzipien der allgemeinen Ethik dahingehend untersucht, ob sie eine hinreichende ethische Handlungsbegründung gegenüber der HIV/AIDS-Problematik darstellen können. Die klassischen Prinzipien der christlichen Sozialethik unterliegen im Anschluss daran im sechsten Kapitel der gleichen Analyse. Das siebte Kapitel wird anschließend der Frage nachgehen, ob die Ethik

⁸ Aktionsbündnis gegen AIDS (2004:17)

der Weltgemeinschaft eine grundlegende Handlungspflicht gegenüber der Pandemie auferlegen kann. Auf Basis der vorangehenden Kapitel, wird im achten Kapitel schließlich das Ziel verfolgt, mit Hilfe der Ansätze von sozialer Gerechtigkeit und individueller Verwirklichungschancen, eine ethische Antwort auf die Herausforderung zu geben, die insbesondere das Handeln gegenüber den strukturellen Ursachen begründet.

Im dritten und letzten Teil der Arbeit habe ich es mir zum Ziel gesetzt, politisch-praktische Antworten auf die HIV/AIDS-Problematik vorzuschlagen. Im neunten Kapitel werden dazu, unter Berücksichtigung der zuvor dargestellte strukturellen Problematik und der diskutierten theologisch-ethischen Erkenntnisgewinne, Ansätze einer AIDS-Bekämpfung skizziert, die zu einer Eindämmung der Krankheit beitragen können. Schlussfolgerung und Ausblick bilden schließlich den Abschluss der vorliegenden Arbeit.

2 Grundlagen von Krankheit und Verbreitung

Seit der Entdeckung von HIV vor 25 Jahren, sind mehr als 20 Millionen Menschen AIDS zum Opfer gefallen. Sollte sich die gegenwärtige Entwicklung fortsetzen, so wird die Krankheit in spätestens 20 Jahren mehr Tote hervorgebracht haben, als der Zweite Weltkrieg insgesamt forderte.⁹ Experteneinschätzungen zufolge, stellt diese Tragödie die Ausmaße aller bisherigen Seuchen der Menschheitsgeschichte wie Pest, Cholera oder Grippe in den Schatten.¹⁰ Wie verbreitet sich HIV, was löst das Virus im menschlichen Körper aus und welche Möglichkeiten existieren sich vor einer Infektion zu schützen? Welche Erdteile, Länder und Menschen sind gegenwärtig am stärksten von der Krankheit und ihren Folgen betroffen? Auf diese Fragen soll in diesem Kapitel eingegangen werden. Zuvor werden jedoch medizinische und statistische Grundlagen der Pandemie¹¹ betrachtet, die einen Eindruck davon vermitteln sollen, was sich hinter den knappen Abkürzungen von HIV und AIDS verbirgt.

2.1 Medizinische Grundlagen

Der Erreger HIV wurde 1983 von Luc Montagnier identifiziert.¹² Dieses Virus hatte in Form der durch HIV ausgelösten Immunschwächekrankheit AIDS seit dem Beginn des Jahrzehnts bereits zu zahlreichen Toten geführt. Während das Virus an sich somit relativ früh entdeckt war, gestaltete sich die Suche nach der Herkunft der Krankheit als schwierig. Erst 2006 gelang es einem internationalen Team von Virologen den Ursprung der Krankheit in einer Großgruppe von Schimpansen in Kamerun zu belegen. Dem Forschungsbericht zufolge trugen die Affen das Affenartige-Immunschwäche-Virus (SIV), das HIV in Bezug auf Struktur und Wirkung sehr ähnelt. Durch den Verzehr von rohem Affenfleisch sei SIV in die menschliche Nahrungskette gelangt und schließlich zu HIV mutiert.¹³

⁹ Vgl. Grill (2004)

¹⁰ Vgl. Fleischer/Ochel (2005:11)

¹¹ Für die Beitelung der Ausmaße von AIDS als Pandemie lassen sich ebenso Argumente finden, wie für die Bezeichnung als Epidemie. So zieht AIDS sehr wohl über Länder- und Erdteilgrenzen im Sinne einer Pandemie hinweg. Andererseits lässt sich ebenso von mehreren weltweiten Epidemien sprechen, die sich in Größe und Ausmaß erheblich unterscheiden und zum Teil auf unterschiedliche HIV-Erreger zurückzuführen sind. Im Folgenden wird allerdings einheitlich von der Pandemie gesprochen.

Vgl. <<http://lexikon.meyers.de/meyers/Epidemie>> (04.12.2007)

¹² Die Infektion mit HIV wird durch zwei Virustypen verursacht. Zum einen der HIV-1, der wiederum in neun verschiedenen Subtypen auftritt und der erst 1985 entdeckte HIV-2. Der HIV-1-Typ ist dabei der weltweit vorherrschende Erreger. In der vorliegenden Arbeit wird verkürzend und verallgemeinernd immer nur von HIV gesprochen werden. Vgl. Weinreich/Benn (2005:13f)

¹³ Vgl. Zinkant (2006)

Im Folgenden werden nun mit Krankheitsverlauf, Übertragungswegen, Behandlungsmöglichkeiten und dem Forschungsstand zur Impfstoffsuche die wichtigsten Grundlagen zum Verständnis der Krankheit dargestellt.

2.1.1 Krankheitsverlauf

Der Krankheitsverlauf nach einer HIV-Infektion erfolgt typischerweise in drei aufeinander folgenden Phasen. Wenige Wochen nach der Ansteckung entwickelt sich in einer ersten Krankheitsphase die so genannte „Akute HIV-Krankheit“.¹⁴ Sie äußert sich durch ein grippeähnliches Krankheitsbild, weswegen für die Betroffenen zumeist kein Anlass besteht, sie mit einer HIV-Infektion in Verbindung zu bringen. Dieses kurzzeitige Krankheitsbild entsteht durch eine verzögert einsetzende Antikörperbildung zu Beginn der Infektion, die zunächst nicht mit der Geschwindigkeit der Virusvermehrung Schritt halten kann. Die hohe Viruslast infolge der verzögerten Immunabwehr sorgt gleichzeitig dafür, dass die infizierte Person gerade in diesem Zeitraum besonders ansteckend ist. Dieser Zusammenhang ist gleichzeitig dafür verantwortlich, dass Antikörper mit den üblicherweise verwendeten HIV-Antikörper-Tests erst sechs bis acht Wochen nach der Infektion in einer solchen Anzahl vorhanden sind, dass sie auch nachgewiesen werden können.¹⁵

Mit einer Inkubationszeit von durchschnittlich acht bis zehn Jahren bei Erwachsenen, folgt eine zweite Phase, in der HIV fortwährend immer mehr so genannte CD4-Zellen zerstört.¹⁶ Bei diesen Zellen handelt es sich um eine Untergruppe der weißen Blutkörperchen, die maßgeblich für die immunologische Reaktionsfähigkeit des Organismus verantwortlich ist.¹⁷ Da die Zellzerstörung zunächst aber über einen langen Zeitraum durch den Organismus kompensiert werden kann, führt sie tückischerweise nicht zu äußeren Symptomen.

Ab einer Zahl von weniger als 200 CD4-Zellen/ μ l Blut spricht man schließlich von AIDS als der letzten Phase des Krankheitsverlaufs. Die Immunabwehr hat zu diesem Zeitpunkt das Stadium erreicht, in dem sie HIV keinen Widerstand mehr

¹⁴ Weinreich/Benn (2005:13)

¹⁵ Erst nach den ersten 18 Lebensmonaten ist der HIV-Antikörper-Test eines Neugeborenen einer HIV-positiven Mutter aussagekräftig. Zuvor wird er aufgrund der mütterlichen Antikörper im kindlichen Blutkreislauf immer ein positives Ergebnis liefern. Eine HIV-Infektion lässt sich 1-2 Wochen nach der Infektion zwar auch über einen Nachweis des Virus selbst belegen. Da dieser Nachweis aber sehr teuer und aufwendig ist, wird er nicht routinemäßig angewandt. Vgl. Weinreich/Benn (2005:13)

¹⁶ Als Inkubationszeit bezeichnet man den Zeitraum, der zwischen der Infektion mit einem Krankheitserreger und dem Auftreten der ersten Symptome liegt. Weinreich/Benn (2005:13)

¹⁷ Der Normwert an CD4-Zellen beträgt 600 – 1300 Zellen/ μ l Blut. Weinreich/Benn (2005:14)

leisten kann. Das Immunschwäche-Syndrom macht sich nun durch eine Vielzahl von so genannten opportunistischen Infektionen bemerkbar, die sich ungehindert im menschlichen Organismus ausbreiten können. Dazu zählen unter anderem Tuberkulose, Hautkrankheiten, Durchfall- oder Krebserkrankungen. Erfolgt keine Behandlung der Ursache, nämlich HIV/AIDS, so tritt der Tod des Patienten infolge der opportunistischen Krankheiten bei Erwachsenen innerhalb von Monaten, spätestens aber nach zwei Jahren ein. Bis auf sehr wenige Ausnahmen schreitet eine HIV-Infektion immer bis zum Stadium AIDS fort, allein Inkubationszeit und Krankheitsverlauf können erheblich variieren.¹⁸

In Entwicklungsländern tritt nach Ausführungen Whitesides und Sunters der Tod nach spätestens einem Jahr ein.¹⁹ Auch die Inkubationszeit sei dort mit durchschnittlich sechs bis acht Jahren wesentlich kürzer, da die Menschen hier schlechteren Zugang zu ausreichender, gesunder Nahrung hätten, mehr Infektionsherden ausgesetzt seien und es an Möglichkeiten fehle, zumindest die opportunistischen Krankheiten zu behandeln.²⁰

Aufgrund des noch nicht voll ausgereiften Immunsystems, ist die Inkubationszeit auch bei Kindern wesentlich kürzer. In bis zu 30% der Fälle sterben Kinder, die bereits von Geburt an mit HIV infiziert sind, in den ersten beiden Lebensjahren an einer Infektionskrankheit. Eine zweite Gruppe von Kindern entwickelt die ersten Symptome im Alter von drei bis fünf Jahren. Eine dritte Gruppe wird als so genannte „Langzeit überlebende Kinder mit HIV“ bezeichnet, die man aufgrund der besseren Lebensbedingungen und der besseren Gesundheitsversorgung jedoch nur in den Industrieländern findet.²¹ HIV-positive Kinder nehmen nach Auskunft des Mediziners Ochel nicht an Gewicht zu oder wachsen unzureichend. Darüber hinaus sei die psychosoziale und psychomotorische Entwicklung verzögert und gestört, was sich durch verspätetes Krabbeln, erschwertes Laufen und verzögertem Sprechen äußere.²²

¹⁸ Bei 1-2% der HIV-Infizierten tritt eine natürliche Immunität auf, die dafür sorgt, dass AIDS bei diesen Menschen nicht ausbricht. Verantwortlich dafür scheint nach neuesten Forschungsergebnissen eine spezielle Gruppe von Proteinen zu sein, über die ihr Immunsystem im Gegensatz zum weit aus größeren Teil der Menschheit verfügt. Vgl. <<http://www.3sat.de/3sat.php?http://www.3sat.de/nano/news/37702/index.html>> (abgerufen am 28.11.2007)

¹⁹ Vgl. Whiteside/Sunter (2000:10)

²⁰ Vgl. Ebd.

²¹ Vgl. Ochel (2007:4)

²² Ochel (2007:4)

2.1.2 Übertragungswege

Der Krankheit AIDS und ihren Folgen muss zwingend eine Infektion mit HIV vorausgehen. Welche Wege für die Übertragung des tödlichen Virus in Betracht kommen, sollen hier nun erläutert werden.

HIV wird nicht mittels Tröpfchen- oder Schmierinfektion übertragen, so dass übliche Sozialkontakte wie Händeschütteln kein Infektionsrisiko darstellen. Deswegen zählt HIV im Gegensatz zu anderen Infektionskrankheiten wie z.B. Grippe zu den schwer übertragbaren Krankheiten. Nach Darstellung der Mediziner Fleischer und Ochel könne Hepatitis B sogar hundertmal leichter übertragen werden als HIV.²³ Eine Infektion geschieht nur dann, wenn eine der so genannten hochinfektiösen Körperflüssigkeiten Blut, Samenflüssigkeit, Scheidensekret oder Muttermilch einer HIV-positiven Person in den Blutkreislauf eines Nichtinfizierten gelangen. So sind der ungeschützte Geschlechtsverkehr mit einem infizierten Menschen, der Kontakt zu HIV-belastetem Blut, der Austausch von kontaminierten Injektionsnadeln und die Eltern-Kind-Übertragung²⁴ des Virus während der Schwangerschaft, während der Geburt oder durch das Stillen die einzigen vier Übertragungswege.

Mit einer Übertragungswahrscheinlichkeit über 90% hat eine Bluttransfusion mit infiziertem Blut die höchste Übertragungswahrscheinlichkeit, da große Mengen des HIV belasteten Blutes direkt in die Blutbahn des Empfängers gelangen. Das Gesamtrisiko für die Übertragung des Virus von der Mutter auf ihr Kind beträgt bis zu 40% und ist abhängig von der mütterlichen Ernährungssituation und ihrem Krankheitsstadium.²⁵ Da eine HIV-Infektion während der Schwangerschaft nur bei einer selten auftretenden Entzündung der Plazenta vorkommen könne, seien Weinreich und Benn zufolge ungefähr die Hälfte der Infektionen auf die Geburt zurückzuführen, die andere Hälfte auf die Stillzeit.²⁶ Die Übertragungswahrscheinlichkeit durch ungeschützten Geschlechtsverkehr von einem Mann auf eine Frau ist aufgrund anatomischer und physiologischer Gegebenheiten bis zu siebenmal höher als umgekehrt.

²³ Vgl. Fleischer/Ochel (2005:20)

²⁴ Um einseitige Beschuldigungen gegenüber Frauen zu vermeiden und der Realität Rechnung zu tragen, dass die Mutter zumeist durch ihren eigenen Mann mit HIV infiziert wird, spricht die Fachliteratur zunehmend von „Eltern-Kind-Übertragung“ statt von „Mutter-Kind-Übertragung“. Vgl. Weinreich/Benn (2005:102)

²⁵ Vgl. Weinreich/Benn (2005:17)

²⁶ Vgl. Ebd. (2005:102)

Erhöht wird die Ansteckungsgefahr über den Geschlechtsverkehr außerdem in der ersten Krankheitsphase durch die hohe Viruslast und durch sexuelle Gewalt.²⁷

2.1.3 Behandlungsmöglichkeit

Eine Heilung von HIV/AIDS ist bis zum jetzigen Zeitpunkt nicht möglich.²⁸ Eine Behandlung jedoch sehr wohl. Im Folgenden werden nun diese Behandlungsmöglichkeiten mit ihren Vor- und Nachteilen vorgestellt.

Die Medizin verfügt seit 1996 über wirksame Medikamente, die eine weitere Zerstörung des Immunsystems nachweislich bremsen, das Auftreten opportunistischer Infektionen senken und den Tod des Patienten hinauszögern.²⁹ In der Anfangsphase der Infektion, in der die Anzahl der CD4-Zellen noch ausreichend hoch ist, werden eine gesunde Lebensweise und eine gesunde Ernährung empfohlen. Beginnt die Anzahl der CD-4 Zellen erheblich zu fallen, so sollte eine Prophylaxe zur Behandlung von Tuberkulose und anderen gewöhnlich auftretenden opportunistischen Infektionen stattfinden. Fällt die Anzahl der CD4-Zellen letztlich unter 350 Zellen/ μ l Blut, so sollte eine lebenslange Therapie mit so genannten antiretroviralen Medikamenten (ARV) beginnen.³⁰

Da die Therapie mit nur einem ARV-Präparat über einen längeren Zeitraum Mutationen des Virus begünstigt und eine Therapie mit zwei ARV-Präparaten die Viruslast zu langsam senkt, führt die so genannte Hochaktive Antiretrovirale Therapie (HAART) als eine Kombination aus drei ARV-Präparaten zu einer signifikanten Virushemmung und einer erheblichen Lebensverlängerung des HIV-Infizierten.³¹ Eine zeitlich abgestimmte, ausnahmslose Einnahme, der zum Teil täglich 18 Tabletten, ist aber Grundvoraussetzung für den Erfolg der Therapie.³² Der Aufwand lohnt sich jedoch, denn „theoretisch kann ein HIV-Infizierter mit den heute verfügbaren Therapiemöglichkeiten unter optimalen Bedingungen eine normale Lebenserwartung erreichen.“³³

Durch Umsetzung dieser Therapie in den Industrieländern konnte die AIDS-Sterblichkeit drastisch gesenkt und AIDS zu einer behandelbaren, chronischen

²⁷ Vgl. Weinreich/Benn (2005:16)

²⁸ Vgl. Ebd. (2005:13ff)

²⁹ Vgl. Ebd. (2005:108ff)

³⁰ Whiteside/Sunter (2000:20f)

³¹ Vgl. Weinreich/Benn (2005:112ff)

³² Generikaproduzenten haben aber durch die Herstellung von Kombinationspräparaten die Anzahl der einzunehmenden Medikamente bereits drastisch reduzieren und damit für den Patienten erheblich vereinfachen können. Vgl. Whiteside/Sunter (2000:22)

³³ Marcus (2007:32)

Erkrankung gemacht werden.³⁴ Die ARV-Behandlung von Schwangeren und die Ersetzung des Stillens durch Flaschennahrung reduzierte in den Industrienationen das Risiko einer HIV-Übertragung auf Kinder auf nur noch 2%.³⁵ Diese Erfolge können aus sehr unterschiedlichen Gründen in den Entwicklungsländern nicht verbucht werden.³⁶

2.1.4 Impfstoffsuche

Wie bei vielen anderen Infektionskrankheiten der Menschheitsgeschichte auch, wäre ebenfalls gegenüber HIV/AIDS die Durchführung von Impfungen der schnellste und effektivste Weg, um die Krankheit einzudämmen. Warum bis zum heutigen Tag aber noch kein Impfstoff existiert und wie die Zukunftsaussichten für die Entwicklung einer Impfung sind, wird in diesem letzten Teilabschnitt der medizinischen Grundlagen dargestellt.

In den 1980er Jahren herrschte verbreitet Optimismus hinsichtlich der Entwicklung eines Impfstoffs gegen HIV. Dieser Optimismus ist mittlerweile jedoch Ernüchterung und Skepsis gewichen. Seit langem werden schätzungsweise ein Drittel der weltweiten Gelder in der AIDS-Forschung für die Entwicklung eines Impfstoffs aufgewendet,³⁷ doch bislang blieb die Suche, vor allem aufgrund der sich schnell verändernden Struktur des Virus und seiner zahlreichen Subtypen, ohne Erfolg. Eine weitere Hürde bei der Impfstoffentwicklung stellt die Tatsache dar, dass sich HI-Viren für die eigene Vermehrung bestimmter menschlicher Immunzellen bedienen und eine Zerstörung der HI-Viren einer starken Schädigung des menschlichen Immunsystems gleich käme. Das Hauptproblem aller Forschungsinitiativen zur Impfstoffentwicklung ist jedoch die unzureichende Finanzierung, die eine verlässliche und langfristige Planung nicht möglich macht.³⁸ Öffentliche Einrichtungen und Privatunternehmen, die in die Impfstoffforschung involviert sind, verspürten nach Ansicht von Weinreich und Benn zu wenig wirtschaftlichen Anreiz, massiver in die Forschung zu investieren, da die meisten Bedürftigen in zahlungsschwachen Ländern säßen.³⁹

Auch wenn diese Probleme ebenfalls bei anderen Infektionserregern auftauchen,

³⁴ Vgl. Weinreich/Benn (2005:18)

³⁵ Vgl. Ebd. (2005:103)

³⁶ Ausnahmen stellen die Schwellenländer Brasilien und Indien dar, aber auch die vermögenden und privilegierten Eliten in den Entwicklungsländern. Vgl. dazu Abschnitt 4.3

³⁷ Vgl. Aktionsbündnis gegen AIDS (2005:5)

³⁸ Vgl. Ebd. (2005:79f)

³⁹ Vgl. Weinreich/Benn (2005:100)

sei die Kombination dieser Hindernisse bei HIV nach Ansicht des Mediziners Marcus einzigartig und mache die Entwicklung eines schützenden Impfstoffes zur vielleicht größten Herausforderung unserer Zeit.⁴⁰

Eine Untersuchung zur zukünftigen Entwicklung bei der Impfstoffsuche liefert die „Studie zur aktuellen Situation der HIV/AIDS-Impfstoffforschung“ des Aktionsbündnisses gegen AIDS.⁴¹ Sie stellt zusätzlich recht ernüchternde Prognosen hinsichtlich der Art und Wirkung des zu erwartenden Impfstoffes auf und macht keine präzisen Aussagen darüber, wann und ob mit der erfolgreichen Entwicklung eines Impfstoffes zu rechnen ist. Sie weckt aber dennoch Hoffnung auf einen möglichen Teilerfolg.⁴² Angenommen wird, dass es aufgrund der oben genannten Probleme keine Schutzimpfung gegen AIDS geben wird, die ein Leben lang vor der Infektion mit HIV schützt. Wahrscheinlicher sei vielmehr eine therapeutische Impfung, die die Viruslast im Körper drastisch senke und dadurch sowohl Krankheitsverlauf abmildere als auch Ansteckungsgefahr reduziere.⁴³

2.2 Verbreitung und Trends

Nachdem im vorangehenden Abschnitt die medizinischen Grundlagen für das Verständnis der Krankheit gelegt wurden, wird nun der Fokus auf die Verbreitung von HIV/AIDS gelegt. Dazu werden zunächst kurze Basisinformationen zur Erfassung der weltweiten Daten dargestellt. Anschließend wird ein Blick auf die weltweite Verbreitung der Krankheit geworfen und danach die Betroffenheit des afrikanischen Kontinents erläutert, der im Mittelpunkt der Arbeit stehen soll.

2.2.1 Datenerfassung

Die globale Erfassung der Hochrechnungsdaten zählt zu den gemeinsamen Aufgaben der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und des Gemeinsamen Programms der Vereinten Nationen für HIV/AIDS (UNAIDS). Beide Organisationen sind für ihre Analyse auf nationale Datenerfassungssysteme angewiesen.

⁴⁰ Vgl. Marcus (2007:34)

⁴¹ Politisches Hauptziel des Aktionsbündnisses gegen AIDS ist die Freisetzung von finanziellen Ressourcen für die HIV/AIDS-Bekämpfung. Bisher wurde der Schwerpunkt der Arbeit auf den Zugang zu Medikamenten gesetzt. Da aber Vorbeugung und Therapie als gleichwichtige Bestandteile der Anti-AIDS-Arbeit angesehen werden, galt es mit der Studie herauszufinden, welche Anstrengungen bei der Suche nach einem Impfstoff in Deutschland unternommen werden. Vgl. <<http://www.aids-kampagne.de>> (abgerufen am 10.12.2007)

⁴² Vgl. Aktionsbündnis gegen AIDS (2005:97)

⁴³ Vgl. Ebd. (2005:97f)

Das beständigste Datenmaterial aus den Ländern stammt aus den Untersuchungen von schwangeren Frauen.⁴⁴ Auf diesen erhobenen Daten und weiteren repräsentativen Untersuchungen beruht die Prävalenzrate, die Zahl an bestehenden Erkrankungen zu einem Zeitpunkt. Die Inzidenzrate, mit der man die Zahl der Neuinfektionen zu einem Zeitpunkt bezeichnet und die schließlich am hilfreichsten wäre, um den Verbreitungsgrad der Pandemie zu erkennen, ist empirisch nicht erfassbar und beruht ganz allein auf Schätzungen.⁴⁵ Auch die Todeszahlen bleiben zum Großteil Hochrechnungen, da Angehörige aufgrund von Diskriminierung dazu tendieren, die tatsächliche Todesursache zu verheimlichen.⁴⁶ Hiermit können zuverlässigere Schätzungsmethoden dazu bei, ein genaueres Bild der weltweiten Betroffenheit zu zeichnen. Wie UNAIDS und WHO in ihrem Statusbericht deutlich machen, sind die im Vergleich zu den Vorjahren gesunkenen Prävalenz- und Inzidenzraten auf diesen methodischen Fortschritt zurückzuführen und nicht auf eine flächendeckende Eindämmung der Pandemie.⁴⁷ Whiteside weist generell darauf hin, dass die Daten mit Vorsicht betrachtet werden sollten, da die Daten erhebenden Institute in zahlreichen Ländern enormem politischen Druck ausgesetzt seien.⁴⁸

2.2.2 Weltweite Verbreitung

Dieser Teilabschnitt wird zunächst einen Blick auf die weltweite Verbreitung der Krankheit werfen. Im Jahr 2007 lebten ca. 33,2 Millionen Menschen mit HIV.⁴⁹ Trotz viel versprechender Anstrengungen im Kampf gegen die Pandemie, ist die Zahl der Betroffenen weiterhin sehr hoch und im Vergleich zum Vorjahr weiter angestiegen.⁵⁰ Hierbei gibt es unterschiedlich starke Infektionsraten in den unterschiedlichen Altersgruppen. Die Altersgruppe junger Erwachsener zwischen 15 und 24 Jahren ist mit 40% der 4,3 Millionen Neuinfizierten am stärksten

⁴⁴ Vgl. Whiteside u.a. (2005:16)

⁴⁵ Vgl. Gronemeyer (2006:57)

⁴⁶ Vgl. Ebd. (2006:57)

⁴⁷ 70% der veränderten Daten werden dabei auf zuverlässigere Schätzungen in sechs Ländern zurückgeführt: Indien, Angola, Kenia, Mosambik, Nigeria und Simbabwe. Aufgrund der veränderten Methodik sind Vergleiche mit den Berichten der Vorjahre nach eigenen Angaben der Organisationen nicht mehr für Prognosen geeignet. Vgl. UNAIDS/WHO (2007:3)

⁴⁸ Whiteside zeigt Verständnis dafür, dass das UN-System nicht die Daten kritisieren kann, mit denen sie sich selbst repräsentieren, gibt aber zu persönlich zu bedenken, dass es Datenlücken in den Krisenregionen wie Sudan und Kongo gibt. In machen Ländern wie Liberia, Somalia und Sierra Leone werden Daten von nicht funktionierenden Regierungen erhoben werden und in Ländern wie Nigeria oder Simbabwe könnten die Daten aufgrund der politischen Situation manipuliert sein. Vgl. Whiteside (2005:6)

⁴⁹ Vgl. UNAIDS/WHO (2007:1)

⁵⁰ Vgl. Ebd. (2007:4)

betroffen. Weltweit starben im Berichtsjahr 2007 2,1 Millionen Menschen an AIDS, darunter ca. 330.000 Kinder unter 15 Jahren.⁵¹

Dabei tragen nach wie vor die Länder Afrikas südlich der Sahara die weltweite Hauptlast der Pandemie mit 22,5 Millionen HIV-Infizierten.⁵² Die Anzahl von 760.000 HIV-Infizierten in West- und Mitteleuropa, von denen 59.000 in Deutschland leben, erscheint dagegen vergleichsweise gering.⁵³ Der stärkste Zuwachs an HIV-Neuinfektionen ist aktuellen Erhebungen zufolge, in Asien zu erkennen. Im Jahr 2007 gab es hier ein fünftel mehr HIV-Infizierte als noch 2001.⁵⁴ Das Virus verbreitet sich hier insbesondere über das Drogenmilieu und über die Prostitution.⁵⁵ Peter Piot, Generaldirektor von UNAIDS, gab bereits 2004 zu bedenken, dass Asien bereits dort angelangt sei, wo Afrika vor 15 Jahren gestanden habe und auch auf diesem Erdteil bald das Massensterben beginnen würde, wenn die Regierungen weiter tatenlos seien.⁵⁶

2.2.3 Epizentrum Afrika

Dass Afrika der Erdteil ist, der am stärksten von der Pandemie betroffen ist, soll hier nun durch entsprechende aktuelle Daten bestätigt werden.

In Subsahara-Afrika sind fast 70% aller weltweit HIV-positiven Erwachsenen und fast 90% aller HIV-positiven Kinder zu finden, obgleich nur 10% der Weltbevölkerung überhaupt in dieser Region leben.⁵⁷ AIDS ist somit zur Haupttodesursache auf dem ganzen afrikanischen Kontinent geworden, denn jeder fünfte Todesfall steht im Zusammenhang mit der Pandemie.⁵⁸ In den einzelnen Ländern zeigen sich aber unterschiedliche Trends: In den meisten Staaten Ost- und Westafrikas gibt es nach Auskunft des Statusberichts klare Hinweise auf einen Rückgang oder eine Stabilisierung der HIV-Ausbreitung. In den anderen Ländern des Südens zeigen sich dagegen keinerlei Anzeichen für eine Abschwächung.⁵⁹ So bezeichnete der Statusbericht 2006 von UNAIDS und WHO die Länder Subsahara-Afrikas bereits als „Epizentrum“ der Pandemie, in denen auch 2007 weiterhin zwei Drittel (68%) aller Infizierten lebten und mehr als drei Viertel (76%) aller weltweiten

⁵¹ Vgl. UNAIDS/WHO (2007:41)

⁵² Vgl. Ebd. (2007:7)

⁵³ Vgl. Robert Koch Institut (2007:10)

⁵⁴ Vgl. von Hardenberg (2007)

⁵⁵ Vgl. Ebd.

⁵⁶ Vgl. Grill (2004)

⁵⁷ Vgl. UNAIDS/WHO (2007:7)

⁵⁸ Vgl. Ebd. (2007:15)

⁵⁹ Vgl. Ebd.

AIDS-Toten beklagt wurden.⁶⁰ Konzentriert auf den Südsüdpol des afrikanischen Kontinents findet man ein Drittel der weltweit Infizierten und ein Drittel der Neuinfizierten in acht Ländern (Botswana, Lesotho, Mosambik, Namibia, Südafrika, Swasiland, Sambia und Simbabwe). Dass 30% der schwangeren Frauen Südafrikas im Jahr 2007 HIV-positiv getestet wurden, verweist erneut darauf, dass das Land mit seiner großen Bevölkerung weltweit am stärksten von der Pandemie betroffen ist.⁶¹

2.3 Verletzliche Bevölkerungsgruppen

Da allerdings nicht sämtliche Gesellschaftsgruppen in Subsahara-Afrika in gleichem Umfang von der Krankheit betroffen sind, ist eine Präzisierung dieses Bildes notwendig. Das „Konzept der Verletzlichkeit“ gewann in diesem Zusammenhang in den letzten Jahren an Bedeutung und soll deswegen in einem ersten Teilabschnitt erläutert werden.⁶² Im Anschluss daran wird die gegenwärtige Betroffenheit von Frauen und Kindern, als den beiden Personengruppen, die der größten *Verletzlichkeit* unterliegen, skizziert.

2.3.1 Konzept der Verletzlichkeit

In der Anfangsphase der AIDS-Bekämpfung richteten sich Interventionen zunächst vorwiegend auf Risikogruppen, später auf sämtliche Gruppen mit einem Risikoverhalten.⁶³ Noch später erkannte man allerdings, dass in einem Land mit hoher Prävalenzrate letztlich jeder Einwohner aufgrund von ökonomischen, sozialen, armuts-, macht- oder geschlechtsbedingten Einflussfaktoren ein Infektionsrisiko trägt. Deswegen gewann das Konzept der *Verletzlichkeit* in der Prävention an Bedeutung. Verletzlich für HIV sind demnach die Menschen, die aufgrund eingeschränkter Selbstbestimmung, unter anderem im sozialen und sexuellen Bereich, ein erhöhtes Risiko für eine Infektion tragen, aber noch nicht infiziert sind.⁶⁴ Frauen, Kinder, Homosexuelle, Drogenabhängige, Migranten,

⁶⁰ Vgl. UNAIDS/WHO (2007:7)

⁶¹ Vgl. Ebd. (2007:16)

⁶² Vgl. Weinreich/Benn (2005:47)

⁶³ In der Fokussierung auf Risikogruppen wie z.B. die der Prostituierten bestand der Nachteil einer weiteren Stigmatisierung dieser Gruppen, da der Eindruck entstand, als ob diese an der Krankheit schuld seien. Die Fokussierung auf Risikoverhalten wie z.B. dem ungeschützten Geschlechtsverkehr sollte diese Urteilsbildung vermeiden. Vgl. Weinreich/Benn (2005:47)

⁶⁴ Vgl. Weinreich/Benn (2005:47f)

Arme und ethnische Minderheiten sind dieser Personengruppe zuzurechnen. Da in Afrika insbesondere Frauen und Kinder einer sehr großen Verletzlichkeit unterliegen und die geringsten Möglichkeiten haben, sich selbst zu schützen, werden im Folgenden die Ausmaße ihrer Betroffenheit genauer erläutert.

2.3.2 Frauen

Frauen sind weltweit und vorwiegend in Afrika überproportional häufig von HIV betroffen. Mit 61% aller HIV-Infizierten leben in den Ländern südlich der Sahara deutlich mehr Frauen als Männer mit dem HI-Virus.⁶⁵ Vor allen Dingen die Tatsache, dass die Infektionsraten von Mädchen und jungen Frauen im Alter von 15-24 Jahren drei bis sechs mal höher liegen als bei gleichaltrigen Männern, deutet eindeutig darauf hin, dass Frauen das gefährdetere Geschlecht sind.⁶⁶ 75% der weiblichen Bevölkerung dieser Altersgruppe im südlichen Afrika sind der Weinreich und Benns Recherche zufolge HIV-positiv.⁶⁷ Verantwortlich dafür ist zum einen die Tatsache, dass das Risiko einer HIV-Übertragung bei ungeschütztem Geschlechtsverkehr von einem Mann auf eine Frau größer ist.⁶⁸ Zum anderen ist eine eindeutige Geschlechterungerechtigkeit für die höhere *Verletzlichkeit* von Frauen verantwortlich, die im nächsten Kapitel Gegenstand der Betrachtung sein wird.⁶⁹

2.3.3 Kinder

Zum Ende des Jahres 2007 lebten weltweit 2,5 Millionen Kinder unter 14 Jahren mit HIV und somit deutlich mehr im Vergleich zu 1,5 Millionen im Jahr 2001.⁷⁰ 90% dieser Kinder sind in afrikanischen Ländern südlich der Sahara zu finden.⁷¹ Die Zahl der Waisen in den von HIV/AIDS am stärksten betroffenen Ländern des südlichen Afrikas wird mittlerweile auf ein Drittel aller dort lebenden Kinder geschätzt.⁷² 330.000 Kinder weltweit starben 2007 an den Folgen von AIDS, während sich 420.000 Kinder neu infizierten.⁷³ Nach Angaben des Kinderhilfs-

⁶⁵ Vgl. UNAIDS/WHO (2007:8)

⁶⁶ Vgl. Weinreich/Benn (2005:41)

⁶⁷ Vgl. Ebd. (2005:26)

⁶⁸ Vgl. Weinreich/Benn (2005:16). Vgl. dazu auch Abschnitt 2.1.2

⁶⁹ Vgl. dazu Abschnitt 2.1.2 und Kapitel 3

⁷⁰ Vgl. UNAIDS/WHO (2007:9)

⁷¹ Vgl. Ebd.

⁷² Vgl. Bangert/Weiss (2007:39)

⁷³ Vgl. UNAIDS/WHO (2007:1)

werks der Vereinten Nationen (UNICEF) zeigen Forschungsergebnisse, dass die Sterblichkeit von Kleinkindern bis 5 Jahren aufgrund von AIDS von 1990 bis 1999 in Afrika von 2% auf 7,7% gestiegen ist. Erfasst sind dabei nur die toten Kinder aufgrund eigener HIV-Infektion und nicht diejenigen, die aufgrund von indirekten Ursachen im Zusammenhang mit AIDS starben.⁷⁴

Obwohl es mittlerweile sehr gute Erfahrungen mit der Verhütung der Mutter-Kind-Übertragung des Virus gibt, haben in Afrika nur 10% der Schwangeren Zugang zu den entsprechenden Medikamenten. Steven Lewis, bis Ende 2006 UN-Sonderbeauftragter für HIV/AIDS in Afrika, schreibt über die scheinbar einfache, aber den Menschen Afrikas nicht zugängliche Gegenmaßnahme: „Wenn den Frauen während der Geburt nur das Wundermittel Nevirapin verabreicht würde und die Neugeborenen dieses Medikament in flüssiger Form innerhalb von 72 Stunden nach der Geburt erhielten, könnte die Zahl der HIV-Übertragungen um die Hälfte gesenkt werden.“⁷⁵ Hinzufügen lässt sich, dass sich das Übertragungsrisko gar auf nur 1% senken ließe, wenn die Mutter neben der Nevirapin-Einnahme nach der Geburt, in den letzten Schwangerschaftsmonaten eine umfassende ARV-Therapie erhalten würde.⁷⁶

Aufgrund von AIDS ist in Subsahara-Afrika die Zahl der Waisen insgesamt von 1990 bis heute um 50% auf 48 Millionen angestiegen. 12 Millionen dieser Kinder sind Halb- oder Vollwaisen aufgrund von HIV.⁷⁷ Wiedemann bezeichnet diese Kinder als „eine riesige, barfüßige Armee der Schutzlosen“, die aus verschiedensten, noch näher zu betrachtenden Gründen ein sehr großes Verletzungspotential gegenüber dem HI-Virus hätten, wenn sie nicht schon von Geburt an mit der Infektion lebten.⁷⁸ Zurzeit sind die Mehrzahl der Kinder Halbwaisen und haben ihren Vater, nicht aber ihre Mutter verloren. Da aber, wie oben beschrieben, die Infektionsrate unter Frauen insbesondere im Alter bis 24 Jahren weiter steigt, wird sich dieser Trend, Angaben von UNICEF zufolge, bald dahingehend ändern, dass häufiger beide Elternteile infiziert und es mehr Vollwaisen geben wird. UNICEF prognostiziert, dass AIDS allein die Zahl der Vollwaisen bis 2010 auf mehr als 10 Millionen in der Subsahara-Region steigern wird.⁷⁹

⁷⁴ Vgl. UNICEF (2006:18f)

⁷⁵ Lewis (2006:4)

⁷⁶ Vgl. Bangert/Weiss (2007:32)

⁷⁷ Als Aidswaisen zählen allerdings nur Kinder, die ein oder beide Elternteile verloren haben und bis zu 17 Jahre alt sind. Waisen im Alter von 18 fallen also jedes Jahr aus der Statistik heraus. Vgl. UNICEF (2006:1ff)

⁷⁸ Wiedemann (2007)

⁷⁹ Vgl. UNICEF (2006:5)

3 Ursachen und Folgen der Verbreitung

Die Zahlen des vorangehenden Kapitels zeigen, dass die Pandemie Dimensionen angenommen hat, die an Unvorstellbarkeit grenzen. Mittlerweile hat es die Welt dabei mit zwei ganz verschiedenen Krankheitsbildern zu tun: Der chronischen Erkrankung AIDS in den Industrieländern steht die tödliche Krankheit AIDS in Entwicklungs- und Schwellenländern gegenüber. Worin aber liegen die Ursachen dafür, dass die Pandemie die Menschen der Südhalbkugel und insbesondere die Menschen des südlichen Afrika so viel stärker trifft? Bei der Nachforschung reicht es nicht aus, beim ungeschützten Geschlechtsverkehr stehen zu bleiben, der mit 90% den Hauptübertragungsweg von HIV in Subsahara-Afrika darstellt. Vielmehr ist von Bedeutung, dass sexuelles Verhalten durch wirtschaftliche, soziale und kulturelle Faktoren determiniert wird. Welche Folgen sind damit für den afrikanischen Kontinent und seine Zukunft verbunden? Dieses Kapitel will diesen beiden Fragen auf den Grund gehen. Dazu werden einige afrikanischen Gesellschaften bezüglich mehrerer, gegenüber HIV/AIDS relevanter, Faktoren betrachtet.

Verdrängung, Tabus und Stigmatisierung stehen gemeinsam im Fokus des ersten Abschnitts, während Armut, Bildungsmangel, Geschlechterungerechtigkeit und Staatsversagen, als Faktoren, die die meisten Schichten der afrikanischen Gesellschaft durchdringen, in den darauf folgenden Abschnitten einzeln thematisiert werden. Wie im Folgenden zu sehen sein wird, sind die genannten Faktoren dabei sowohl Ursachen für die HIV-Verbreitung als auch deren Folgen. Dass Ursachen und Folgen sich zu einem Teufelskreis zusammenschließen wird vor allen Dingen im letzten Abschnitt dieses Kapitels deutlich, in dem die Auswirkungen auf die Kinder der Subsahara-Staaten dargestellt werden.

3.1 Verdrängung, Tabus und Stigmatisierung

Eine charakteristische Besonderheit unterscheidet AIDS grundlegend von anderen Infektionskrankheiten: die lange Inkubationszeit, in der die Betroffenen zwar symptomfrei, aber bereits ansteckend sind. Diese Besonderheit hat zum einen offensichtliche Folgen: unterziehen sich die Betroffenen keinem HIV-Test, so bleiben sie ahnungslos über die Vorgänge in ihrem Körper und infizieren unwissentlich andere Menschen. Zum anderen dauert es aufgrund dessen lange Zeit, bis in einem Land das volle Ausmaß der Krankheit sichtbar wird. Dieser heimtücki-

sche Verzögerungseffekt erleichtert es nach Meinung von Tietze auf der Ebene von Politik und Gesellschaft, als auch auf individueller Ebene, AIDS zu leugnen und beiseite zu schieben.⁸⁰

HIV/AIDS ist aber nicht nur zu einem Verdrängungsthema geworden, sondern darüber hinaus auch zu einem absoluten Tabuthema. Die enge Verbindung der Krankheit mit sensiblen Themen wie Sexualität, Prostitution, Sterben und Tod führt dazu, dass HIV und AIDS ungern angesprochen werden. Die bereits von der Krankheit Betroffenen werden obendrein stigmatisiert und damit gesellschaftlich abgewertet. So wird die AIDS-Erkrankung bei Männern als Folge von Promiskuität und Umgang mit Prostituierten angesehen. Bei Frauen gilt sie als durch Geschlechtsverkehr außerhalb der Ehe, Geschlechtsverkehr mit wechselnden Partnern oder durch Prostitution hervorgerufen. Diese Stigmatisierung wurde lange Zeit, und wird auch heute noch vereinzelt, von den Kirchen unterstützt, indem die Betroffenen als Bestrafte Gottes bezeichnet wurden bzw. werden.⁸¹ Die Angst vor Stigmatisierung führt aber andererseits auch dazu, dass Menschen sich davor scheuen, überhaupt über AIDS zu sprechen und dadurch andere diskriminieren, die eine Auseinandersetzung mit dem überlebenswichtigen Thema einfordern.

Aufgrund dieser Brandmarkungen und Schuldzuweisungen erfahren HIV-Infizierte und auch ihre Familienangehörigen Ablehnung und Ausgrenzung durch Verweigerung von Pflege, Verlust des Wohnraums, Missachtung, Vernachlässigung sowie durch die Beendigung von Ehen, Partnerschaften und Freundschaften. Die Folgen gehen aber noch einen Schritt weiter und führen so in einen Teufelskreis aus Ablehnung und ungehinderter Verbreitung der Krankheit. Ablehnung in Form von Verdrängung, Tabuisierung und Stigmatisierung führen letzten Endes in tiefes Schweigen. Das Schweigen wiederum zieht Ignoranz nach sich. Eine Studie von UNAIDS aus dem Jahr 2002 belegt diese Ignoranz deutlich: In drei dutzend Hochprävalenzländern fanden die Forscher heraus, dass die Männer zu 80%, die Frauen zu zwei Dritteln angaben, keinem oder nur einem geringen HIV-Risiko ausgesetzt zu seien.⁸² Dieser vermeintliche Glaube, keiner Gefährdung zu unterliegen, aber auch die Angst vor Ausgrenzung im Falle eines positiven Ergebnisses, trägt darüber hinaus zur Scheu vor einem HIV-Test bei. Dies wiederum führt dazu, dass von den 33 Millionen weltweit Infizierten nur 5% ihren

⁸⁰ Vgl. Tietze (2006:33)

⁸¹ Vgl. Weinreich/Benn (2005:74ff)

⁸² Vgl. Hunter (2003:40)

eigenen HIV-Status kennen und damit unwissentlich zur Weiterverbreitung des Virus beitragen.⁸³

3.2 Armut und Entwicklung

Neben der Ablehnung und der daraus hervorgehenden Ignoranz trägt Armut maßgeblich zur weiteren Verbreitung des Virus bei. Gleichzeitig ist Armut aber auch als Folge zu betrachten, die wirtschaftliche Fortschritte der Entwicklungsländer stark behindert.

Subsahara-Afrika war und ist die ärmste Region der Welt – mit oder ohne AIDS. Fast die Hälfte der Menschen südlich der Sahara lebt von weniger als einem Dollar pro Tag, was nach Kriterien der Weltbank mit absoluter Armut gleichzusetzen ist.⁸⁴ Die 42 Staaten der Region tragen gemeinsam nicht mehr als ein Prozent zum Welthandel bei, was dazu führt, dass die Summe der Kaufkraft dieser Staaten, abzüglich des Schwellenlandes Südafrika, der Kaufkraft Norwegens entspricht.⁸⁵ Auf der Indexskala der menschlichen Entwicklung (HDI)⁸⁶ findet man nach wie vor, außer wenigen Ausnahmen, die Länder Subsahara-Afrikas auf den letzten Rängen.⁸⁷ Dies sind Zahlen, die für sich genommen schon verdeutlichen, warum Afrika im öffentlichen Diskurs schon seit langem als der „verlorene Kontinent“ bezeichnet wird.

Diese Länder leiden aber nicht nur unter Armut, sondern auch unter einer extrem hohen AIDS-Prävalenzrate. Ein Zusammenhang, der nicht nur für Subsahara-Afrika, sondern für die Entwicklungsländer weltweit gilt: 90% der HIV-Infizierten leben in Entwicklungsländern. Dieser Zusammenhang legt nahe, dass es eine Verbindung zwischen Armut und AIDS geben muss.⁸⁸

Wie im Folgenden aufgezeigt wird, sind Armut und Elend nicht nur Folge von AIDS, sondern dessen Ursache. Die enge Verknüpfung von Armut und AIDS soll nun zunächst auf der Mikroebene, d.h. auf der individuellen und familiären Ebene

⁸³ Vgl. Weinreich/Benn (2005:88)

⁸⁴ Vgl. Weltbank (2006:22f)

⁸⁵ Vgl. van Nierkek (2005a:57)

⁸⁶ Der Human Development Index (HDI) des Weltentwicklungsprogramms der Vereinten Nationen (UNDP) versucht mit einer Maßzahl, den Stand der menschlichen Entwicklung in den Ländern der Welt zu verdeutlichen, indem er nicht nur das Pro-Kopf-Einkommen berücksichtigt, sondern auch die Lebenserwartung und die Alphabetisierungsrate. Vgl. <www.undp.org> (abgerufen am 09.12.2007)

⁸⁷ Vgl. UNDP (2006:283ff)

⁸⁸ Dies gilt nicht nur für AIDS. Schon häufiger sei nach Ausführungen Tietzes beobachtet worden, dass unterentwickelte Länder in viel höherem Maße von Infektionskrankheiten betroffen seien als reiche Staaten. AIDS mache dabei keine Ausnahme. Vgl. Tietze (2006:34)

und dann auf der Makroebene, also bezogen auf Staaten und Gesellschaften betrachtet werden.

3.2.1 Mikroebene

Der Zusammenhang zwischen Armut und AIDS wird unter anderem auf der Mikroebene deutlich. Dazu werden im folgenden Abschnitt Auswirkungen auf die Familienstrukturen thematisiert und die Urbanisierung als eine der Folgen im Blick auf HIV/AIDS betrachtet.

AIDS tötet vor allem junge Erwachsene, die Bevölkerungsgruppe in Afrika, die einerseits für das Großziehen der Kinder Verantwortung trägt, andererseits für die ökonomische und soziale Aufrechterhaltung der Gesellschaft zuständig ist. Frühzeitiger Tod eines oder beider Elternteile bedeutet auf familiärer Ebene nicht nur Wegfall von geliebten Menschen, sondern gleichzeitig auch Wegfall von Fürsorgern, Erziehern und Verdienern. Befinden sich HIV-Infizierte im Krankheitsstadium von AIDS, so ist ihre weitere Erwerbstätigkeit völlig ausgeschlossen. Das Haushaltseinkommen sinkt nun nicht nur aufgrund des Verdienstaufschlags, sondern auch aufgrund kosten- und zeitintensiver medizinischer und grundlegender Versorgung, die ebenfalls Kapazitäten der übrigen Familie für den Einkommenserwerb sinken lässt. Studien aus dem südlichen Afrika zeigen, dass das Einkommen einer Familie in einer solchen Situation bis zu 80% sinkt.⁸⁹ Whiteside und Sunter kommen nach Analyse der wenigen Studien über dieses Thema zum Schluss, dass HIV und AIDS größere Auswirkungen auf einen Haushalt hätten als andere Krankheiten, nicht nur aufgrund der Stigmatisierung der Familie, sondern vor allem aufgrund des absoluten Ressourcenschwundes.⁹⁰ Dabei wächst die Zahl der mehrköpfigen Haushalte Afrikas, die durch AIDS in finanzielle Nöte gebracht werden und in der Folge zu geringe Ressourcen haben, um Verpflegung, medizinische Versorgung und Ausbildung der Kinder sicherzustellen.⁹¹

AIDS verstärkt somit die Armut.⁹² Dies wird auch in einer Studie aus Tansania eindeutig belegt, die zeigt, dass AIDS die betroffenen Haushalte in Armut stürzt und die Situation, vor der viele stehen, nur als hoffnungslos beschrieben werden kann.⁹³

⁸⁹ Vgl. UNAIDS (2004:45)

⁹⁰ Vgl. Whiteside/Sunter (2000:89f)

⁹¹ Vgl. Ebd.

⁹² Vgl. Whiteside/Sunter (2000:91)

⁹³ Vgl. Ebd.

Die Verarmung infolge von AIDS hat jedoch nicht nur unmittelbare materielle Konsequenzen für die Familie, sondern auch psychosoziale. Mit dem Fortschreiten der Erkrankung von Eltern müssen auch Kinder in die Rolle von Erwachsenen schlüpfen, um die Pflege der Eltern, sowie die Ernährung der Familie zu gewährleisten, so dass sich eine ganze Familienstruktur umkehrt. Auch zwingt die Hoffnungslosigkeit und Belastung, die Familie nicht versorgt zu wissen, viele Frauen und auch Kinder in die Prostitution.

Hiermit schließt sich der Kreis zwischen Armut und AIDS, denn Armut wird schließlich auch zur Ursache der Krankheit: die veränderten Familienstrukturen machen die Kinder verletzlich für eine Infektion, denn Prostitution sorgt für die Verbreitung des Virus.⁹⁴

Neben der Veränderung in den Familienstrukturen führt auch das Phänomen der zunehmenden Urbanisierung infolge der Armut, zu einer weiteren Ursache von AIDS: Anonymität und schlechte Lebensbedingungen in den Elendsvierteln begünstigen Promiskuität und Prostitution. Häufig seien die Prävalenzraten nach Angaben von UNAIDS in den Städten deutlich höher als auf dem Land, manchmal sogar doppelt so hoch.⁹⁵

3.2.2 Makroebene

Die AIDS-bedingte Armut bedroht nicht nur Individuen und Familien, sondern auch Gemeinden und ganze Gesellschaften. Besonders in den Ländern des südlichen Afrikas mit hohen Prävalenzraten drohen die Folgen von HIV/AIDS die Volkswirtschaften, die ohnehin schon von schlechter Regierungsführung, Überschuldung, Korruption und Misswirtschaft betroffen sind, völlig zu destabilisieren.⁹⁶ Studien über makroökonomische Auswirkungen von AIDS betrachten immer zwei wesentliche Mechanismen: zum einen schauen sie auf Krankheit und Tod erwerbsfähiger Menschen, die die Produktivität eines Landes schmälern, zum anderen betrachten sie die Aufwendung von Ersparnissen für die Pflege Betroffener, die als finanzielle Ressourcen dann nicht weiter zur Verfügung stehen.

Der Einfluss dieser beiden Faktoren auf die Wirtschaft eines Landes hängt, der Argumentation des Gesundheitsökonomen Alan Whiteside zufolge, aber entscheidend davon ab, inwieweit die betroffenen Menschen überhaupt Bedeutung für die

⁹⁴ Vgl. dazu Abschnitt 3.6

⁹⁵ Vgl. UNAIDS/WHO (2005:33)

⁹⁶ Vgl. Bangert/Weiss (2007:17ff)

ationale Produktion hätten und in welchem Umfang Ersparnisse für die Pflege aufgewendet werden würden:

„It is harsh economic reality that not all lives have equal value. If the majority of those who are infected are unemployed, subsistence farmers or unskilled workers, then the impact on the national economy will not be as great as if they are skilled and highly productive members of society.“⁹⁷

Whiteside verweist in diesem Zusammenhang auf einen Weltbankbericht zu den Langzeitfolgen der Krankheit aus dem Jahr 2003, nach dem die gegenwärtigen Modelle die makroökonomischen Auswirkungen von HIV/AIDS unterschätzen würden und prophezeit einen völligen wirtschaftlichen Kollaps innerhalb von drei Generationen, falls keine Maßnahmen zur Bekämpfung der Krankheit eingeleitet werden würden.⁹⁸ Die tatsächlichen wirtschaftlichen Konsequenzen der Krankheit können somit nur erahnt werden, da der weitaus größte Teil der afrikanischen Erwerbspersonen in der Subsistenzwirtschaft beschäftigt ist, also in der Wirtschaftsform, die in der Regel in lokalen Einheiten auf die Selbstversorgung und Erarbeitung des Lebensunterhaltes ausgerichtet ist.⁹⁹ Gerade hier wird mit gravierenden Verlusten von Arbeitskräften gerechnet. Die Welternährungsorganisation der Vereinten Nationen (FAO) schätzt, dass zwischen 1985 und 2000 in den 25 am stärksten betroffenen Ländern Afrikas 7 Millionen Arbeiter in der Landwirtschaft starben und 16 Millionen weitere bis zum Jahr 2020 sterben werden.¹⁰⁰ AIDS-Tote in der Landwirtschaft gefährden aber die landwirtschaftliche Produktion und die Versorgungssicherheit in Subsahara-Afrika. Gleichzeitig geht wertvolles landwirtschaftliches Wissen und Können verloren, bevor es an nachfolgende Generationen weitergegeben wurde.

Nach einem Bericht der Vereinten Nationen (VN) reduzierte AIDS das Pro-Kopf-Einkommen in Afrika in den 1990er Jahren um durchschnittlich 0,8%. Schätzungen der Internationalen Arbeitsorganisation (ILO) zufolge waren 2006 weltweit 36 Millionen Menschen im arbeitsfähigen Alter mit HIV infiziert, die meisten im südlichen Afrika.¹⁰¹ Prognosen des Bevölkerungsfonds der Vereinten Nationen (UNFPA) sehen aufgrund dieser beiden Tatsachen bis 2020 eine sinkende

⁹⁷ Vgl. Whiteside/Sunter (2000:85f)

⁹⁸ Whiteside (2005:10)

⁹⁹ Vgl. Weinreich/Benn (2005:78ff)

¹⁰⁰ Vgl. Lamptey u.a. (2006:11)

¹⁰¹ Vgl. Grill (2006)

Wirtschaftskraft in den am stärksten betroffenen Ländern Afrikas, die um 20-40% geringer ist, als es ohne HIV/AIDS der Fall wäre.¹⁰² Gründe dafür sind der frühzeitige Tod insbesondere von jungen Erwachsenen, die Schwächung der Investition in Bildung und Ausbildung durch Einkommensverluste sowie Tod der Eltern und das Heranwachsen von Kindern ohne Schulbildung bzw. ohne Berufsperspektive. Im Unternehmenssektor werden die Abwesenheitsrate der Mitarbeiter aufgrund von Krankheit und Pflege von Familienangehörigen wachsen, höhere Kosten durch Kranken- und Sterbegelder anfallen und mehr Gelder in die betriebliche Ausbildung investiert werden, durch den Zwang, häufig gut ausgebildete Mitarbeiter ersetzen zu müssen.

3.3 Mangelnde Geschlechtergerechtigkeit

Der Gender-Begriff ist in den Gesellschaftsstrukturen Afrikas nicht als neutral oder gerecht anzusehen, denn mit den Frauen und Männern zugeordneten Rollen sind ganz unterschiedliche Machtbefugnisse und Privilegien verbunden.¹⁰³ Das vorherrschende Patriarchat führt dazu, dass Frauen über weniger Rechte verfügen und dadurch noch mehr unter der bereits angesprochenen Armut leiden als Männer und auch ein höheres Infektionsrisiko tragen. Im folgenden Abschnitt wird zunächst in Kultur und Tradition nach Ursachen für die mangelnde Geschlechtergerechtigkeit gesucht und anschließend deren Auswirkungen thematisiert.

Ursachen für die Geschlechterungerechtigkeit sind in der afrikanischen Kultur und Tradition zu finden, die aber so vielfältig sind, dass sie hier nur in Ansätzen angesprochen werden können. Masenya zufolge bestimme in Afrika, wie in anderen patriarchalen Kulturen, der Ehemann auch über Identität und Sexualität seiner Frau. Von ihm werde erwartet, dass er nicht nur die Herrschaft über den neu gegründeten Haushalt übernehme, sondern ebenfalls über den Körper seiner Ehefrau. Der Ehemann dagegen müsse seine Sexualität nicht einschränken, ihm stehe es frei, seine Bedürfnisse auch bei anderen Frauen auszuleben.¹⁰⁴ So gaben im Rahmen einer Befragung in Uganda beispielsweise 45% der befragten

¹⁰² Vgl. UNFPA (2002:10)

¹⁰³ Der Gender-Begriff ist definiert als die Rollen, die Männer und Frauen in der Gesellschaft im Gegensatz zu ihren biologischen Vorgaben zugeordnet werden. Beim Erzielen von Gender-Gerechtigkeit geht es nicht nur um die Stärkung der Frauen, sondern auch um die notwendige Veränderung der Männer.

Vgl. Weinreich/Benn (2005:39)

¹⁰⁴ Vgl. Masenya (2005:60f)

Ehemänner an, mehrere Sexualpartner zu haben, von den befragten Ehefrauen waren es dagegen nur fünf Prozent.¹⁰⁵

Polygamie ist in vielen Staaten Subsahara-Afrikas bis heute verbreitet und die Vorstellung, dass ein verheirateter Mann monogam lebt, deswegen keine Selbstverständlichkeit. Frauen bewegen sich somit auf einem schmalen Grat zwischen der Ehe als Gefahr, die ein hohes Infektionsrisiko birgt und der Ehe als Schutzraum, der ihnen gesellschaftliche Anerkennung und Würde entgegen bringt. Diese Bedeutung von Ehe wird in der folgenden Ausführung von Masenya sehr deutlich:

„Wer stirbt, ohne sich verheiratet und Kinder bekommen zu haben, ist gänzlich von der menschlichen Gesellschaft losgelöst und isoliert. Er ist ein Ausgestoßener, der alle Menschheitsbande durchschnitten hat. Ein jeder muss deshalb heiraten und Kinder hervorbringen. Darin liegt die größte Hoffnung und Erwartung, die der einzelne sich selber und die Gemeinschaft dem einzelnen bieten kann.“¹⁰⁶

Um diese männliche Vormachtstellung aufrechtzuerhalten und die Unterordnung der Frauen als gottgewollte Ordnung zu rechtfertigen, trägt im überwiegend christlich geprägten Subsahara-Afrika eine traditionelle Auslegung der Bibel bei.¹⁰⁷ So sind Frauen im christlich geprägten Subsahara-Afrika zwischen kulturellen und biblischen Traditionen gefangen. Beide lassen ihnen keine Wahl, den ungeschützten Geschlechtsverkehr mit ihrem fremdgehenden und möglicherweise HIV-positiven Mann zu verweigern oder Treue von ihm einzufordern.

Da in vielen patriarchalen Gesellschaften Frauen kein Familieneigentum erben dürfen und ihr Zugang zu Land und anderen Ressourcen ebenso begrenzt ist wie ihre Einkommensmöglichkeiten, sind sie zusätzlich aus wirtschaftlicher Abhängigkeit dem Willen des Mannes unterworfen.¹⁰⁸ Den Kondomgebrauch durchzusetzen ist auch deswegen den Frauen nicht möglich, weil sie sich sonst selbst dem Risiko aussetzen würden, als untreu zu erscheinen, es dem vordergründigen Sexualitätsverständnis der Nachkommenszeugung widerspricht und sie Gewaltanwendung ihres Mannes fürchten müssen.¹⁰⁹

¹⁰⁵ Vgl. UNAIDS (2004:27)

¹⁰⁶ Masenya (2005:62)

¹⁰⁷ Vgl. Masenya (2005:63f)

¹⁰⁸ Vgl. Shorter/Onyanha (1998:116)

¹⁰⁹ Vgl. Ebd.

Shorter und Onyanha belegen in ihrer Studie über Kenia, dass 60-80% der HIV-Infizierten verheirateten Kenianerinnen nur einen einzigen Sexualpartner hatten, was im Umkehrschluss bedeute, dass sie von ihren Ehemännern angesteckt wurden, die entweder Zweitfrauen hatten oder Prostituierte aufsuchten.¹¹⁰ Weinreich und Benn kommen angesichts dessen zu dem Schluss, dass für junge Frauen in Afrika das größte Risiko sich mit HIV anzustecken darin bestehe, zu heiraten.¹¹¹

Die Folgen des traditionell und kulturell geprägten Geschlechterverhältnisses werden auch in der sexuellen Gewalt gegenüber Frauen deutlich. Laut einer Studie von UNAIDS erklärten die Hälfte der befragten Frauen Äthiopiens und Tansanias, bereits Opfer von sexueller Gewalt geworden zu sein.¹¹² In vielen Ländern Afrikas gibt es bezüglich der Vergewaltigung von Frauen kein Unrechtsbewusstsein und auch keine Strafverfolgung.¹¹³

Auch zahlreiche traditionelle und kulturelle Praktiken bestehen in Afrika fort. So ist zum einen die Witwenvererbung weit verbreitet, die zu dem Zweck entstand, die Witwe wieder in gesicherte Verhältnisse zu bringen, aber aufgrund der sexuellen Rechte des neuen Mannes mit einem hohen Infektionsrisiko einhergeht. Ebenso ist die weibliche Genitalverstümmelung in manchen Ländern für die Verbreitung von HIV mitverantwortlich. Im südlichen Afrika sei, Kößmeiers Aufsatz zufolge, darüber hinaus immer wieder vom Gerücht zu hören, dass man durch Geschlechtsverkehr mit einer Jungfrau von AIDS geheilt werden könnte.¹¹⁴

3.4 Bildungsmangel

Aufgrund der oben erläuterten ökonomischen Abhängigkeit der Frauen und ihrer traditionellen Bindung an den Haushalt sind ihre Zugangsmöglichkeiten zu Bildung enorm reduziert. Mangelnde Bildung und insbesondere mangelndes Wissen zu Übertragungswegen und Folgen einer HIV-Infektion fördern die *Verletzlichkeit* von Frauen gegenüber der Krankheit sehr. Die folgende Betrachtung soll herausstellen, inwiefern der Bildungsmangel als Ursache, aber auch als Folge der HIV/AIDS-Problematik anzusehen ist.

¹¹⁰ Vgl. Shorter/Onyanha (1998:116)

¹¹¹ Vgl. Weinreich/Benn (2005:39)

¹¹² Das AIDS-Office der Südafrikanischen Bischofskonferenz in Pretoria geht nach vorsichtigen Schätzungen davon aus, dass jede vierte Frau in Südafrika mindestens einmal in ihrem Leben vergewaltigt wird. Vgl. Kößmeier (2003:197)

¹¹³ Vgl. Weinreich/Benn (2005:43ff)

¹¹⁴ Kößmeier (2003:196)

Die Mehrheit afrikanischer Frauen kann nicht lesen oder schreiben. Laut UNAIDS haben in afrikanischen Staaten oft mehr als zwei Drittel der Frauen nur ungenaue Kenntnisse über die Übertragungswege von HIV.¹¹⁵ Nur 50% der Frauen Tansanias wüssten den Angaben van Nierkeks nach, wo sie sich auf HIV testen lassen könnten. Nur 6% der Frauen ließen sich durchschnittlich überhaupt testen. Der Anteil der Frauen, der dann das Ergebnis nach einem HIV-Test auch abhole, sei noch einmal geringer und die Anzahl der Frauen, die dann im Fall der Schwangerschaft zurück zur Gesundheitsstation komme, um eine präventive Behandlung zur Mutter-Kind-Übertragung zu erfragen, kaum vorhanden.¹¹⁶ Allerdings ist dieses Verhalten nicht nur auf einen Mangel an Bildung, sondern ebenso auch auf die Angst vor Diskriminierung und Stigmatisierung zurückzuführen.

Der Bildungsmangel betrifft aber nicht nur Frauen, sondern bereits die Mädchen. Auch ihre *Verletzlichkeit* sei nach Angaben van Nierkeks zu signifikantem Anteil das Ergebnis unzureichender Bildung. Er verweist auf eine Studie von UNICEF, nach der junge Mädchen im Alter von 15 – 19 Jahren zu 70% in Somalia bspw. und zu 40% in Sierra Leone noch nie von AIDS gehört hätten.¹¹⁷ Dass weltweit und insbesondere in den Staaten Subsahara-Afrikas bis zu 100 Millionen Kinder, wovon 60 Millionen Mädchen sind, keine elementare Schulbildung erhalten, verweist auf die Dimension des Bildungsmangels im Kindesalter.¹¹⁸ Nach Erläuterungen von Weinreich und Benn kommen diese Kinder überwiegend aus armen und von HIV/AIDS betroffenen Haushalten, deren Familienstrukturen durch Tod zerstört seien, die das Schulgeld nicht zahlen können und in denen die Kinder im Haushalt und in der Pflege von Angehörigen helfen müssten.¹¹⁹

Dass bereits Kinder und vor allen Dingen Mädchen vor der Aufgabe stehen, ihre Eltern im Falle einer AIDS-Erkrankung zu versorgen, verweist darauf, dass AIDS also nicht nur eine Folge des Bildungsmangels ist, wie zuvor dargestellt wurde, sondern auch eine Ursache. Indem nach traditionellem Rollenverständnis Frauen und Mädchen die Aufgabe zufällt, AIDS-Kranke zu pflegen und zu versorgen, bleibt ihnen keine Zeit mehr für Schul- und Berufsausbildung. Auch hier wird wieder der Teufelskreis aus Ursachen und Folgen sichtbar, denn durch das Fernbleiben von der Schule kann den Mädchen kein Wissen über HIV/AIDS vermittelt werden und so steigt wiederum die *Verletzlichkeit*.

¹¹⁵ Vgl. UNAIDS (2004b:10)

¹¹⁶ Vgl. van Nierkek (2005a:63)

¹¹⁷ Vgl. Ebd. (2005:63)

¹¹⁸ Vgl. Weinreich/Benn (2005:69)

¹¹⁹ Vgl. Ebd.

Dass die Schwierigkeit mit solchen Personengruppen in Kontakt zu kommen eine weitere Ursache für die Ausbreitung der Pandemie ist, wird an einer Frage von Nierkeks deutlich: „How do you reach a poor, isolated, illiterate, rural or urban woman, who is not at school, at work or at church or a clinic attender?“¹²⁰ Führt man seine Ausführungen weiter und konstruiert eine Begegnung mit eben dieser Frau, so stellt sich die schwierige Frage, wie man dieser Frau überhaupt erklären sollte, dass sie durch den Geschlechtsverkehr mit ihrem Mann unheilbar krank werden könnte. Für den Fall, dass sie schon infiziert ist, stellt sich die Frage, wie man dieser Frau vermitteln sollte, dass sie ein tödliches Virus in sich trägt, das sie an andere weitergeben könnte, ohne dass die Frau selbst überhaupt irgendwelche Symptome an ihrem Körper feststellen kann. Es wird an diesem Beispiel offensichtlich: Tabuisierung, Armut, fehlende Bildung und gesellschaftliche Benachteiligung schaffen ein unüberwindbares Dilemma. Van Nierkeks Resümee dieser Betrachtung kommt zum gleichen Schluss:

„This woman will, in all probability, either not understand what is being communicated to her, not believe it, or shrug it off as just one of the many hazards that she has to face in order to continue her struggle of survival.“¹²¹

3.5 Staatsversagen

Auch das Handeln der jeweiligen Staatsmächte Subsahara-Afrikas selbst ist nur begrenzt in der Lage, die Pandemie in ihre Schranken zu weisen. Verantwortlich dafür ist sicherlich zum einen die Tatsache, dass das Virus auch vor den Staatsbeamten keinen Halt macht und ihr Sterben in Folge einer AIDS-Erkrankung den Staat mitunter wichtige Kompetenzen verlieren lässt. In afrikanischen Staatsapparaten bleiben Stellen aufgrund eines Mangels an qualifiziertem Personal bereits unbesetzt. Sambia musste zwischen 1985 und 2003 insgesamt 59 Nebenwahlen im Parlament aufgrund von verstorbenen Amtsinhabern abhalten.¹²² Zum anderen stellt aber auch eine falsche Prioritätensetzung der Regierungen eine Ursache für weitere Neuinfektionen dar. Traurigstes Beispiel für eine schlechte Regierungsführung gegenüber HIV/AIDS ist Südafrika, das mittlerweile den Status eines

¹²⁰ van Nierke (2005a:60)

¹²¹ Ebd. (2005:61)

¹²² Vgl. Lamptey u.a. (2006:11)

Schwellenlandes genießt, aber dem Kampf gegen die Pandemie nicht die gegebene Bedeutung beimisst. Zeugnis dafür sind fortwährende obskure Äußerungen von Staatspräsident Mbeki, in denen er Zweifel an den wissenschaftlichen Erkenntnissen über HIV und AIDS anmeldet, Blockadehaltungen der Regierung bei der Verteilung von AIDS-Medikamenten und eine Gesundheitspolitik, die Knoblauch, Olivenöl und Rote Beete im Kampf gegen AIDS empfiehlt.¹²³

Zahlreiche Länder Afrikas sind außerdem von Krisen, Kriegen und Konflikten betroffen, die ebenfalls zu Ursachen für eine weitere Virusverbreitung werden. Konflikte lösen oft riesige Migrationsbewegungen aus, wie beispielsweise zurzeit im Sudan. Frauen und Mädchen werden in diesen Situationen viel häufiger Opfer von sexueller Gewalt. Oder sie müssen Sex gegen Essen und Unterkunft eintauschen. Die zahlreichen AIDS-Waisen sind aufgrund ihrer mangelnden sozialen Anbindung und materiellen Versorgung den Rekrutierungen von Warlords in Bürgerkriegsregionen ausgesetzt.¹²⁴

Insbesondere Militärangehörige sind überdurchschnittlich von HIV betroffen, da sie durch ihre hohe Mobilität einerseits zur Verbreitung beitragen und andererseits selbst einem hohen Infektionsrisiko unterliegen. Sie leben meist von ihren Familien getrennt und nehmen den Dienst von Prostituierten häufiger in Anspruch als andere Bevölkerungsgruppen. Offizielle Zahlen sind zwar nicht zugänglich, Schätzungen zufolge, seien laut den Ausführungen Tietzes aber Infektionsraten in den Streitkräften Kongos und Angolas von ca. 50% denkbar.¹²⁵ Für die Armeen Malawis und Simbabwe vermute man sogar Raten von 70 – 80%.¹²⁶ Zudem werden und wurden Vergewaltigungen in afrikanischen Konflikten als Kriegsmittel eingesetzt. Schätzungen zufolge waren 80% der Frauen Ruandas, die während des Genozids in Ruanda vergewaltigt wurden, anschließend HIV-positiv.¹²⁷

Aufgrund der durch HIV geschwächten nationalen Streitkräfte ist nicht nur die nationale Sicherheit möglicherweise eingeschränkt, auch die internationale Sicherheit kann nach Ausführungen Tietzes ins Stocken geraten, da die gleichen Zusammenhänge auch für Blauhelmsoldaten gelten würden. So gebe es berechnete Befürchtungen, dass auch Peacekeeping-Truppen der VN die Seuche in ihrem Einsatzgebiet und bei Rückkehr in ihrer Heimat verbreiten würden. Diese Mechanismen könnten ihrer Meinung nach in Zukunft negative Folgen für die

¹²³ Vgl. Raupp (2007)

¹²⁴ Vgl. Tietze (2006:14)

¹²⁵ Vgl. Ebd. (2006:15)

¹²⁶ Vgl. Singer (2002:153)

¹²⁷ Vgl. Weinreich/Benn (2005:49)

Bereitschaft der Staaten haben, Blauhelm-Soldaten zu entsenden oder in ihrem Gebiet zu dulden.¹²⁸

3.6 Das Schicksal der Kinder

Gerade im Hinblick auf die Kinder wird der Teufelskreis der Pandemie deutlich. Er setzt sich zusammen aus den in den vorangehenden Abschnitten erläuterten Faktoren, die immer wieder als Ursachen und Folgen der HIV/AIDS-Problematik auftreten. Warum und wie gerade für die Kinder eine besonders hohe *Verletzlichkeit* gegenüber dem Virus erwächst, soll abschließend in diesem letzten Abschnitt des dritten Kapitels thematisiert werden.

Entwickeln Eltern die AIDS-typischen Symptome, so müssen sich die Kinder darauf einstellen, für sie zu sorgen und sie zu pflegen. Zunehmend wird am Existenzminimum ein Tausch in der Rollenverteilung zwischen Kindern und Eltern bezüglich der Fürsorge, Einkommensbeschaffung und der Grundversorgung entstehen. Die Sorge um den Verlust der eigenen Eltern und der Kummer um die eigene Zukunft werden mitunter noch weiter dadurch verstärkt, dass die Kinder selbst Zielscheibe von Stigmatisierung und Diskriminierung werden und Angst davor haben müssen, sich bei der Pflege selbst mit dem HI-Virus zu infizieren. Diese Gruppe von Kindern ist bereits stark durch HIV/AIDS gefährdet und belastet. Sie wird es noch mehr, wenn sie aufgrund der häuslichen Pflege und der unzureichenden finanziellen Ressourcen, nicht mehr zur Schule gehen kann.

Durch den Tod der Eltern oder eines Elternteils wird mit den Sorgen um Überleben, Ernährung, Gesundheitsversorgung, Schulbildung und Wohnung, schließlich das ganze Leben der Kinder in Frage gestellt. Einer Fallstudie in Uganda zufolge sind Kinder, die durch HIV/AIDS verwaist sind, zahlreichen Gefährdungen ausgesetzt. Die Kinder leiden demnach nicht nur unter Demütigungen und Herabsetzungen durch andere, sondern auch unter Schuldzuschreibungen durch sich selbst. Die Umfrage in Uganda ergab zudem, dass mehr als die Hälfte der Befragten glaubt, dass verwaiste Mädchen gefährdeter seien als andere, weil sie keine Eltern hätten die sie beschützen könnten.¹²⁹

Obwohl es in den meisten Kulturen üblich ist, dass die Großeltern, nachdem sie selbst viele Kinder groß gezogen haben schließlich im Alter von diesen mitversorgt werden, führt HIV/AIDS auch hier zu einer gewaltigen Richtungsänderung.

¹²⁸ Vgl. Tietze (2006:36)

Sterben Eltern früh, so sind es zunächst die Großeltern, die im Alter noch einmal Kinder groß ziehen müssen und das mit schwindenden Kräften und noch geringeren finanziellen Ressourcen.¹³⁰ Aber auch die erweiterte Großfamilie ist bereit, bis an die Grenzen ihrer Belastbarkeit weitere Kinder in die Familie aufzunehmen.¹³¹ Die erweiterte Großfamilie wird von UNICEF als der „zentrale Wohlfahrtsmechanismus“ in den meisten Teilen Afrikas bezeichnet.¹³² Das Netzwerk wird aber angesichts immer mehr versterbender Erwachsener und immer mehr zurückbleibender Waisen noch größeren Herausforderungen gegenüber gestellt werden.¹³³ Die wenigen Ressourcen müssen für immer mehr Köpfe ausreichen, so dass das Geld in der Regel nicht mehr für Bildung und Gesundheit aller ausreicht und die Ernährungsgrundlage für alle gefährdet wird. Somit geraten auch die eigenen Kinder der Pflegefamilie in die Gefahr, durch HIV/AIDS gravierende Nachteile zu erfahren. Die bereits erwähnte Studie in Uganda ergab, dass den Waisenkindern aufgrund von Geldmangel in den Pflegefamilien grundlegende Notwendigkeiten wie Gesundheitsversorgung, Bildung, Nahrung, Kleidung und Schulmaterial vorenthalten würden, da die Pflegeeltern zumeist davon ausgingen, dass Kinder, deren Eltern an AIDS starben auch in jedem Fall HIV-positiv seien. Die Studie fand heraus, dass Pflegefamilien die Pflegekinder öfter in eine öffentliche Schule schickten, während ihre eigenen die Privatschule besuchten, und Waisenmädchen viel früher verheiratet wurden, um Verantwortung und Belastung abgeben zu können.¹³⁴

Allerdings sind die Benachteiligungen und Gefährdungen der Waisen nicht weniger gering, wenn zurückbleibende Kinder den elterlichen Haushalt versuchen selbst weiter zu führen. Meist fällt der ältesten Tochter die Verantwortung zu, sich um die Geschwister zu kümmern. Sie muss für ein Einkommen sorgen, den Haushalt führen und die eigene Schulbildung abbrechen, damit zumindest, sofern möglich, die Geschwister weiter zur Schule gehen können. Die Kinder sind in dieser Lage noch mehr gefährdet, ausgebeutet und missbraucht zu werden oder sich aufgrund von wirtschaftlicher Not zu prostituieren.

¹²⁹ Vgl. Bangert/Weiss (2007:32)

¹³⁰ Vgl. UNICEF (2006:16)

¹³¹ Vgl. Bangert/Weiss (2007:26ff)

¹³² Vgl. UNICEF (2006:17)

¹³³ Vgl. Ebd. (2006:17)

¹³⁴ Vgl. Bangert und Weiss (2007:32).

4 Probleme der Krankheitsbekämpfung

Zahlreiche weitere Faktoren ließen sich benennen, um die Verstrickungen der HIV/AIDS-Problematik in die afrikanische Lebenswelt zu verdeutlichen. Den Medizinerinnen Fleischer und Ochel zufolge gibt es bislang „kein schlüssiges, allgemeingültiges und wissenschaftlich anerkanntes Modell, das diese Faktoren in ihrer Bedeutung für die Ausbreitung von HIV einzuordnen vermag.“¹³⁵ Immer wieder werden die Folgen der Krankheit zu Ursachen für zahlreiche Neuinfektionen. Wie begegnet die Welt nun diesem Teufelskreis, der den Staaten des südlichen Afrikas noch größere Entwicklungshindernisse in den Weg legt und Kindern mit dem Tod ihrer Eltern die Zukunft stiehlt?

Als eines der acht Millennium-Entwicklungsziele der Vereinten Nationen steht die HIV/AIDS-Bekämpfung im Zentrum der weltweiten Entwicklungszusammenarbeit. Die vorliegende Zwischenbilanz auf dem Weg zur Zielerreichung bis 2015 lässt einige Lichtblicke erkennen, verdeutlicht aber, dass die anderen Ziele wie die Halbierung der Anzahl der in absoluter Armut lebenden Menschen, die Grundschulausbildung für alle Kinder und die Förderung der Gleichstellung der Geschlechter noch weit von ihrer Realisierung entfernt sind.¹³⁶ Die Bekämpfung von HIV und AIDS hinkt somit einerseits aufgrund der Abhängigkeit von diesen bedeutenden Zielen hinterher, andererseits aber auch aufgrund der unzureichenden Antworten, die die Welt explizit den Herausforderungen der Pandemie entgegenbringt. Die Betrachtung der derzeit gegebenen Antworten, bestehend aus Programmen zur Fürsorge, Prävention und Medikamentenbehandlung sollen in diesem Kapitel genauso im Mittelpunkt stehen, wie die Frage, ob das finanzielle Engagement der Industrienationen im Rahmen globaler Verantwortung ausreichend ist.

4.1 Fürsorge

Im ersten Abschnitt des Kapitels wird die Bedeutung der Fürsorgeeinrichtungen im südlichen Afrika für die Bekämpfung der Folgen von HIV/AIDS skizziert.

Die soziale, medizinische, pflegerische und spirituelle Versorgung und Begleitung aller Menschen, die mit HIV leben und von den Folgen betroffen sind, ist in Anbetracht der Situation Subsahara-Afrikas unerlässlich. Unter den Fürsorgeein-

¹³⁵ Fleischer/Ochel (2005:25)

richtungen, die diese Aufgaben übernehmen, haben sich insbesondere die so genannten „Home-Based-Care-Programme“ in vielen Ländern etabliert.¹³⁷ Mitarbeiter dieser Programme unterstützen einerseits die häusliche Pflege von AIDS-Kranken, tragen andererseits aber auch Verantwortung für das Wohl der ganzen betroffenen Familie. Somit sind die Programme nicht nur zu einer wertvollen Stütze von Not leidenden Familien geworden, die zusätzlich die überforderten Gesundheitssysteme entlasten, sondern sie beugen auch der Stigmatisierung vor, da die Helferinnen zumeist aus den unmittelbaren Gemeinden gewonnen werden konnten. Darüber hinaus gibt es zahlreiche weitere Einrichtungen, die Betroffene in ihrem Alltag unterstützen wie beispielsweise so genannte „Drop-in-Centre“ für Kinder und Jugendliche, in denen sie Mahlzeiten erhalten, medizinisch versorgt werden und Unterstützung für ihren Schulbesuch erhalten.¹³⁸

Gemessen an dem großen Bedarf an Pflege und Unterstützung der Kranken und an Fürsorge um die zurückbleibenden Kinder, ist die tatsächliche Anzahl und Reichweite von derartigen Projekten jedoch keineswegs zufriedenstellend. UNAIDS schätzte 2004, dass nur 12% der Menschen, die häusliche Unterstützung in Subsahara-Afrika benötigten, diese auch bekommen hätten.¹³⁹ Genaue Daten darüber, welche Nichtregierungsorganisationen (NGO) Pflege und Unterstützung für Menschen mit HIV/AIDS in Afrika anbieten, seien nach Angaben von Piet Reijer nicht erhältlich, aber die meisten größeren und erfolgreichen Projekte würden von Organisationen der Kirchen initiiert, umgesetzt oder unterstützt.¹⁴⁰ Cornelia Füllkrug-Weitzel, Direktorin der Aktion *Brot für die Welt*, schätzt, dass jeder dritte, wenn nicht sogar jeder zweite Betroffene von Mitgliedern der Kirchen versorgt werde.¹⁴¹ Neben staatlichen Einrichtungen unterhält insbesondere die Katholische Kirche im südlichen Afrika das größte Netzwerk von AIDS-Programmen, das neben der Fürsorge um Betroffene auch die Präventionsarbeit umfasst.¹⁴²

¹³⁶ Vgl. UN (2007:4f)

¹³⁷ Vgl. Weinreich/Benn (2005:118)

¹³⁸ Mallmann (2005:213ff)

¹³⁹ Weinreich/Benn (2005:118)

¹⁴⁰ Vgl. Reijer (2003:37)

¹⁴¹ Vgl. Füllkrug-Weitzel (2003:2).

¹⁴² Die größte Home-Based-Care-Organisation im südlichen Afrika entstand in Namibia. Die Catholic-AIDS-Action, eine landesweite 1998 gegründete NGO, bestand bereits 2002 neben einem Personalstamm von 39 Personen aus rund 1000 Volunteers, die für die häusliche Pflege ausgebildet und in den Gemeinden eingesetzt wurden. Darüber hinaus engagiert sich die NGO in der Präventionsarbeit und in der Pflege und Betreuung von Waisen und bedürftigen Kindern. Vgl. Iliffe (2006:105ff).

4.2 Prävention

Der nun folgende zweite Abschnitt des Kapitels wird das zweite große Standbein in der HIV/AIDS-Bekämpfung in den Mittelpunkt der Betrachtung rücken: die Präventionsarbeit. Erläutert werden sollen in diesem Zusammenhang insbesondere die Bedeutung der so genannten ABC-Formel, ihre Defizite und die Vorbehalte ihr gegenüber aus Sicht der Katholischen Kirche.

In der Präventionsarbeit des südlichen Afrika ist die ABC-Strategie am meisten verbreitet: Der Buchstabe „A“ steht dabei für Abstinenz (Abstinence) vom Sexualverkehr, „B“ für Treue (Being Faithful to your Partner) und „C“ für den korrekten und kontinuierlichen Gebrauch von Kondomen (Condoms), wenn die ersten beiden Optionen nicht in Frage kommen. In Uganda, das 1987 mit einer Prävalenzrate von 24% noch die größte AIDS-Epidemie der Welt hatte, wird der Erfolg der Anti-AIDS-Kampagne unter anderem auf die ABC-Strategie zurückgeführt, die als Grundbaustein jeglicher Anstrengungen gegenüber der Pandemie von Staat und Gesellschaft diente.¹⁴³ Die Strategie hielt Einzug in die meisten Präventionskampagnen Afrikas, einerseits in Folge der erfolgreichen Eindämmung der HIV-Ausbreitung in Uganda, andererseits wegen der leichten Vermittelbarkeit.

Genauerer Hinsehen allerdings verdeutlicht, dass eine undifferenzierte Anwendung der ABC-Methode problematisch ist. Hat jemand nur einen sexuellen Partner, der jedoch HIV-positiv ist, dann ist das einfache Befolgen von Treue kein Schutz vor dem tödlichen Virus. Die erfolgreiche Anwendung der Strategie setzt also die Kenntnis des HIV-Status voraus, die aber von der Formel an sich in keinster Weise zur unabdingbaren Grundvoraussetzung erklärt wird.

Darüber hinaus ist die ABC-Methode zwar theoretisch geschlechtergerecht, was sich aber in der Praxis nicht niederschlägt. Sie setzt die sexuelle Selbstbestimmung der Frauen voraus, über die die meisten in den afrikanischen Gesellschaften, wie oben erläutert wurde, aber gar nicht verfügen. Da junge Mädchen oft zur Heirat verpflichtet werden, entzieht sich die Entscheidung über Abstinenz ebenso ihrer Wahl wie die Entscheidung für Treue, die im Falle eines HIV-positiven Partners und unzureichendem Schutz vor HIV unfreiwillig zur Ansteckung führt. Vor allen

¹⁴³ Uganda gilt als Vorzeigeland in der Bekämpfung von HIV/AIDS. Die Prävalenzrate wurde von 24% in den 1980er Jahren auf 4% im Jahr 2004 aufgrund erfolgreicher Präventionsarbeit zurückgedrängt. Unter anderem zurückgeführt wurde dieser Erfolg auf den Gebrauch von Kondomen, die durchschnittliche Hinauszögerung der ersten sexuellen Aktivität um zwei Jahre, auf Armutsreduzierung, Aufklärung und Bildungsanstrengungen. Zudem arbeiteten Regierung, Zivilgesellschaft, und Kirchen sehr eng zusammen und propagierten die ABC-Strategie auf allen Ebenen. Vgl. Weinreich/Benn (2005:84ff)

Dingen in der Frage über die Benutzung von Kondomen kreuzen zahlreiche Barrieren die Selbstbestimmung der Frauen: so wird in vielen traditionellen Gesellschaften das aus der westlichen Welt stammende Kondom in der sexuellen Beziehung als störend empfunden. Es widerspreche der „Sexualitätsfunktion“, gerade in armen Gesellschaften eine reiche Nachkommenschaft zu zeugen und stellt in den Augen von Männern ihre Männlichkeit in Frage.¹⁴⁴ Männer wie Frauen lehnen darüber hinaus die Kondombenutzung häufig ab, weil sie verdächtig werden könnten, außereheliche Beziehungen zu haben, wenn sie bei ihrem Partner auf die Verwendung von Kondomen bestünden. Die Einforderung von Kondomen käme so Zweifel und Vertrauensverlust an der ehelichen Treue gleich, den viele Partner nicht eingehen möchten.¹⁴⁵

Trotz der Tatsache, dass die Kirchen einen Großteil der weltweiten Präventionsprogramme unterhalten, ordnet der Großteil der Öffentlichkeit die Kirchen eher den Ursachen zu, die den Kampf gegen AIDS behindern, da sie Kondome als einen wesentlichen Teil der ABC-Strategie ablehnen.¹⁴⁶ Der wirksamste Weg eine HIV-Übertragung zu verhindern, ist nach Auffassung katholischer und anderer Kirchenführer die voreheliche Abstinenz oder die partnerschaftliche Treue innerhalb einer ehelichen Gemeinschaft, entsprechend dem christlichen Menschenbild und der Sinngebung von Sexualität und Partnerschaft.

Aus drei Gründen heraus wird von Seiten der Katholischen Kirche das Kondom abgelehnt. Zum einen wird bemängelt, dass es keinen 100%igen Schutz biete und somit den Menschen ein falsches Sicherheitsgefühl vermittele.¹⁴⁷ Zum zweiten wird mit der Kondomverwendung die Sorge um Partnerwechsel und außerehelichem Geschlechtsverkehr verbunden, die der Eindämmung der Pandemie zuwider liefe.¹⁴⁸ Während aber diese beiden Einwände nicht mit empirischen Argumenten belegt werden können, sondern im Gegenteil durch wissenschaftlicher Untersuchungen vielmehr widerlegt wurden,¹⁴⁹ entwickelte sich der dritte Einwand zum Kernpunkt der gesamten Kondomdiskussion: die zusätzliche Funktion des Kondoms als Verhütungsmittel, die gegen die Natur der Sexualität und gegen die Würde des Menschen verstoße.¹⁵⁰

¹⁴⁴ Vgl. Weinreich/Benn (2005:93)

¹⁴⁵ Vgl. Ebd. (2005:93)

¹⁴⁶ Vgl. Weinreich/Benn (2005:140)

¹⁴⁷ Vgl. Sanders (2005:132f)

¹⁴⁸ Vgl. Ochel (2005:32f)

¹⁴⁹ Vgl. Sanders (2005:142)

¹⁵⁰ Vgl. Ebd. (2005:142f)

Die Verurteilung der Kondomverwendung durch die Kirchen, der Mangel an sexueller Selbstbestimmung der Frau und die fehlende Berücksichtigung eines HIV-Tests in der Methode, stellen Defizite dar, die viele Menschen an der erfolgreichen Anwendung der ABC-Methode zum Schutz vor HIV hindern. Die Einwände verdeutlichen, dass die Propagierung der Strategie alleine nicht ausreicht, um vor einer Virusübertragung zu schützen. Vielmehr müssen insbesondere Frauen dazu befähigt werden, die Methoden auch umsetzen zu können.¹⁵¹

4.3 Medikamentenversorgung

Schon in der Einleitung der Arbeit wurde auf die Zweiteilung der Welt bezüglich der Medikamentenversorgung hingewiesen. Im folgenden Abschnitt wird zunächst die Bedeutung der medikamentösen Behandlung für die AIDS-Prävention skizziert und die Versorgungslage der Entwicklungsländer mit ARV-Medikamenten betrachtet. Anschließend wird die Bedeutung des so genannten TRIPS-Abkommens für die defizitäre Versorgungslage Subsahara-Afrikas mit ARV-Medikamenten erläutert. Die Behandlung von AIDS-Kranken in Afrika mit ARV-Medikamenten stand lange im Hintergrund. Alle Kosten/Nutzenrechnungen zeigten, dass nicht zuletzt aufgrund hoher Medikamentenpreise Aufklärungs- und Präventionsprogramme wesentlich effizienter waren. Lange Zeit wurden die hohen Preise mehr oder weniger unhinterfragt als feststehende Tatsache hingenommen.¹⁵² So zählte die Weltbank noch im Jahr 2000 in ihrer Studie *Can Africa claim the 21st century?* ARV-Medikamente nicht zu den Elementen von erfolgreichen HIV/AIDS-Programmen.¹⁵³

Die immense Bedeutung der medikamentösen Behandlung von AIDS-Patienten in Entwicklungs- und Schwellenländern konnte aber spätestens durch die positiven Erfahrungen Brasiliens herausgestellt werden, wo bereits 1996 ein universeller und kostenloser Zugang zur ARV-Therapie beschlossen wurde.¹⁵⁴

¹⁵¹ Vgl. Abschnitt 8.1.

¹⁵² Vgl. Schaaber (2005:117)

¹⁵³ Weltbank (2000:127)

¹⁵⁴ Durch die Vergabe von Zwangslizenzen an einheimische Pharmakonzerne wurde die Generikaproduktion möglich. 120.000 Personen wurden mit dieser staatlich finanzierten Therapie bis zum Jahr 2002 erreicht. Somit lebten im gleichen Jahr ein Drittel aller Personen in armen Ländern, die Zugang zu ARV-Medikamenten hatten, in Brasilien, obwohl nur 1,5% der weltweit HIV-Infizierten hier anzutreffen sind. Von 1996 bis 2002 wurde die Zahl der AIDS-Toten halbiert und sogar wirtschaftlich lohnte sich das Programm: die Kosten für das Programm waren um 200 Millionen US\$ geringer als die ersparten Behandlungskosten. Vgl. Schaaber (2005:117f)

Eine medikamentöse Behandlung kann zwar nicht heilen, aber die Arbeits- und Lebenskraft von HIV-Infizierten auf lange Zeit erhalten und so dafür sorgen, dass Kinder mit ihren Eltern nicht gleichzeitig einen Schutz vor HIV verlieren. Darüber hinaus lässt sich das Übertragungsrisiko von infizierten Müttern auf ihre Kinder nahezu vollständig verhindern.

Auf der Sondervollversammlung der Vereinten Nationen im Jahr 2001 wurde die Forderung, für die Betroffenen in Entwicklungsländern Medikamente zur Verfügung zu stellen, als berechtigt anerkannt. Trotzdem sind ARV-Medikamente für die meisten AIDS-Kranke in den Staaten des südlichen Afrikas nach wie vor entweder nicht verfügbar oder nicht bezahlbar. Zurzeit haben nur 15% der 6,5 Millionen Bedürftigen in Entwicklungsländern Zugang zu einer ARV-Behandlung.¹⁵⁵ Von den bedürftigen Kindern sind es sogar nur 5%.¹⁵⁶

Für die ungerechte Medikamentenversorgung ist grundlegend das Übereinkommen zu handelsbezogenen Aspekten von Rechten des geistigen Eigentums (TRIPS) der Welthandelsorganisation (WTO) verantwortlich, das dem Patenthalter eines jeglichen Produktes, das nach 1995 patentiert wurde, über einen Zeitraum von 20 Jahren das alleinige Recht über Herstellung, Gebrauch und Verkauf des patentgeschützten Erzeugnisses gewährt.¹⁵⁷ Im Falle der ARV-Medikamente bedeutet dies, dass der Hersteller in diesem Zeitraum vor der Konkurrenz durch Generika geschützt ist und somit keinem Wettbewerb in der Preisgestaltung unterliegt.

Das TRIPS-Abkommen kennt allerdings Sicherheitsmechanismen, die es einer Regierung ermöglichen, den Notstand der öffentlichen Gesundheitsversorgung zu erklären. Im Falle dessen kann sie lokalen Pharmaproduzenten Zwangslizenzen erteilen, die sie ohne Einwilligung des Patenthalters dazu berechtigen, notwendige Generika herzustellen. Aufgrund der politischen Beeinflussung seitens der Pharmakonzerne selbst, aber auch von Regierungen der Industrienationen, konnten die Zwangslizenzen bislang aber nicht die geplante Anwendung finden: die USA handelten bilaterale und regionale Freihandelsabkommen mit anderen Staaten aus, die längere Patenlaufzeiten vorsehen und die Möglichkeit von

¹⁵⁵ Vgl. Lamphey u.a. (2006:1)

¹⁵⁶ Es gibt zurzeit immer noch keine angemessene Behandlung für Kinder mit HIV und AIDS. Nur wenige der verfügbaren Medikamente sind in einer Darreichungsform für Kinder erhältlich und die wenigen verfügbaren Präparate sind zu teuer. Außerdem schmecken sie unangenehm, was angesichts der Tatsache, dass Kinder diese täglich einnehmen müssen, ein großes Problem darstellt. Vgl. Benn (2007:26)

¹⁵⁷ Bei der Umsetzung des TRIPS-Abkommens in ihr nationales Recht erhielten Staaten, die sich in der Umbruchsphase zu einer freien Marktwirtschaft befanden, Zugeständnisse. So mussten Entwicklungsländer, die bislang keine Produktpatente in ausgewählten Sektoren kannten nicht TRIPS erst bis 2005 umsetzen. Die am wenigsten entwickelten Länder erst bis 2016. Vgl. Ärzte ohne Grenzen (2004:11ff)

Zwangslizenzen einschränken.¹⁵⁸ Darüber hinaus berechtigt das Instrument der Zwangslizenz nur zur Herstellung von Generika im eigenen Land. Länder ohne eigene Produktionskapazitäten stehen somit vor einem großen Problem. Diesbezügliche Kurskorrekturen der WTO aus dem Jahr 2003 änderten nur wenig. Die Regelungen sind in der Praxis nicht anwendbar, sie begünstigen die pharmazeutischen Markenhersteller und reichen bei weitem nicht aus, nachhaltig den Zugang der armen Länder zu ARV und zu anderen lebensnotwendigen Medikamenten zu garantieren.¹⁵⁹

Seit 2005 muss auch Indien voll und ganz mit dem TRIPS-Abkommen übereinstimmen, was sich als besonders verhängnisvoll für die Entwicklungsländer herausstellte. Bis dato profitierte die Hälfte der mit ARV-Medikamenten versorgten afrikanischen Bevölkerung von den Importen kostengünstiger indischer Generika. Nach internationalen Protesten kann das indische Patentgesetz zwar doch noch einige nach TRIPS mögliche Handlungsspielräume ausschöpfen, so dass Exporte von preiswerten Generika in andere Länder möglich bleiben. Da aber allen Generika durch die Umsetzung von TRIPS eine automatische Zwangslizenz auferlegt wurde, für die an den Patentinhaber eine Lizenzgebühr gezahlt werden muss, stiegen auch deren Preise. Peter Piot stuft erst im Jahr 2007 die Fortschritte beim Zugang zur ARV-Therapie von Menschen in diesen Ländern erneut als ernüchternd ein, da während ein Betroffener eine ARV-Behandlung beginne, sich gleichzeitig fünf andere Menschen neu mit HIV infizierten. Falls diese Entwicklung anhalte, werde die Menschenschlange, die auf eine Behandlung warte, seiner Meinung nach immer länger.¹⁶⁰

4.4 Finanzierung

In der HIV/AIDS-Bekämpfung spielt, wie bei vielen anderen globalen Problemen auch, die Finanzierung eine entscheidende Rolle. Dies wurde auch schon im vorherigen Abschnitt zur Medikamentenversorgung deutlich. Im letzten Abschnitt

¹⁵⁸ In der Doha-Erklärung der WTO von 2001 wurde diese Regierungsbefugnis sogar noch gestärkt: „(...) das TRIPS-Abkommen kann und muss so interpretiert werden, dass es den Zugang zu Gesundheitsversorgung nicht beeinträchtigen darf und dass Länder selbst definieren können, wie sie die Sicherheitsmechanismen des Abkommens anwenden wollen.“ Zitiert nach Weinreich/Benn (2005:115)

¹⁵⁹ Nicht nur in dem Land, welches die Medikamente benötigt, muss eine Zwangslizenz verhängt werden, sondern auch noch im Land des Produzenten. Dies kann dazu führen, dass indische Gerichte darüber entscheiden, ob sie gegen ein US-amerikanisches Pharmaunternehmen eine Zwangslizenz verhängen, damit mit den dann produzierten Medikamenten Patienten in Äthiopien behandelt werden können. Diese Konstruktion macht den Prozess langwierig und anfällig für politischen Druck aus den Industrienationen. Vgl. Ärzte ohne Grenzen (2004:24)

¹⁶⁰ Vgl. Piot (2007a:7)

des vierten Kapitels werden Ursachen für die Finanzierungslücken skizziert und der Bedarf an Finanzmitteln zur Eindämmung der Pandemie erläutert.

Im Frühjahr 2001 benannte ein Bericht des amerikanischen Geheimdienstes HIV/AIDS als größte Bedrohung für Demokratie, Sicherheit und Stabilität in Afrika.¹⁶¹ Die ebenfalls in diesem Bericht skizzierten destabilisierenden Folgen in militärisch potenten Gebieten wie Russland, China und Indien durch HIV und AIDS hatten zur Folge, dass erstmals in der Geschichte der UN-Sicherheitsrat über die Auswirkungen einer Krankheit auf Frieden und Sicherheit diskutierte. Trotz der globalen destabilisierenden Folgen von HIV/AIDS stellen Staaten aufgrund anderer Prioritäten immer noch viel zu geringe Finanzmittel für Programme zur Prävention und Bekämpfung der Krankheit zur Verfügung. Stephen Lewis, UN-Sonderbeauftragter für AIDS äußerte sich in diesem Zusammenhang nach den Anschlägen des 11. September: „3000 Menschen starben durch einen furchtbaren Terrorakt und ein paar Tage später redete die Welt von Hunderten von Millionen Dollar für den Kampf gegen den Terror. Im gleichen Jahr starben 2,3 Millionen Afrikaner an AIDS und wir müssen bitten und betteln.“¹⁶²

Die in Bezug auf die HIV/AIDS-Bekämpfung beschworene globale Verantwortung, veranlasste die internationale Staatengemeinschaft zu vielen Versprechungen, aber leider nur zu wenigen Taten, wenn man die Bereitstellung von finanziellen Ressourcen betrachtet: Nach Schätzungen von UNAIDS und WHO sind 2007 mindestens 18 Milliarden US-Dollar für die Ausweitung der AIDS-Bekämpfung nötig. Im Jahr 2008 wird der Finanzbedarf für wirksame Maßnahmen auf 22 Milliarden US-Dollar steigen. Bislang bleibe aber mehr als die Hälfte dieses Finanzierungsbedarfes ungedeckt.¹⁶³

Der Globale Fonds zur Bekämpfung von HIV/AIDS, Tuberkulose und Malaria wurde im Jahr 2002 mit dem Ziel gegründet, eine Erhöhung der finanziellen Mittel zur Bekämpfung der drei Krankheiten zu bewirken. Gerade die Finanzierung von ARV-Medikamenten soll dabei einen Schwerpunkt bilden, wie Christoph Benn in seiner Funktion als Direktor für Auswärtige Beziehungen des Globalen Fonds meint. Dafür bedürfe es seiner Meinung nach des permanenten öffentlichen Drucks, ohne den die Politiker, insbesondere der Industrienationen, die erforderlichen Mittel nicht zur Verfügung stellen.¹⁶⁴

¹⁶¹ Vgl. Grill (2004)

¹⁶² Zitiert nach Grill (2006)

¹⁶³ Vgl. UNAIDS (2006:11)

¹⁶⁴ Vgl. Benn (2006:4)

Wäre es möglich, die vorhandenen Behandlungs- und Präventionsmethoden durch ausreichende Finanzierung umzusetzen, so ließen sich nach Angaben von WHO und UNAIDS 29 Millionen Neuinfektionen bis 2020 verhindern.¹⁶⁵

¹⁶⁵ Vgl. UNAIDS/WHO (2006:11)

5 Handlungsansätze der Ethik

Wie im vorangehenden Kapitel aufgezeigt wurde, sind trotz zahlreicher Beispiele einer vorbildlichen Fürsorgearbeit, dem flächendeckenden Erfolg der AIDS-Bekämpfung im südlichen Afrika aufgrund finanzieller Engpässe, einem ungerechten Welthandelsabkommen und einer Präventionsarbeit, die die strukturellen Ursachen der HIV-Übertragung nicht ausreichend berücksichtigt, die Hände gebunden. Nach Zukunftsprojektionen von UNAIDS wird die Weltgemeinschaft mit den gegenwärtigen Anstrengungen das Ausbreitungstempo von HIV/AIDS nicht drosseln können. So beruht das negativste von drei Zukunftsszenarien der UN-Organisation auf der Annahme, dass der Kampf gegen AIDS so weitergehen wird wie bisher. Im Falle dieser Prognose von 2005 wäre bis 2025 mit 66 Millionen Toten und mit 27 Millionen AIDS-Waisen zu rechnen.¹⁶⁶

Angesichts dieser Aussichten ist ein Neuaufbruch vonnöten, indem an die Verantwortung der Menschheit appelliert wird und der zu einem entschlossenen Handeln zugunsten der unzähligen Betroffenen und Gefährdeten führt. Können Ansätze der Ethik Gründe dafür liefern, diese Verantwortung zu übernehmen? Können sie darüber hinaus Prinzipien darstellen, wie ein ethisch richtiges Handeln auszusehen hätte? Im Folgenden werden zunächst jeweils die Grundzüge des Utilitarismus als Vertreter der Teleologie, der Kantischen Ethik als Vertreter der Deontologie und schließlich der Tugendethik, als einem dritten Ethiktyp skizziert und anschließend bezüglich der aufgeworfenen Fragen auf ihren Antwortgehalt untersucht.

5.1 Teleologische Ethik

Teleologische Ansätze in der Ethik sagen aus, dass allein die Folgen unseres Tuns dafür entscheidend sind, ob unsere Handlung moralisch richtig oder falsch ist. Eine Handlung ist somit von sich aus neutral und gewinnt ihre moralische Qualität erst und allein durch ihre Konsequenzen (Konsequentialismus). Sind die Folgen gut, so ist auch die Handlung moralisch richtig. Sind dagegen die Folgen schlecht, so ist auch die Handlung moralisch falsch. Der teleologischen Ethik zufolge ist also diejenige Handlungsalternative zu wählen, aus der mehr gute als schlechte Folgen resultieren. Der Utilitarismus als klassischer Vertreter der teleologischen

¹⁶⁶ Vgl. UNAIDS (2005:190ff)

Ethik wird im Folgenden auf seine Handlungs begründung gegenüber HIV und AIDS untersucht und im Anschluss daran einer Kritik unterzogen.

5.1.1 Utilitarismus

Der Utilitarismus bezeichnet verschiedene Moraltheorien, die im zuvor erläuterten konsequentialistischen Sinne, Handlungen nach der Maximierung des Glücks und der Minimierung des Leidens bewerten. Er empfiehlt eine Grundorientierung am Guten, als dem grundlegenden Kriterium zur Bewertung menschlichen Handelns und zur Formulierung dessen, was als ethisch richtig angesehen werden muss. Die moralische Qualität von Handlungen hängt also entscheidend von ihrem Beitrag zum allgemeinen Wohlergehen ab, wie auch Wils und Hübenthal zusammenfassen: „Im Gegensatz zu einer ökonomisch rationalen Förderung des jeweiligen individuellen Nutzens, gilt im Utilitarismus das Prinzip der Maximierung des Gesamtnutzens aller von einer Handlung Betroffenen.“¹⁶⁷

Den gleichen Zusammenhang formulierte der populärste Vertreter des Utilitarismus Bentham noch prägnanter als Grundprinzip: „Das größte Glück der größten Zahl“.¹⁶⁸ Handlungen sind also nur dann als gut einzustufen, wenn ihre Konsequenzen zu einem Überschuss guter anstatt schlechter Folgen führen und das Wohl der Mehrheit verbessert.

Im gängigen Diskurs der utilitaristischen Ethik wird dabei traditionell zwischen zwei Ausprägungen unterschieden: der klassische Handlungsutilitarismus bewertet diejenigen Handlungen als gut, deren Folgen das größtmögliche Glück zu Tage fördern. Der Regelutilitarismus dagegen definiert diejenigen Regeln als gut, die mit relativer Sicherheit ein Übermaß guter gegenüber schlechter Folgen nach sich ziehen.¹⁶⁹

Die unterschiedlichen utilitaristischen Ansätze seien sich nach Meinung von Wils und Hübenthal aber darin einig, dass die Universalität und die Unparteilichkeit der ethischen Forderungen dadurch garantiert werden müsse, dass alle von den Folgen einer Handlung Betroffenen im gleichen Maße zu berücksichtigen seien. Besondere soziale Beziehungen, beispielsweise zwischen dem Handelnden und seinen Angehörigen dürften, keinen Unterschied machen, noch dürften zeitlich später

¹⁶⁷ Wils/Hübenthal (2005:388)

¹⁶⁸ Pauer-Studer (2003:33)

¹⁶⁹ Vgl. Pauer-Studer (2003:38ff)

eintretende Wirkungen gegenüber Naheffekten als weniger relevant angesehen werden.¹⁷⁰

5.1.2 Utilitarismuskritik

Nach Darstellung der Grundzüge des Utilitarismus werden nun die Vorzüge und Nachteile des utilitaristischen Handelns betrachtet.

Für den Rückgriff auf den Utilitarismus sprechen seine Einfachheit, die Orientierung an empirischen Gegebenheiten und die Interessenberücksichtigung des Gemeinwohls. Andererseits erwächst aus diesem Vorteil aber auch ein großer Nachteil. Denn der Anspruch in unserem gefüllten Alltag, sämtliche Handlungen nach ihrem Nutzenwert zu beurteilen, lässt sich, von Seiten der Realität gesehen, als schwer praktikabel bezeichnen. Die Folgen einer konkreten Handlung dehnen sich in Raum und Zeit aus, weil jede Folge weitere Wirkungen nach sich zieht. Will man gemäß dem Utilitarismus aber sämtliche Folgen in die moralische Entscheidung einbeziehen, so grenzt dies an Unmöglichkeit.

Ein weiterer Nachteil erwächst aus dem ursprünglichen Verständnis als „Nutzensummenutilitarismus“¹⁷¹, der die Maximierung der Gesamtheit des Nutzens, ungeachtet seiner gerechten Verteilung auf die Gesellschaftsmitglieder, als Kriterium für moralisches Handeln ansieht. So werden Utilitaristen durchaus den Konditionen für die Verteilung von ARV-Medikamenten in einem Land zustimmen und diese für moralisch richtig erklären, wenn dadurch die Summe der erreichten Bedürftigen größer wird als zuvor. Ob jedoch alle Individuen zu gerechten Teilen von der Therapie profitieren und eine positive Nutzenbilanz aufweisen, ist für den Utilitaristen völlig unerheblich. Entscheidend bleibt die Erhöhung des Gesamtnutzens. Utilitaristisches Denken bedeutet also, die individuellen Interessen jedes Einzelnen den Interessen der Gesellschaft unterzuordnen. Die Würde des einzelnen Menschen ist folglich ein Begriff, der sich im Rahmen des Utilitarismus nur indirekt begründen lässt. So kommen Wils und Hübenthal in ihren Ausführungen zum Schluss: „Der Utilitarismus ist in all seinen prominenten

¹⁷⁰ Vgl. Wils/Hübenthal (2005:389f)

¹⁷¹ Der von Utilitaristen aufgrund dieser Kritik ins Leben gerufene „Durchschnittsnutzenutilitarismus“ verfolgt das Ziel den individuellen Nutzen zu maximieren und Nutzenqualität durch Nutzenquantität zu ersetzen. Diese Konzeption erlaubt auch die Aspekte von Gleichheit und Gerechtigkeit zu integrieren. Vgl. Wils/Hübenthal (2005:388)

Versionen anti-anthropozentrisch, d.h. er kann dem Menschen als solchen keinen besonderen Status zuerkennen.“¹⁷²

Es kann also durchaus möglich sein, dass der Utilitarismus Leid und Glück von Tieren höher bewertet als von Menschen. Spezielle Bindungen zu Individuen, die uns zu einer besonderen Berücksichtigung von deren Interessen verpflichten, werden ebenso ausgeschlossen.

Eine massive Kritik betrifft auch die Tatsache, dass der Utilitarismus keine Erklärung für die Kategorie der moralischen Rechte findet, also beispielsweise der Menschenrechte, die mittlerweile in einer Vielzahl internationaler Dokumente festgeschrieben sind und die gesellschaftlichen Auseinandersetzungen prägen. Der Utilitarismus blendet die Menschenrechte zwar nicht völlig aus, aber ordnet sie der Kategorie Glück unter. Rechte werden stattdessen aus dem Grund der Nützlichkeit eingeräumt. Eine solche Einordnung verkennt aber den Kern moralischer Rechte die Ansprüche von Menschen als Menschen um ihrer selbst willen zu akzeptieren.

So ist beispielsweise ein Vater im Krankheitsstadium AIDS ohne Zugangsmöglichkeiten zu lebensverlängernden ARV-Medikamenten zumindest darauf angewiesen, dass Pflegemaßnahmen und lindernde Medikamente die auftretenden opportunistischen Krankheiten eindämmen. Dafür entstehen hohe Kosten, die die Ersparnisse aufzehren, die vier Kinder der Familie zwingen von der Schule fern zu bleiben, ihre Mutter bei der Pflege und beim Verdienen von Geld zu unterstützen und sich so mitunter selbst dem HIV-Risiko auszusetzen. Die strikte Auslegung des Utilitarismus würde die Pflege des Vaters also nicht befürworten, vielmehr durch aktives Zutun den Zeitraum der Pflege und letztlich das Leben dieses Mannes sogar noch verkürzen, da das Glück von fünf Menschen höher bewertet wird, als das eines Einzelnen, das ohnehin nur noch begrenzt ist. So wird das grundlegende Menschenrecht auf Leben außer Kraft gesetzt, wenn eine Verletzung dieses Grundsatzes ein Übermaß an guten gegenüber schlechten Folgen hervorruft und somit eine Nutzensteigerung erzielt.

5.2 Deontologische Ethik

Nach der exemplarischen Betrachtung des Utilitarismus als Vertreter der Teleologie, wird daran anschließend die Deontologie als zweite große Ethikschule auf

¹⁷² Wils/Hübenthal (2005:392)

ihre Handlungsbegründung gegenüber der HIV/AIDS-Problematik untersucht. Deontologischen Ethiken zufolge ist das ethisch richtige Handeln im Gegensatz zu den Ansätzen der Teleologie unabhängig von den damit verbundenen Folgen. Grundidee der Deontologie ist es, eine konkrete Handlung ethisch zu bewerten, indem man sie auf ausgezeichnete intendierte Handlungstypen bezieht. Quante zufolge zeichnen sich diese Handlungstypen dadurch aus, dass sie intrinsisch ethisch geboten oder ethisch verboten seien.¹⁷³ Die Wahrheit muss allein deshalb gesagt werden, weil die Wahrhaftigkeit an sich einen wichtigen Wert darstellt, auch da, wo unangenehme Konsequenzen damit einhergehen. Sollensforderungen in Form von Ge- oder Verboten sind in der Deontologie dabei die Grundformen der Ethik.

Um einen genaueren Blick auf die Vor- und Nachteile dieser Ethik werfen zu können, wird im Folgenden die Kantische Ethik als ihre klassische Variante betrachtet.

5.2.1 Kantische Ethik

Die normative Ethik Kants wird allgemein als die erste Konzeption philosophischer Ethik angesehen, die im derzeit gebräuchlichen Sinne als deontologisch zu bezeichnen ist.¹⁷⁴

Im Gegensatz zum Utilitarismus sind Handlungen für Kant aus sich heraus moralisch gut oder schlecht, ganz unabhängig von ihren Folgen. Seiner Ansicht nach ruhe die Moral nur dann auf einer sicheren Grundlage, wenn sie gerade nicht an empirische Momente und Zufälligkeiten anknüpfe.¹⁷⁵ Demnach seien moralische Normen nicht mit dem Argument zu begründen, dass ihre Anerkennung dem Erreichen eines bestimmten Ziels, etwa dem eines allgemeinen Wohlergehens, dienlich sei, wie es im Gegensatz dazu der Utilitarismus tut. Die Verpflichtung zu einem bestimmten Tun ergebe sich stattdessen aus der Einsicht in die Korrektheit des Prinzips, das der Handlung zugrunde liege.¹⁷⁶

Mit dem in der Vernunft verankerten kategorischen Imperativ formulierte Kant ein Kriterium, das zur Überprüfung der Moralität einer Handlung dienen soll. Im

¹⁷³ Intrinsisch bedeutet dabei, dass diese ethische Qualität dem fraglichen Handlungstyp ungeachtet der Konsequenzen zukommt, die durch die Ausführung einer solchermaßen verbotenen Handlung entstehen. Vgl. Quante (2003:131)

¹⁷⁴ Vgl. Wils/Hübenthal (2005:43)

¹⁷⁵ Vgl. Pauer-Stauder (2003:9)

¹⁷⁶ Vgl. Ebd.

Unterschied zu hypothetischen Imperativen der Form: „Wenn Du X willst, dann tue Y“, die nur eine Handlungsanleitung darstellen, um ein bestimmtes gewünschtes Ziel zu erreichen, ist Kants kategorischer Imperativ der Form: „Tu Y“ durch die unbedingte Notwendigkeit des moralischen Sollens gekennzeichnet.

Moralische Gebote sind für Kant kategorische Imperative, die ausnahmslos und unbedingt gelten. Die Moral dürfe seiner Meinung nach nicht auf Zweck-Mittel-Überlegungen reduziert werden.¹⁷⁷ So heißt es in seinem Werk der *Kritik der praktischen Vernunft*: „Handle so, dass die Maxime deines Willens jederzeit zugleich als Prinzip einer allgemeinen Gesetzgebung gelten könne.“¹⁷⁸ Demnach sind nur diejenigen Handlungen moralisch richtig, die auf Basis dieses Prinzips geschehen und sich deren Maxime folglich problemlos verallgemeinern lassen. Das moralisch Gebotene muss allein um seiner selbst willen getan werden und diese Gesinnung darf durch keinerlei Nützlichkeitsabwägungen getrübt werden. Nützlichkeitsabwägungen stehen der Tatsache entgegen, dass es im Moralischen letztlich um etwas gehen muss, das einen Wert an sich hat.

In der zweiten Version des kategorischen Imperativs findet man zusätzlich die Idee, dass der Mensch als Person ein Wesen ist, das niemals für andere Zwecke instrumentalisiert werden dürfe: „Handle so, dass du die Menschheit, sowohl in deiner Person als in der Person eines jeden anderen, jederzeit zugleich als Zweck, niemals bloß als Mittel brauchst.“¹⁷⁹ An anderer Stelle bringt er mit dieser Idee den Begriff der Menschenwürde in Zusammenhang: „Im Reich der Zwecke hat alles entweder einen Preis oder eine Würde (...)“¹⁸⁰ Der positive Aspekt des Prinzips, andere als Zweck an sich zu behandeln, liegt darin, den inneren Wert und die Würde anderer Personen anzuerkennen. Es bedeutet, nach Maximen zu handeln, deren Zwecke andere teilen können, und vor allem nach Maximen zu handeln, die auch die Bestrebungen der anderen Person und deren Glück fördern.

5.2.2 Kantkritik

Ob die ethische Handlungsbegründung Kants eine geeignete Konzeption gegenüber HIV/AIDS darstellt, wird nun im Folgenden durch die Betrachtung von Vor- und Nachteilen abgewogen.

¹⁷⁷ Vgl. Pauer-Studer (2003:10)

¹⁷⁸ Kant (1974b:30)

¹⁷⁹ Ebd. (1974a:67)

¹⁸⁰ Ebd. (1974a:77)

Ein bekannter Einwand gegen die kantische Ethik lautet, dass sie Elemente menschlichen Wollens wie Neigungen, Gefühle, Empfindungen und Begehren vernachlässigt. Eine Moraltheorie, die die Pflicht als einzigen Beweggrund des moralisch angemessenen Verhaltens betrachte, könne die Moral nach Ansicht Pauer-Studers in persönlichen, menschlichen Beziehungen nicht angemessen bestimmen. Vielmehr seien unsere Handlungen ihrer Meinung nach oft von einer direkten Sorge um das Wohl der anderen Personen und nicht von Pflichten motiviert, insbesondere im Kontext persönlicher Beziehungen von Verwandtschaft und Freundschaft.¹⁸¹

Auch in Bezug auf die bereits in der Utilitarismuskritik betrachtete exemplarische Situation eines an AIDS erkrankten Ehemanns und Vaters, werden maßgeblich Empathie und Fürsorglichkeit das Handeln seiner Familie bestimmen und nicht allein das Motiv der Pflicht. Ehefrau und Kinder würden den speziellen moralischen Verpflichtungen einer Familie nicht gerecht werden, wenn sie zwar mit Betroffenheit reagieren, aber dem kranken Vater verdeutlichen würden, dass die ihm zugute kommende Fürsorge nur aus Pflichterfüllung geschieht. Stattdessen braucht er nichts mehr als eine liebende Familie, die ihm in seinen letzten Lebensmonaten zur Seite steht.

Kritisieren lässt sich an der kantischen Ethik auch die Ausblendung der Handlungsfolgen. Diese ist zum einen völlig unrealistisch, zum anderen blendet sie die Verantwortung des Handelnden für die Folgen aus. So kann ein Pharmakonzern sich durchaus aus Einsicht in die Korrektheit des kategorischen Imperativs dazu moralisch veranlasst sehen, auf seine Patentrechte zu bestehen. Denn die immensen Forschungskosten, die der Konzern über Jahre investieren musste, geben ihm das gute Recht, zunächst die Kosten zu decken um neue Forschungsvorstöße finanzieren zu können. Berücksichtigt er aber nicht die Folge, dass dadurch für ärmere Menschen finanzierbare Generika nicht hergestellt und Menschen trotz weltweit vorhandener Therapie frühzeitig sterben, so stellt die Ausblendung der Handlungsfolgen tödliche und ethisch nicht hinnehmbare Konsequenzen dar.

5.3 Ein dritter Ethiktyp

Auf Grundlage der Differenzierung zwischen teleologischen Ethiken, die das ethisch Richtige in Abhängigkeit vom ethisch Guten definieren und deontologi-

¹⁸¹ Vgl. Pauer-Studer (2003:26)

schen Ethiken, die das ethisch Gute in Abhängigkeit vom ethischen Richtigen deuten, gibt es nach Ausführungen Quantes Ethikkonzeptionen, in denen diese Unterscheidung noch nicht deutlich herausgearbeitet wurde.¹⁸²

Die im Folgenden dargestellte Tugendethik stellt den prominentesten Vertreter dieses dritten Ethiktyps dar, der sich, da er auf die Folgen unseres Handelns abzielt, einerseits von der Deontologie unterscheidet. Da sie aber auch nicht auf die Maximierung quantifizierbarer außermoralischer Werte abzielt, unterscheidet sich die Tugendethik andererseits auch von der Teleologie. Wie auch bei den beiden vorangehenden Abschnitten erfolgen zunächst eine Darstellung der ethischen Grundzüge und anschließend eine Kritik.

5.3.1 Tugendethik

Dem Eindruck der Tugendethiker nach, hätten sowohl teleologische als auch deontologische Ethiken als so genannte „Prinzipienethiken“ den wesentlichen Kern der Ethik aus dem Blick verloren, den Quante grundlegend als „Orientierung des Handelnden bei der Aufgabe ein gutes Leben zu führen“¹⁸³ beschreibt.

Auf dem Weg zu einem guten Leben, als dem Ziel ethischen Denkens und Nachdenkens, leisten dem Ansatz der Tugendethik zufolge vielmehr Tugenden eine geeignete Hilfestellung: „Das Gesollte wird über die Handlungsweisen der tugendhaften Person bestimmt.“¹⁸⁴ Die Tugenden, die man als Kriterien heranzieht, sind relevant, weil sie als diejenigen Charaktermerkmale angesehen werden, die zur Erlangung und Führung eines guten Lebens notwendig sind. Die Frage nach der richtigen Handlungsalternative, wird schließlich dann zur Frage danach, welche Handlung Ausdruck eines guten Charakters ist bzw. einen guten Charakter hervorbringt. So stellt die Tugendethik die Frage danach in den Mittelpunkt, wie eine Person sein soll, um gut zu sein, anstatt der Frage, was ich tun soll, die die Prinzipienethiken favorisieren.¹⁸⁵

Die Grundorientierung besteht also in der Ausrichtung auf das Gute, in Form eines gelingenden individuellen Lebens und nicht in Form einer utilitaristischen Nutzenmaximierung. Bei der Tugend geht es dagegen nicht um das moralische Müssen, sondern um das eigene ethische Wollen: um die innere Identifikation

¹⁸² Vgl. Quante (2003:138)

¹⁸³ Quante (2003:138)

¹⁸⁴ Pauer-Studer (2003:70)

¹⁸⁵ Vgl. Quante (2003:139)

eines Menschen mit einem Wert und um das Bemühen, in der Verwirklichung dieses Wertes eine größtmögliche Vollkommenheit zu erlangen.

Die Vorstellung eines tugendhaften Charakters dürfe aber nicht in einem neuzeitlichen individualistischen Sinne verstanden werden, denn auch der Einsatz für das soziale Gemeinwesen zähle nach Ansicht der Tugendethik zu den wesentlichen Dimensionen des guten Lebens.¹⁸⁶

5.3.2 Kritik an der Tugendethik

Die ethische Orientierung der Tugendethik bleibt nahe an der Perspektive der individuellen Lebensführung und hilft damit zu vermeiden, dass unsere alltägliche selbstverständliche ethische Praxis, nach der wir zumeist handeln, verengt wird. Da viele Handlungen unter der Perspektive betrachtet werden können, welchen Beitrag sie zu einem guten Leben leisten, wird der inhaltliche Bereich des Bewertbaren gegenüber der deontologischen Ethik, die nur ethisch relevante Handlungstypen in Betracht zieht, ausgeweitet. Die Tugendethik trägt somit der Tatsache Rechnung, dass wir im Alltag zumeist Personen bewerten und nicht nur Handlungstypen oder Handlungsfolgen. So stehen in der AIDS-Debatte die Folgen des Handelns nicht nur der Pharmakonzerne oder der Regierungen Afrikas in der Diskussion, sondern auch die Personengruppe der Ehemänner, die einen maßgeblichen Beitrag zur Virusverbreitung leisten.

Es erscheint allerdings wenig sinnvoll, die Tugendethik als einzig wahre Alternative zu den beiden anderen ethischen Ansätzen darzustellen, denn die Frage, welche Person ich sein möchte oder sein soll, lässt sich nicht scharf abgrenzen von der Frage, was ich tun soll.¹⁸⁷ Personale Identität von Menschen drückt sich immer im Handeln aus. Die Konzentration auf Tugenden hilft zwar bei der Ausprägung moralischer Sensibilität und situationsgerechter Wahrnehmung, aber die Frage danach, wie eine tugendhafte Person handeln würde, liefert keine ausreichende Begründung für die Bestimmung des Guten. Es mangelt an einer Begründung, nach welchen Überlegungen und Richtlinien eine tugendhafte Person Entscheidungen treffen sollte.¹⁸⁸

Da außerdem die faktische Erreichung des Ziels eines guten Lebens auch von Umständen abhängt, die nicht in der Macht des Handelnden selbst liegen, können

¹⁸⁶ Vgl. Quante (2003:139)

¹⁸⁷ Vgl. Ebd.

¹⁸⁸ Vgl. Ebd.

der Erwerb und die Ausübung der Tugenden selbst nicht hinreichend dafür sein, die angestrebte Absicht zu erreichen.¹⁸⁹

5.4 Bilanz der philosophisch-ethischen Analyse

In den vorangehenden Abschnitten dieses fünften Kapitels wurden drei ethische Konzeptionen auf ihre Eignung als Handlungsbegründung gegenüber der HIV/AIDS-Problematik untersucht. Vorzüge der verschiedenen Ansätze traten genauso zum Vorschein, wie Handlungs- und Entscheidungslücken. Eine kurze Bilanz wird im Folgenden die wichtigsten Vor- und Nachteile, aber auch die Gemeinsamkeiten der Ansätze betrachten.

Wie bereits der jeweiligen Kritik der einzelnen Theorien dieses Kapitels zu entnehmen war, stellen alle drei einzeln betrachteten ethischen Ansätze, in Anbetracht der zahlreichen individual- und sozialetischen Herausforderungen von HIV und AIDS, keine ausreichende Antwort dar. Da die Konzentration auf die Nutzenmaximierung zu moralisch nicht hinnehmbaren Ergebnissen führt, ist es sinnvoll, das vom Utilitarismus anvisierte allgemeine Wohlergehen nur als allgemeine Zielvorstellung zu verstehen, anstatt als regulativen Standard moralischer Bestrebungen. Die Vernachlässigung der Konsequenzen einer Handlung lässt schließlich die kantische Ethik an ihre Grenzen stoßen, während ihre wesentliche Idee aber, dass die Moral das Wohlergehen der Menschen aufgrund von Rechten und Würde zu fördern hat, eine Richtschnur liefert, die der Tugendethik fehlt.

Betrachtet man bilanzierend die vorgestellten Ansätze auf die Frage hin, welcher Aspekt einer konkreten Handlung in den Mittelpunkt gestellt wird, wenn man diese Handlung im Licht des ethisch Richtigen bewerten wollte, so weichen die Antworten erheblich voneinander ab. Mit der Betrachtung der ethisch relevanten Handlungstypen, der Folgen dieser Handlung und dem Charakter des Handelnden, der durch diese Handlung geformt wird, richtet jeder der drei Ethiktypen seinen jeweils eigenen Fokus auf unterschiedliche Schwerpunkte.

In allen Ansätzen findet sich aber immer die Gemeinsamkeit des Sollens wieder, dahingehend, dass etwas zu tun angemessen sei, weil etwas zu unterlassen moralisch schlecht wäre. Die jeweiligen Unterschiede des Sollens, die zwischen Utilitarismus, kantischer Ethik und Tugendethik auszumachen sind, treten nur

¹⁸⁹ Vgl. Quante (2003:139)

unter Bedachtnahme auf das jeweilige zentrale Prinzip der Ethik zu Tage. So verpflichtet uns der Utilitarismus, nach dem Prinzip der Nutzenmaximierung zu handeln, das Sollen in der kantischen Ethik verlangt eine Orientierung am kategorischen Imperativ, und das Sollen der Tugendethik fordert, in Übereinstimmung mit ausgezeichneten Einstellungen und Haltungen, als Elemente eines guten Lebens, zu handeln.

Auf gemeinsamer Basis dieses Sollens, als grundlegendem gemeinsamem Handlungsprinzip aller drei Ansätzen, zeigt die Darstellung, dass nur eine integrative Ethik, die die Vorzüge aller drei Ansätze in sich vereint und die Defizite kompensiert, in der Lage sein wird, eine geeignete Antwort auf die HIV/AIDS-Problematik zu geben.

6 Handlungsprinzipien christlicher Sozialethik

Mit dem unterschiedlich ausgestalteten Auftrag des Sollens, benennen die im vorangehenden Kapitel dargestellten ethischen Ansätze deutlich die ethische Verantwortung, die auch angesichts der HIV/AIDS-Pandemie vonnöten ist. Wie die Bilanz aber aufzeigte, benennen die jeweiligen Maxime der drei ethischen Ansätze zwar notwendige, aber für sich alleine gesehen keine hinreichenden Prinzipien, um der Problematik in ihrem Ganzen zu begegnen.

Auch die christliche Sozialethik benennt Prinzipien, um eine Zielrichtung ethisch richtigen Handelns vorzugeben. Kennzeichen dieser Prinzipien sei nach Ansicht von Marx und Wulsdorf der ihnen zugrunde liegende universelle Geltungsanspruch, der jenseits von Herkunft, Sitte, Religion und Kultur rational einholbar und sowohl mit dem kritischen Naturrecht als auch mit biblischen Optionen vereinbar sei.¹⁹⁰

Sind die sozialetischen Prinzipien nun in der Lage eine hinreichende Zielperspektive ethischen Handelns zu formulieren? Im Folgenden werden die vier klassischen sozialetischen Prinzipien Personalität, Gerechtigkeit, Solidarität und Subsidiarität zunächst skizziert und in einer anschließenden Bilanz gemeinsam auf ihren Handlungsnutzen gegenüber der Pandemie untersucht.¹⁹¹

6.1 Personalität

Das Personalitätsprinzip steht an erster und gleichzeitig auch an letzter Stelle der christlichen Sozialethik. Zum einen soll das Verständnis eines jeden Menschen als Person der Ausgangspunkt jeglichen ethischen Handelns sein. Zum anderen soll ethisches Handeln fortwährend das Ziel verfolgen, den Menschen in seiner Würde wahrzunehmen. Im ersten Abschnitt dieses sechsten Kapitels werden nun die Bedeutung und die Begründung des Personalitätsprinzips dargestellt.

Da sich aus dem menschlichen Sein allein noch kein normatives Sollen ableiten lässt, bilden erst die ihm als personales Wesen zukommende unverfügbare Freiheit und einzigartige Würde den Kern der christlichen Prinzipienethik.¹⁹² Das

¹⁹⁰ Vgl. Marx/Wulsdorf (2002:148)

¹⁹¹ In der Christlichen Sozialethik besteht allerdings gegenwärtig keine Einigkeit über den Prinzipienkanon. Während Personalität, Gerechtigkeit, Solidarität und Subsidiarität in allen Sozialethiken zum Kernbestandteil des Prinzipientrakates zählen, hat sich das Prinzip der Nachhaltigkeit als gleichwertiges Prinzip noch nicht überall durchzusetzen können. Vgl. Marx/Wulsdorf (2002:151ff)

¹⁹² Vgl. Anzenbacher (1997:184)

Personenverständnis des Menschen besagt, dass im gesellschaftlichen Leben immer und überall der Tatsache Rechnung getragen werden muss, dass der Mensch eine Person ist, der Würde zusteht. Ziel jeglichen ethischen Handelns soll es sein, diese unantastbare Würde der menschlichen Person zu achten, zu schützen und zu fördern.

Die christliche Sozialethik weiß sich aufgrund dieser Aussagen einem genuin anthropologischen Ansatz verpflichtet, der sowohl theologischen Erkenntnissen über den Menschen als auch dem philosophischen Personenverständnis sehr nahe steht. Seitens der Theologie wird dabei das Personalitätsprinzip durch die menschliche Gottesebenbildlichkeit begründet.¹⁹³ Von Seiten der Philosophie wird die Sonderstellung des Menschen in der Kategorie der Person festgemacht, die er dadurch erlangt, dass er die Welt im Gegensatz zu Tieren frei auslegen und entwerfen kann und nicht auf seine Umwelt begrenzt ist.¹⁹⁴

Die Tragweite des Personalitätsprinzips, die sich aus dem menschlichen Personsein schließen lässt, brachte Johannes XXIII. in der Enzyklika *Mater et magistra* 1961 folgendermaßen zum Ausdruck:

„Nach dem obersten Grundsatz dieser Lehre muss der Mensch Träger, Schöpfer und das Ziel aller gesellschaftlichen Einrichtungen sein. Dieses oberste Prinzip trägt und schützt die unantastbare Würde der menschlichen Person.“¹⁹⁵

Das Zweite Vatikanische Konzil präzierte darüber hinaus noch einmal die unumstößliche Rangfolge des Wohls der Menschen vor der Gesellschaftsordnung, denn „(...) die Ordnung der Dinge muss der Ordnung der Personen dienstbar werden und nicht umgekehrt.“¹⁹⁶ Erster Maßstab jeglicher Gesellschaftsordnung ist demzufolge also der Mensch selbst in seiner Person. Aus diesem Grund heraus haben sämtliche Institutionen und Organisationen aus sich heraus keine Legitimation, sondern gewinnen diese erst und nur dadurch, dass sie im Dienst des Menschen stehen und jedem Einzelnen zu seiner vollen Entfaltung verhelfen.

Das Personalitätsprinzip bedeutet zu guter letzt aber auch, dass ein Mensch nur in der Beziehung zu anderen Menschen zu seinem wahren Selbst finden kann. Ein Zusammenhang den Marx und Wulsdorf wie folgt formulieren: „Das Mitsein ist

¹⁹³ Vgl. Marx/Wulsdorf (2002:154f)

¹⁹⁴ Vgl. Ebd.

¹⁹⁵ MM (1961:219)

eine dem menschlichen Dasein gleichursprüngliche Wesensbestimmung.“¹⁹⁷ Ein Zusammenhang, der in der afrikanischen Lebensphilosophie kurz mit *Ubuntu* bezeichnet wird und ausdrückt, dass jemand erst durch die Beziehung zu anderen selbst zum Menschen werde.¹⁹⁸

6.2 Gerechtigkeit

Personalität ist nicht das einzige Prinzip, das sozialetisches Denken und Handeln charakterisiert. Durch die in den drei folgenden Abschnitten dieses Kapitels vorgestellten Grundsätze der Sozialethik wird versucht, das Personalitätsprinzip im Blick auf die Gesellschaft zu präzisieren. Der Gerechtigkeit kommt dabei eine besondere Bedeutung zu, denn „Personsein kann sozial nur verwirklicht werden, wenn die Gesellschaft auf Gerechtigkeit fußt.“¹⁹⁹ Aufgrund dessen soll das Gerechtigkeitsprinzip in den weiteren Ausführungen als erstes in ihrer Bedeutung und Begründung im Verständnis christlicher Sozialethik dargestellt werden.

Gerechtigkeit ist ein grundlegendes Prinzip und somit sowohl zentrales Handlungskriterium der Sozialethik als auch zentrales Bewertungskriterium von gesellschaftlichen Gegebenheiten, Institutionen, Strukturen und Ordnungen.²⁰⁰

Auf der Suche nach biblischen Aspekten der Gerechtigkeitsforderung wird man im Alten Testament durchwegs in der Geschichte Israels fündig, dessen Weg als ein Ringen um die Verwirklichung von Gerechtigkeit bzw. um die Herstellung und Wahrung lebensfreundlicher Verhältnisse verstanden werden kann. Im Neuen Testament wird Gerechtigkeit zu einem Schlüsselbegriff in der Verkündigung Jesu, was in programmatischer Weise in der Gerechtigkeit fordernden Bergpredigt deutlich wird.²⁰¹ Gerechtigkeit charakterisiert nach Meinung des Evangelisten Matthäus das Verhalten derer, die in der Nachfolge Jesu leben und das durch Jesus ausgelegte Gesetz befolgen, dessen Dreh- und Angelpunkt die Goldene Regel ist: „Alles was ihr also von anderen erwartet, das tut auch ihnen.“²⁰² Die

¹⁹⁶ GS (1965:26)

¹⁹⁷ Marx/Wulsdorf (2002:155)

¹⁹⁸ *Ubuntu* (englisch: *humaness* oder *personhood*) kommt aus den Sprachen der Zulu und der Xhosa und ist eine Grundhaltung, die Menschsein und Gemeinsinn reziprok miteinander verbindet und das Streben nach einer menschenwürdigen Gesellschaft unterstützt. Vgl. Tutu (2005)

¹⁹⁹ Marx/Wulsdorf (2002:151)

²⁰⁰ Die Positionierung der Gerechtigkeitsforderung als unbedingter Grundsatz gesellschaftlichen Handelns ist in der christlichen Sozialethik allerdings umstritten. Gleichzeitig wird das Verhältnis von Gerechtigkeit gegenüber der Prinzipientrias Personalität, Solidarität und Subsidiarität nicht einheitlich beantwortet. Unbestritten ist lediglich die Tatsache, dass die Gerechtigkeitsforderung eine grundlegende Rolle in der Sozialethik spielt. Vgl. Marx/Wulsdorf (2002:156f)

²⁰¹ Vgl. Mt 5,1-7,29

²⁰² Mt 7,12

entscheidende Forderung bei Matthäus lautet: „Euch aber muss es zuerst um sein Reich und um seine Gerechtigkeit gehen, dann wird euch alles andere dazugegeben.“²⁰³ Gerechtigkeit soll der christlichen Ethik nach also im Mittelpunkt jeglichen Handelns stehen. Deutlich zum Ausdruck kommt dies auch in den Worten Jesus zum Weltgericht, in denen er zunächst die Gerechten für ihre Taten lobt und ihnen das Himmelreich eröffnet. Anschließend die Ungerechten aber beschuldigt, nichts für die Hungrigen, Durstigen und Kranken und somit auch für Gott nichts getan zu haben.²⁰⁴

Auf der Suche nach philosophischen Aspekten des Gerechtigkeitsprinzips, ist die Differenzierung von Aristoteles von grundlegender Bedeutung: Die legale Gerechtigkeit regelt seinem Verständnis nach grundlegend sowohl das Verhältnis der Bürger zum Staat als auch unter den Bürgern. Der Staat ist dabei Garant für das gute Leben und für die Entfaltung des Menschen als Person. Die austeilende Gerechtigkeit regelt in umgekehrter Reihenfolge die Beziehungen des Staates zu den Bürgern und die korrektive Gerechtigkeit regelt zwischenmenschliche Austauschverhältnisse, um Ungleichheiten ohne staatliche Hilfe auszugleichen. Eine Konzeption, die verdeutlicht, dass Gerechtigkeit neben ihrer legitimierenden Funktion, der Verwirklichung von Gleichheit unter den Menschen zu dienen hat.

6.3 Solidarität

Das Prinzip der Gerechtigkeit lässt in gewisser Art und Weise offen, wie sie denn erreicht werden soll. Durch die beiden verbleibenden Prinzipien Solidarität und Subsidiarität wird dieser Ungenauigkeit Rechnung getragen. Sie sind als die beiden klassischen Sozialprinzipien anzusehen, die sich als Wegweiser zu einem Mehr an Gerechtigkeit verstehen. Nachfolgend wird nun in einem ersten Schritt die Bedeutung des Solidaritätsprinzips dargestellt und in einem zweiten Schritt die Kategorie des Gemeinwohl, als Präzisierung der Solidarität.

Während Gerechtigkeit eher unpersönlich ist und abstrakt erscheint, da sie niemanden unberechtigterweise bevorzugen will, bringt Solidarität eine spezifische Haltung und Verbundenheit zum Ausdruck: im allgemeinen Sprachgebrauch meint Solidarität sowohl die wechselseitige Bereitschaft oder Verpflichtung der

²⁰³ Mt 6,33

²⁰⁴ Vgl. Mt 25,40

Personen füreinander einzustehen als auch die Rückverbundenheit und Rückbezogenheit des Gesellschaftsganzen auf ihre einzelnen Mitglieder.

Über diese allgemeinen Erkenntnisse hinaus, wird durch die Sozialethik insbesondere der prinzipielle Charakter des Solidaritätsgedankens betont. Johannes Paul II. bestimmte die Solidarität als „die feste und beständige Entschlossenheit, sich für das Gemeinwohl einzusetzen, das heißt für das Wohl aller und eines jeden, weil wir alle für alle verantwortlich sind.“²⁰⁵ In diesem Verständnis wird Solidarität zu einem Handlungsgrundsatz universeller Art, der sich auf alle Menschen erstreckt und aufgrund dessen unbegrenzte Geltung beansprucht. Das Solidaritätsprinzip verpflichtet darüber hinaus zu einer Kooperation, um allen den menschenrechtlichen Status als Person zu gewährleisten und somit menschliches Dasein in der Welt zum Gelingen zu führen. Gerade darin liegt die enge Verbindung zwischen Personalität und Solidarität.

Die Kategorie des Gemeinwohls bringt in der christlichen Sozialethik im Wesentlichen das zum Ausdruck, was mit der prinzipiellen Solidaritätsforderung beabsichtigt wird. Bezeichnet wird damit innerhalb des Solidaritätsprinzips das Wohl, das den Einzelnen und das Einzelne übersteigt. Es umfasst „den Inbegriff jener gesellschaftlichen Voraussetzungen, die den Menschen die volle Entfaltung ihrer Werte ermöglichen und erleichtern.“²⁰⁶ Das Gemeinwohl begreift in sich „die Summe aller jener Bedingungen des gesellschaftlichen Lebens, die den Einzelnen, den Familien und gesellschaftlichen Gruppen ihre eigene Vervollkommnung (...) zu erreichen gestatten.“²⁰⁷ Weil das Wohl aller Einzelnen als konstitutiver Bestandteil des Gemeinwohls anzusehen ist, ist unter gleichen Umständen das Gemeinwohl dem Einzelwohl vorzuziehen.

Zur Verwirklichung bedarf das Gemeinwohl einerseits der Rechtsordnung und der Herrschaftsgewalt des Staates. Andererseits ist das Gemeinwohl die alleinige Grundnorm allen Rechts und politischen Handelns. Da die einzelnen Menschen nicht imstande seien, all das zu leisten, was zu einem menschlichen Leben dazugehöre, erfassten sie

„die Notwendigkeit einer umfassenderen Gesellschaft, in der alle täglich ihre eigenen Kräfte zusammen zur ständigen besseren Verwirklichung des Gemeinwohls einsetzen. Die politische Gemeinschaft besteht also um die-

²⁰⁵ SRS (1987:38)

²⁰⁶ MM (1961:65)

²⁰⁷ GS (1965:26)

ses Gemeinwohls willen; in ihm hat sie ihre letztgültige Rechtfertigung und ihren Sinn, aus ihm leitet sie ihr ursprüngliches Eigenrecht ab.“²⁰⁸

Sei das Gemeinwohl aber die Grundnorm allen Rechts, dann müssten sich Anzenbacher zufolge alle individuellen Rechtsansprüche auf Mittel und Chancen beziehen, die in der Verantwortung für das Wohl aller und eines jeden stünden. Subjektive Rechte seien ihm zufolge also keine dem Gemeinwohl vorgelagerten Rechte, sondern Rechte in Funktion des Gemeinwohls und darum legitimationsbedürftig. Die Option für die Armen würde dadurch ersichtlich, wenn manche Menschen nicht Teil an den ihnen zustehenden Mitteln und Chancen hätten und damit auf Ungerechtigkeiten in der Gemeinwohlverwirklichung aufmerksam machten.²⁰⁹

6.4 Subsidiarität

Als das letzte von vier Prinzipien der christlichen Sozialethik stellt das Subsidiaritätsprinzip ein grundlegendes Prinzip dar, das den Weg zu Gerechtigkeit konkretisieren will und der Entfaltung des Menschen als Person dienen soll. Wie und in welchem Umfang Subsidiarität zu diesem Ziel beitragen kann, soll die anschließende Darstellung erläutern.

Subsidiarität dient dazu, eine Brücke zu schlagen zwischen dem einzelnen Menschen und dem Anspruch auf universelle Solidarität, also zwischen menschlicher Individualität und Sozialität.²¹⁰ Die klassische Formulierung des Prinzips bezieht sich auf die Enzyklika *Quadragesimo Anno* aus dem Jahr 1931:

„Wie dasjenige, das der Einzelmensch aus eigener Initiative und mit seinen eigenen Kräften leisten kann, ihm nicht entzogen und der Gesellschaftstätigkeit zugewiesen werden darf, so verstößt es gegen die Gerechtigkeit, das, was die kleineren und untergeordneten Gemeinwesen leisten und zum guten Ende führen können, für die weitere und übergeordnete Gemeinschaft in Anspruch zu nehmen; zugleich ist es überaus nachteilig und verwirrt die ganze Gesellschaftsordnung. Jede Gesellschaftstätigkeit

²⁰⁸ GS (1965:74)

²⁰⁹ Vgl. Anzenbacher (1998:203f)

²¹⁰ Vgl. Marx/Wulsdorf (2002:184)

ist ihrem Wesen nach subsidiär; sie soll die Glieder des Sozialkörpers unterstützen, darf sie aber niemals zerschlagen oder aufsaugen.“²¹¹

Die an dieses Zitat anschließenden Ausführungen der Enzyklika machen deutlich, dass eine Vielfalt starker und lebensfähiger Sozialgebilde zwischen Einzelpersonen und Staat für sozialethisch wünschenswert gehalten werde, um Einzelpersonen nicht unmittelbar dem übermächtigen Staat auszusetzen.²¹² Darüber hinaus ist das Subsidiaritätsprinzip das sozialethische Organisationsprinzip des Gemeinwohls, weil dieses nur dann entsprechend verwirklicht werden kann, wenn die in den einzelnen Gruppen vorhandenen Energien, Kapazitäten und Möglichkeiten nicht von den Zentralinstanzen behindert oder gelähmt, sondern mobilisiert und gefördert werden.

Um dies zu gewährleisten, sind zwei Regeln von entscheidender Wichtigkeit: Das Hilfestellungsgebot bestimmt, dass die je größeren und übergeordneten Sozialgebilde im Dienst der kleineren und untergeordneten zu stehen haben: „Während also die ganze soziale Sphäre subsidiär dem Wohl der Personen dient, dient innerhalb dieser Sphäre das je übergeordnete Gemeinwesen dem je untergeordneten.“²¹³ Das Kompetenzanmaßungsverbot wendet sich dagegen, dass die soziale Sphäre den einzelnen Menschen Kompetenzen entzieht, die sie aus eigenen Kräften wahrnehmen können. Bei Kompetenzregelungskonflikten soll das Wohl der Person der ausschlaggebende Maßstab sein, demnach diejenige Kompetenzzuordnung zu wählen ist, die am ehesten dem Wohl der Personen dient, auch wenn dadurch einer übergeordneten Einheit die Kompetenz zufällt. Die beiden Prioritätsregeln führen Marx und Wulsdorf zufolge weder zu einem Patentrezept noch zu einem Allheilmittel, als vielmehr zu einer Richtlinie zur Bewältigung gesellschaftlicher Probleme, die angibt, dass einer kleineren Einheit soviel Kompetenz wie möglich, einer größeren Einheit soviel Kompetenz wie notwendig zufallen sollte. Orientierung habe man immer zu suchen am normativen Ziel des Gemeinwohls, in welchem es letztlich und entscheidend um das Wohl des einzelnen Menschen gehe.²¹⁴

²¹¹ QA (1931:79)

²¹² QA 80

²¹³ Anzenbacher (1998:213)

²¹⁴ Vgl. Marx/Wulsdorf (2002:186)

6.5 Bilanz der sozialetischen Analyse

In den Abschnitten dieses Kapitels wurde das Prinzipientraktat der christlichen Sozialethik dargestellt. Im Folgenden soll nun eine zusammenfassende Bilanz dahingehend gezogen werden, ob die vier Prinzipien gemeinsam betrachtet eine hinreichende ethische Handlungsgrundlage gegenüber der HIV/AIDS-Problematik liefern können, die die drei ethischen Ansätze vermissen ließen. Dazu werden noch einmal Bezüge zwischen dem Prinzipientraktat und den herausgestellten Vorzügen und Defiziten der ethischen Ansätze des fünften Kapitels hergestellt.

Die Vorzüge der einzelnen ethischen Ansätze, die im vorangehenden Kapitel herausgearbeitet wurden, finden sich in den sozialetischen Prinzipien wieder: die Orientierung am allgemeinen Wohlergehen des Utilitarismus lässt sich in der Gemeinwohlperspektive wieder entdecken, die Orientierung Kants am Wohlergehen der Menschen aufgrund von Würde und Rechten stimmt mit dem Personalitätsprinzip überein und die Orientierung der Tugendethik an ausgezeichneten Einstellungen als Elemente eines guten Lebens werden in Bezug auf die Tugend von Gerechtigkeit im gleichnamigen Prinzip aufgenommen.

Die Defizite der einzelnen ethischen Ansätze, die ebenfalls im vorangehenden Kapitel aufgezeigt wurden, werden in der christlichen Sozialethik insbesondere durch das Personalitätsprinzip als grundlegendem Start- und Zielpunkt jeglichen ethischen Handelns aufgefangen. So liefert der darin implizierte Verweis auf die Menschenwürde zunächst eine Richtschnur ethischen Handelns, die der Tugendethik fehlt, ein Bewertungskriterium der Handlungsfolgen, das über die utilitaristische Orientierung am allgemeinen Wohlergehen hinausgeht und als gleichzeitige Zielvorstellung einen Blick auf die Folgen einer Handlung, den die Kantische Ethik vernachlässigt. So liefern die Prinzipien der christlichen Sozialethik Argumente, um ethisches Handeln gegenüber HIV/AIDS auf Ebene der Personalität zu begründen, auf den Ebenen von Gerechtigkeit und Solidarität umzusetzen und bieten mit der Subsidiarität ein Konzept dafür, alle Ebenen der Gesellschaft in die Verantwortung zu nehmen. Die sozialetischen Handlungsprinzipien bietet somit in ihrer Gesamtheit eine umfassende ethische Handlungsgrundlage, um gegenüber dem Teufelskreis der Pandemie aktiv zu werden. Ob die Ethik allerdings auch neben dem Aufzeigen von Verantwortung eine Verpflichtung generiert, gerade diese Verantwortung zu übernehmen, bleibt zu diskutieren.²¹⁵

²¹⁵ Vgl. Einleitung von Kapitel 5

7 Die Pflicht zu handeln

Die Prinzipien der christlichen Sozialethik zeigten im vorangehenden Kapitel konkrete Bahnen auf, in denen sich eine ethische Reaktion auf die Ursachen und Folgen von HIV/AIDS bewegen muss. So bietet das Prinzipientraktat Argumente um die Übernahme von Verantwortung gegenüber der Pandemie im Rahmen der Personalität zu begründen, im Rahmen von Gerechtigkeit und Solidarität umzusetzen und im Rahmen der Subsidiarität auf alle Ebenen der Gesellschaft zu implementieren. Die Forderungen der Ethikerin Cahill, dass eine Ethik im Angesicht von HIV/AIDS, die tatsächlichen und potenziellen Opfer in ihrer Würde respektieren und zum Handeln ermutigen müsse, kann man demzufolge als erreicht ansehen: die Handlungsprinzipien der christlichen Sozialethik appellieren an die Verantwortung der Menschheit und fordern zum Handeln auf.²¹⁶

Appelle und Aufforderungen, die mindestens halbjährlich mit der Veröffentlichung des aktuellen UNAIDS-Reports wieder die Bühne der Weltöffentlichkeit betreten, scheinen das Engagement der Weltgemeinschaft aber nicht hinreichend ausweiten zu können. Bedürftigkeit allein mag zwar einen Grund liefern, um zu helfen, Pflichten generiert sie aber nicht. Die ethische Analyse kann aufgrund dessen nicht als beendet angesehen werden. Ins Zentrum rückt deswegen in diesem Kapitel die Frage, ob die Ethik der Weltgemeinschaft eine Hilfspflicht zur Übernahme von Verantwortung auferlegen kann und wenn ja, wie diese Pflicht begründet werden kann.

Auf der Suche nach einer Antwort wird im folgenden Kapitel zunächst der Begriff der Menschenwürde präzisiert, um ihn anschließend als Ausgangsbasis für eine allgemeine Hilfspflicht zu diskutieren.

7.1 Verpflichtung durch Menschenwürde

Die Pflicht zu helfen leitet sich nach Auffassung des Philosophen Schaber von der Würde des Menschen ab.²¹⁷ Der Begriff der Menschenwürde meint seiner Meinung nach immer eine „inhärente Würde“.²¹⁸ Das heißt sie kommt dem Inhaber nicht zeitweise, sondern permanent zu, ganz unabhängig von Verhalten, Status und Erscheinungsweise eines Menschen. Da der Begriff in ethischen und

²¹⁶ Vgl. Cahill (2007:340)

²¹⁷ Schaber (2007:140).

²¹⁸ Schaber (2004:1).

politischen Diskussionen mittlerweile fast inflationären Gebrauch findet, wird im Folgenden zunächst eine Präzisierung des Begriffs vorgenommen, um letztlich auch den Gehalt für eine Handlungsverpflichtung gegenüber HIV/AIDS in den weiteren Abschnitten des Kapitels prüfen zu können.²¹⁹

Die Frage, wem inhärente Würde zuzuschreiben ist, stellt bei der Begriffspräzisierung einen zentralen Ausgangspunkt dar. So neigt eine Reihe von Philosophen dazu, inhärente Würde von sozialer Anerkennung abhängig zu machen und dementsprechend zu schlussfolgern, dass jemandem immer dann inhärente Würde zukomme, wenn er diese von anderen Menschen zugeschrieben bekäme.²²⁰ Dieser Argumentation entsprechend könnten die unterschiedlichsten Gründe herangezogen werden, um jemandem Würde zuzusprechen. Die Tatsache, dass man sich mit jemandem verbunden fühlt, würde beispielsweise schon als Begründung ausreichen. Würdeverleihend an diesem Vorschlag ist aber nicht, dass jemand aufgrund seines Wesens Würde zukommt, sondern allein das Faktum der Würdezuschreibung. Grenzen für eine solche Würdezuschreibung werden allerdings nicht festgelegt, vielmehr tritt die soziale Anerkennung eines Menschen als Richtschnur ein.

Würde ist dieser Auffassung zufolge von gesellschaftlichen Überlegungen abhängig. Eine Argumentation, die Schaber auf der Suche nach einer begrifflichen Präzisierung ablehnt und durch die Frage nach den relevanten Eigenschaften für die Zuschreibung von Würde zu einem anderen Ausgangspunkt lenken möchte.²²¹ Auf der Suche nach diesen relevanten Eigenschaften, macht Feinberg die Menschenwürde an der Fähigkeit fest, Rechte einzufordern.²²² Diesem Vorschlag zufolge wird die Menschenwürde immer dann verletzt, wenn eine Person nicht als Wesen behandelt wird, das Rechte einklagen kann. Diese Auffassung impliziert Schabers Ansicht nach jedoch, dass die Würde eines Menschen allerdings dann nicht verletzt wäre, wenn er in irgendeiner Art und Weise erniedrigt würde. Denn diese ginge ja nicht zwangsläufig mit dem Raub der Fähigkeit einher, Rechte einzufordern.²²³ Stattdessen könne eine Person allerdings sehr wohl in ihrer Würde verletzt werden, ohne ihre Fähigkeit, ihre Rechte einzufordern, zu

²¹⁹ Die inflationäre Verwendung des Begriffs der Menschenwürde hat Schabers Ansicht nach entwertende Folgen für das hohe moralische Gut der Menschenwürde. So könne der Vorwurf, dass die Menschenwürde verletzt worden sei, sein Gewicht in ethischen Debatten verlieren, wenn jede moralische Pflichtverletzung auf die Verletzung der Menschenwürde hin gedeutet werde. Würde jemand beispielsweise von einem Kollegen angelogen werden, dann verletzte dieser zwar seine moralische Pflicht, nicht aber die Würde des Gegenübers. Vgl. dazu Schaber (2004:3f).

²²⁰ Herrmann (2003:62ff).

²²¹ Vgl. Schaber (2004:4).

²²² Vgl. Feinberg (1980:151).

verlieren. Dies spricht ebenso eindeutig gegen Feinbergs Theorie, wie die Tatsache, dass im Falle der Gültigkeit denjenigen Menschen, die keine Fähigkeit besitzen, ihre Rechte von sich selbst aus einzufordern, keine inhärente Menschenwürde zukommen würde wie z.B. im Fall von Kleinkindern oder geistig behinderten Menschen. All dies stünde im Widerspruch zur Menschenrechtsdeklaration der UNO, die die inhärente Würde aller Menschen eindeutig benennt.²²⁴

Um sich nun den relevanten Eigenschaften zur Zuschreibung von Würde zu nähern, schlägt Schaber vor, sich Fälle von Folter und absoluter Armut als paradigmatische Fälle von Verletzungen der Menschenwürde anzusehen.²²⁵

Seinem Erachten nach liegen das Wesen der Menschenwürdeverletzung und damit der Kern des Menschenwürdebegriffs darin, dass Menschen in beiden Situationen auf mehr oder weniger extreme Weise erniedrigt oder herabgesetzt würden.²²⁶

„Es ist gerade die mit jeder Folter verbundene (und beabsichtigte) Erniedrigung des Gefolterten, die die Folter - im Unterschied zu anderen Erfahrungen großen Schmerzes - zu einer Verletzung der Menschenwürde macht.“²²⁷

Ähnliches gilt seiner Meinung nach für Menschen, die in absoluter Armut leben:

„Dass sich etwa Menschen in Manila aus lauter Not vom Abfall anderer ernähren müssen, ist menschenunwürdig, aber nicht weil es bedeutet, dass ihnen existentiell notwendige Güter fehlen, sondern weil ein Leben in Ermangelung dieser Güter erniedrigend ist.“²²⁸

Schaber folgert daraus eine Konzeption, die Menschenwürde nicht als physisches Gut ansieht, sondern als moralischen Anspruch, der verletzt wird, wenn eine Person erniedrigt wird.²²⁹ Einem Menschen Würde zuzusprechen, bedeutet demnach, ihm das moralische Recht zuzuerkennen, nicht erniedrigt zu werden. Jede Person hat also, wenn sie als Träger von Menschenwürde verstanden wird, einen berechtigten Anspruch darauf, von anderen in einer bestimmten Weise behandelt zu werden bzw. einer bestimmten Weise leben zu können. Dieser

²²³ Schaber (2004:6).

²²⁴ Menschenrechtsdeklaration der VN, Artikel 1: „Alle Menschen sind frei und gleich an Würde und Rechten geboren (...).“ Vgl. Bundeszentrale für politische Bildung (2004:55).

²²⁵ Vgl. Schaber (2004:9).

²²⁶ Vgl. Ebd. (2004:10).

²²⁷ Schaber (2004:10).

²²⁸ Ebd.

Konzeption zufolge sind somit nur diejenigen Verletzungen moralischer Ansprüche, die eine Erniedrigung der Person beinhalten oder zur Folge haben, als Verletzung der Menschenwürde anzusehen. Diese Bestimmung erfordert allerdings eine Eingrenzung des Begriffs der Erniedrigung. Schaber schlägt dazu die Verwendung der Selbstachtung vor. Jemand ist ihm zufolge erniedrigt, „wenn er sich in Umständen befindet, in denen er sich selbst nicht mehr achtet.“²³⁰ Diese Umstände können dabei Ergebnis des beabsichtigten Handelns von Personen sein, aber ebenso gut können sie strukturelle Ursachen haben.

7.2 Allgemeine Hilfspflicht

Schaber leitet eine allgemeine Hilfspflicht einer jeden Person von der inhärenten Würde des Menschen ab, die im vorherigen Abschnitt gerade präzisiert wurde. Ein Leben in Würde ist seiner Meinung nach ein solches Leben, „das der Person, die es führt, erlaubt sich selbst zu achten.“²³¹ Würde ist demzufolge eng mit dem Anspruch der Selbstachtung verknüpft. Ein Anspruch, der Schaber zufolge gegenüber anderen geltend gemacht werden kann.²³² Und ein Anspruch, der darauf abzielt kein Leben unter entwürdigenden Umständen führen zu müssen, da gerade diese einem Menschen nicht mehr erlauben, sich selbst zu achten und damit, gemäß Schabers Argumentation, ein Leben in Würde zu bestreiten.

Schaber schafft mit seiner begrifflichen Eingrenzung, aber gleichzeitig eine Einschränkung der Möglichkeiten Hilfe zu leisten, denn niemand kann mit Selbstachtung versorgt werden. Hilfe kann stattdessen nur Bedingungen schaffen, die es Menschen ermöglichen, ein Leben in Selbstachtung zu führen. Solche Bedingungen zu schaffen sind wir Schabers Auffassung zufolge verpflichtet: „Diese Hilfspflicht ist Teil der Achtung vor der Würde der anderen.“²³³

Bei globalen Problemen wie Armut gibt es nicht nur eine Person die geeignete Hilfe leisten kann. Vielmehr bezeichnet Schaber die Hilfspflicht als eine globale

²²⁹ Vgl. Schaber (2004:10ff).

²³⁰ Schaber (2004:11).

²³¹ Ebd. (2007:141).

²³² Vgl. Ebd.

²³³ Schaber (2007:141). Die von Schaber propagierte Hilfspflicht unterscheidet sich dabei grundlegend vom Hilfsprinzip Singers, auf das sich die philosophische Debatte um Hilfspflichten gegenüber globalen Problemen zumeist bezieht. Denn Singers Prinzip zufolge sind wir immer, wenn wir imstande dazu sind, moralisch dazu verpflichtet, schlechtes zu verhindern. Kann jemand beispielsweise nur mit unserer Hilfe eine geplante Urlaubsreise durchführen, so sind im Sinne von Singers Hilfsprinzip moralisch dazu verpflichtet zu helfen. Legt man allerdings Schabers Verständnis einer Hilfspflicht zugrunde, so ist eine Hilfsverpflichtung hier nicht indiziert. Es mag zwar schade sein, wenn derjenige seine Reise absagen muss, aber seine Selbstachtung steht nicht auf dem Spiel. Der andere wird seiner Würde nicht beraubt, wenn er die Reise absagt. Vgl. Singer (2007:38ff).

Pflicht und „eine individuelle Pflicht vieler.“²³⁴ Die Bezeichnung als globale Hilfspflicht bedeutet dabei, dass jeder seinen Anspruch auf Würde gegenüber jedem, also dem Nächsten wie dem Fernsten, geltend machen kann. Die Bezeichnung als eine „individuelle Pflicht vieler“²³⁵ dagegen meint die individuelle Hilfspflicht all derjenigen, die in der Lage sind, Einfluss auf den Anspruch des Gegenübers zu nehmen.

Die von Schaber propagierte Hilfspflicht gewinnt deswegen an Gewicht, weil sie sich nicht an Gründen der Bedürftigkeit orientiert, sondern mit einem moralischen Anspruch einhergeht – mit dem Anspruch ein Leben in Würde führen zu können: „Allen Menschen ein Leben in Würde zu sichern ist eine Pflicht, die aus der moralischen Achtung entspringt, die wir allen schulden.“²³⁶ Die Bedürftigkeit von Menschen in Armut und Hunger beispielsweise würden Schabers Auffassung zufolge zwar Gründe liefern, um jemandem zu helfen, Pflichten generierten sie jedoch nicht. Allein durch den Rückgriff auf die inhärente Würde eines jeden Menschen, könne man seiner Meinung nach eine Pflicht ableiten.²³⁷

7.3 Negative Pflichten

Der traditionelle Diskurs unterscheidet zwischen positiven Pflichten, die zum Handeln auffordern und negativen Pflichten, die an die Unterlassung von Handlungen appellieren. Diese unterschiedlichen Zielrichtungen zeigen an, dass negative Pflichten stärkere Ansprüche formulieren als positive. Da der positive Pflichtbegriff somit eine schwächere Verbindlichkeit schaffe zu handeln, befürwortet Pogge negative Pflichten, die auf die Verpflichtung abzielen, nicht zu schaden und Schaden zu verhindern.²³⁸

„We do, of course, have positive duties to rescue people from life-threatening poverty. But it can be misleading to focus on them when more stringent negative duties are also in play: duties not to expose people

²³⁴ Schaber (2007:143).

²³⁵ Vgl. Ebd.

²³⁶ Schaber (2007:150).

²³⁷ Ebd. (2007:140).

²³⁸ Die Pflicht Schaden zu verhindern passt allerdings nicht gut in die konventionelle Gegensätzlichkeit von positiven und negativen Pflichten. Einerseits ist sie positiv, da sie den Handelnden auffordert etwas zur Vermeidung von Schäden zu tun. Andererseits ist sie negativ, da sie mit der Aufgabe einhergeht Schäden zu unterlassen. Pogge bezeichnet Pflichten dieser Art als „intermediate duties“. Sein Fokus liegt aufgrund dessen genauer gesagt auf negativen und intermediären Pflichten. Vgl. Pogge (2005b:34).

to life-threatening poverty and duties to shield them from harms for which we would be actively responsible.”²³⁹

Negative moralische Pflichten zielen immer darauf ab, nicht zu schaden und schaffen durch ihre immanente Stringenz eine stärkere Verbindlichkeit. Beispielsweise ist die negative Pflicht anderen Menschen gegenüber nicht gewalttätig zu werden stringenter, als die positive Pflicht gewalttätige Übergriffe von anderen zu verhindern.²⁴⁰

Auch Schaber stützt sich in seiner Argumentation für eine Hilfspflicht im Prinzip auf eine negative Pflicht. Er führt, wie bereits erörtert, die Pflicht zu helfen auf die inhärente Würde eines jeden Menschen zurück, die präziser gesagt bedeutet, ihm das moralische Recht zuzuerkennen, nicht erniedrigt zu werden.²⁴¹ Dieser Anspruch nicht erniedrigt zu werden, um seine eigene Selbstachtung zu wahren und damit ein Leben in Würde führen zu können, generiert eine negative Pflicht: die Verpflichtung andere Menschen nicht zu erniedrigen bzw. jede Art von Erniedrigung zu verhindern.

Dass die Folgen einer HIV-Infektion in den Entwicklungsländern durch die Vorenthaltung lebensverlängernder Medikamente und den Teufelskreis der Armut Erniedrigung, Verlust der Selbstachtung und somit einen Verlust der Menschenwürde nach sich zieht, wurde bereits ausführlich dargestellt.²⁴² Die negative Pflicht nun andere Menschen nicht zu erniedrigen, betont eine starke Verbindlichkeit zu handeln und ist als Hilfspflicht anzusehen, die diese Ethik der gesamten Weltgemeinschaft, aufgrund der inhärenten Würde eines jeden Menschen, auferlegt. Inwiefern die im vorangehenden Kapitel untersuchten Handlungsprinzipien der christlichen Sozialethik nun ausreichen, um die hier aufgestellte Verpflichtung zur Übernahme von Verantwortung, auch umzusetzen, soll Gegenstand des nächsten Kapitels sein.

²³⁹ Pogge (2005d:5).

²⁴⁰ Vgl. Pogge (2005b:34).

²⁴¹ Vgl. dazu Abschnitt 7.1

8 Der Weg zu sozialer Gerechtigkeit

Die Weltgemeinschaft ist zum Handeln gegenüber der HIV/AIDS-Pandemie ethisch verpflichtet, wie im vorangehenden Kapitel aufgrund der verletzten Menschenwürde herausgestellt wurde. Trotz ihrer umfassenden Handlungsvorgabe reichen die sozialetischen Prinzipien aber nicht aus, um dieser Verpflichtung entsprechend nachzukommen um andauernder Erniedrigung und Zerstörung der Selbstachtung zu begegnen. Die Prinzipien der Sozialethik vernachlässigen dafür zu sehr die strukturellen Ungerechtigkeiten, die die Lebenssituation der Betroffenen unmittelbar betreffen.

Sowohl die philosophische als auch die theologische Tradition betrachtete Gerechtigkeit und Ungerechtigkeit immer vorwiegend aus der Sicht der Täter: „Sie sah in der Gerechtigkeit diejenige Tugend, die jedem das Seine gewährt und fand Ungerechtigkeit dort, wo es an dieser Tugend fehlt.“²⁴³ Wechselt man allerdings die Perspektive und nimmt beides aus Sicht des Opfers wahr, dann versteht man unter Ungerechtigkeit nicht die Abwesenheit einer Tugend, sondern die Verweigerung von Anerkennung und setzt Gerechtigkeit mit der Achtung von Freiheit, Gleichheit und Teilhabe aller Menschen auf eine Ebene.

Ein Gerechtigkeitsverständnis aus dieser Perspektive heraus, soll im Folgenden einem Rahmen zugrunde liegen, der die sozialetischen Handlungsprinzipien so umfasst, dass unzureichenden Entscheidungen und Handlungen im Blick auf HIV/AIDS entgegen gewirkt wird. Wie kann dementsprechend ein solcher Rahmen aussehen? Und welche *Sprache* sollte die Ethik der Forderung Cahills zufolge sprechen, um das Gehör einer großen Vielfalt von Akteuren zu finden?²⁴⁴

Im folgenden Kapitel soll mit Hilfe der sozialen Gerechtigkeit und dem Befähigungsansatz ein Rahmen geschaffen werden, der die Anwendung der sozialetischen Prinzipien im Blick auf die Pandemie konkretisiert. Die Menschenrechte sollen schließlich dahingehend geprüft werden, ob sie die Aufgabe der gesuchten *Sprache* wahrnehmen können, die alle involvierten Akteure im Sinne dieses Rahmens in die Pflicht nehmen.

²⁴² Vgl. dazu Kapitel 3

²⁴³ Huber (1996:184)

²⁴⁴ Vgl. Cahill (2007:340)

8.1 Soziale Gerechtigkeit

Nach einer kurzen Darstellung des Wesens sozialer Gerechtigkeit und der Suche nach Parallelen in der HIV/AIDS-Problematik, werden in den darauf folgenden Abschnitten ihre vier Teilaspekte skizziert und einem Bereich der Pandemie zugeordnet, in dem die Teilgerechtigkeit nicht gewährleistet ist. Die Betrachtung des Konzeptes sozialer Gerechtigkeit zielt darauf ab, einen Rahmen für die Umsetzung der sozialetischen Prinzipien zu bilden, der ihr Handeln konkret und ohne Umwege zu den strukturellen Ursachen bzw. strukturellen Ungerechtigkeiten der Pandemie führt.

8.1.1 Wesen

Gerade in Bezug auf die soziale Vielschichtigkeit der Problematik, die Betroffenheit so vieler Menschen und die Eigendynamik, lassen sich die Herausforderungen der HIV/AIDS-Pandemie mit der so genannten „Sozialen Frage“ vergleichen, die sich mit der wachsenden Industrialisierung seit dem Ausklang des 19. Jahrhunderts vermehrt stellte.²⁴⁵ Sie bezieht sich auf die wachsenden Probleme durch Arbeitslosigkeit, Schutzlosigkeit bei Krankheit und Alter, mangelnde Bildung oder Ausbildung, Hunger und Verelendung, von denen vor allen Dingen die Arbeitnehmerschaft und ihre Familie in den immer größer werdenden Industriestädten betroffen war.

Um den dramatischen gesellschaftlichen Herausforderungen dieser Zeit zu begegnen, kam es innerhalb der Sozialverkündigung der Katholischen Kirche immer umfangreicher zur Diskussion über soziale Gerechtigkeit. Die christliche Sozialethik versteht unter ihr jene umfassende Gerechtigkeit, die das Gemeinwohl der Menschen anstrebt und den Kriterien von Personalität, Gerechtigkeit, Solidarität und Subsidiarität entspricht, die bereits im vorangehenden Kapitel Gegenstand der Betrachtung waren.²⁴⁶ So zielt soziale Gerechtigkeit auf die bestmögliche Realisierung solcher gesellschaftlicher Rahmenbedingungen ab, die es jedem Gesellschaftsmitglied erlaubt, sich bestmöglich neben anderen zu entfalten.

Der Diskurs über das Wesen der sozialen Gerechtigkeit weitete schließlich den Blick der Sozialethik über die soziale Frage der Industrialisierung hinweg aus und lenkte somit den Fokus auch auf Ungerechtigkeiten globaler Problemfelder. Marx

²⁴⁵ Marx/Wulsdorf (2002:164)

²⁴⁶ Anzenbacher (1997:221)

und Wulsdorf definieren als Ziel dieser neuen Dimension sozialer Gerechtigkeit die „strukturelle Analyse und Offenlegung der Gründe für Ungerechtigkeit und soziales Elend“²⁴⁷, um diese schließlich wirksamer bekämpfen zu können. Diese Funktion sozialer Gerechtigkeit soll an dieser Stelle nun genutzt werden, um der vorangehenden Definition entsprechend einen solchen Rahmen zu bilden, der einerseits Gründe für Ungerechtigkeit und soziales Elend benennt und der andererseits, die sozialetischen Prinzipien auf diese Ziele gerichtet einsetzt. Im Folgenden werden dazu die vier Teilaspekte der sozialen Gerechtigkeit unterschieden.²⁴⁸

8.1.2 Tauschgerechtigkeit

Da man bei Gerechtigkeit zumeist nur an Verteilungsfragen denkt, erwartet man von sozialer Gerechtigkeit nicht mehr und nicht weniger als eine Gleichverteilung oder eine Verteilung der vorhandenen Güter entsprechend der Bedürfnisse. Da die zu verteilenden Dinge aber oft erst hergestellt werden müssen, ist zunächst der Blick auf die an erster Stelle stattfindenden Tauschhandlungen zu lenken. Die Tauschgerechtigkeit hat zum Ziel, faire und gleichgewichtige Austauschbeziehungen zwischen den Einzelnen und den Gruppen in der Gesellschaft zu etablieren.²⁴⁹ Entscheidendes Prüfungskriterium sind faire Konfliktbedingungen in jeder Auseinandersetzung, egal, ob es um den Austausch von Lohn und Arbeit oder um den Austausch von Ware und Geld geht. Es geht also um den Respekt vor der gleichen Menschenwürde einer jeden Person im Fall von Verträgen in der sozialen Kooperation und um Fairness der Vertrags- und Austauschbedingungen zwischen sozialen Gruppen.²⁵⁰

In Bezug auf HIV/AIDS kann die Tauschgerechtigkeit ihre Anwendung in Bezug auf faire Austauschbedingungen zwischen armen und wohlhabenden Gesellschaftsgruppen, aber auch zwischen Entwicklungs- und Industrieländern finden, um Armut als eine der strukturellen Verbreitungsursachen zu bekämpfen.

²⁴⁷ Marx/Wulsdorf (2002:164)

²⁴⁸ Anzenbacher (1997:221ff)

²⁴⁹ Vgl. Huber (1996:192)

²⁵⁰ Anzenbacher (1997:221)

8.1.3 Beteiligungsgerechtigkeit

Bei der Tauschgerechtigkeit ist von entscheidender Bedeutung, ob die Menschen über ausreichende und gleiche Möglichkeiten verfügen, ihre Interessen zur Geltung zu bringen. Beteiligungsgerechtigkeit versucht dies sicherzustellen und zielt darüber hinaus darauf ab, alle berechtigten Interessen am gesellschaftlichen Geschehen zu berücksichtigen. Insbesondere den Interessen von Benachteiligten und sozial Schwachen ist eine Stimme zu geben und diese in sämtlichen Entscheidungsprozessen genauso zu berücksichtigen, wie die Stimme der starken Gesellschaftsschichten.

Explizit taucht der Begriff erstmals im Wirtschaftshirtenbrief der US-Bischöfe 1986 auf:

„Soziale Gerechtigkeit bedeutet, dass Menschen verpflichtet sind, sich aktiv und produktiv am Leben der Gesellschaft zu beteiligen und dass es der Gesellschaft obliegt, ihnen die Möglichkeit einer solchen Beteiligung zu schaffen.“²⁵¹

Es geht also auch um aktive Partizipation in der Gemeinwohlgestaltung: alle Menschen sind demnach verpflichtet sich aktiv am Gesellschaftsleben zu beteiligen. Die Beteiligungsgerechtigkeit verpflichtet außerdem dazu, all diejenigen Zustände zu ändern, die Einzelne oder Gruppen von der gesellschaftlichen Beteiligung ausschließen, was in Bezug auf die HIV/AIDS-Problematik unter anderem die mangelnde Geschlechtergerechtigkeit betrifft.

8.1.4 Verteilungsgerechtigkeit

Der Verteilungsgerechtigkeit zufolge ist bei der Güterverteilung nach Ausgleichsstrukturen zu suchen, die den Gesichtspunkt der „Option für die Armen“ Vorrang einräumen.²⁵² Sie umfasst die Überprüfung der Verteilung von Einkommen,

²⁵¹ Deutsche Bischofskonferenz (1987:71)

²⁵² Angesichts der ungebremsten Armut und des Elends von Millionen Lateinamerikanern lieferte das Zweite Vatikanische Konzil bereits entscheidende theologische Anstöße, die zum Aufbruch ermutigten, die Befreiung der Armen und Unterdrückten in den Fokus zu nehmen. Dieser Aufbruch gab sich nicht mehr allein damit zufrieden auf die Hilfsbedürftigkeit der einzelnen Menschen zu blicken, vielmehr lenkte er die Blicke auf die Armut verursachenden und aufrechterhaltenden strukturellen Ursachen. Der Versuch einer solchen strukturellen Analyse führte die Kirche Lateinamerikas aus der Neutralität heraus und führte zu einer Parteinahme, die schließlich im Rahmen der Theologie der Befreiung mit der „Option für die Armen“ bezeichnet wurde. Nach diesem Konzept entscheidet weder der Lebensstandard der Bevölkerungsmehrheit, noch der durchschnittliche Lebensstandard einer Gesellschaft, sondern die Lebenssituation aller einzelnen

Wohlfahrt und Macht im Blick auf die Auswirkungen für diejenigen, deren Basisbedürfnisse nicht befriedigt werden. Soziale und ökonomische Ungleichheiten sind nur dann gerechtfertigt, wenn den Schwächsten dadurch Vorteile entstehen.²⁵³

Dementsprechend muss die Verteilungsgerechtigkeit in Bezug auf die HIV/AIDS-Problematik insbesondere die Verteilung der ARV-Medikamente auf den Prüfstand stellen und nach gerechteren Verteilungsstrukturen suchen.

8.1.5 Verfahrensgerechtigkeit

Zur Umsetzung der drei zuvor genannten Aspekte ist die Verfahrensgerechtigkeit von Bedeutung. Zu ihr gehören in erster Linie die Gleichheit vor dem Gesetz, die Unparteilichkeit der Gerichte, die Fairness in der Rechtsfindung und im Rechtsvollzug. All diese verschiedenen Elemente lassen sich allerdings als Entfaltung des Gleichheitsgrundsatzes verstehen, dessen Sinn und Zweck gerade der ist, dass an Macht und Einfluss Schwächere vor dem Gesetz die gleichen Rechte haben wie alle anderen.

Auch im Blick auf die Verfahrensgerechtigkeit kommt der vorrangigen „Option für die Armen“ eine besondere Bedeutung zu, denn sie umfasst den Grundsatz, dass insbesondere die schwächere Partei in einem rechtlichen Verfahren faire Bedingungen erhält.²⁵⁴ In Bezug auf die HIV/AIDS-Problematik wäre insbesondere das TRIPS-Abkommen dahingehend zu hinterfragen, ob ihm ein gerechtes Verhandlungsverfahren zugrunde lag und liegt.

8.2 Der Ansatz der Befähigung

Die Aspekte der sozialen Gerechtigkeit stellen ein wertvolles Analyseinstrumentarium dar, um im Sinne der Zieldefinition von Marx und Wulsdorf Gründe für strukturelle Ungerechtigkeit und soziales Elend ans Licht zu bringen und einen Perspektivenwechsel einzunehmen, wie er zu Anfang dieses Kapitels gefordert wurde.²⁵⁵ Gründe, die in Bezug auf die HIV/AIDS-Problematik zwar auf gesellschaftliche Veränderungen drängen, denen durch ihr Fundament der sozialet

Gesellschaftsmitglieder über die Gegenwart von Gerechtigkeit. Die vorrangige Option für die Armen nimmt auf diese Weise die Perspektive der Schwächeren in sich auf. Vgl. Huber (1996:192f)

²⁵³ Vgl. Anzenbacher (1997:221f)

²⁵⁴ Vgl. Ebd. (1997:222)

²⁵⁵ Vgl. dazu Abschnitt 7.2

schen Prinzipien Begründung widerfährt, die aber mit dem Defizit einhergehen, dass sie nicht allen Akteuren einen expliziten Auftrag geben, welchen Beitrag sie zur Schaffung der fehlenden sozialen Gerechtigkeit leisten sollen. Um den Weg zu einer *Sprache* zu finden, die über den Rahmen des Nationalstaates hinaus im Sinne Cahills eine Vielzahl von Akteuren auf allen Ebenen anspricht, kann der Befähigungsansatz, der im Wesentlichen zunächst von Sen geprägt und von Nussbaum schließlich signifikant weiterentwickelt wurde, einen wertvollen Beitrag leisten, der im Folgenden dargestellt wird.²⁵⁶

8.2.1 Liberale Grundhaltung

Der Ursprung von Sens Überlegungen liegt sowohl im wohlfahrtsökonomischen Bereich als auch in philosophischen Erkenntnissen zu Ungleichheit oder Freiheit des Menschen.²⁵⁷ Auch sein Buchtitel *Development as Freedom* macht diese interdisziplinäre Perspektive deutlich: Freiheit ist das zentrale Ziel einer Politik, die allgemein eine Verbesserung in der Gesellschaft verfolgt.²⁵⁸ Von Entwicklung kann dementsprechend dann die Rede sein, wenn Menschen im Blick auf die Freiheit Besserung erfahren, um ihre Lebenspläne zu verwirklichen, wie es auch die zuvor erläuterte soziale Gerechtigkeit anstrebt.

Der Befähigungsansatz geht dabei davon aus, dass die Menschen die Möglichkeit selbstbestimmt zu leben als solche wertschätzen. Im Gegensatz zu anderen Konzeptionen, die Freiheit einen instrumentellen Wert einräumen, unterstellt Sens Ansatz der Freiheit einen intrinsischen Wert, der darin besteht, dass die Gegenwart von Freiheit Menschen erst ermöglicht, bestimmte Dinge in einem bestimmten Ausmaß zu tun.²⁵⁹ Freiheit wird also als Ziel und Mittel zugleich verstanden. Es kann nur dann von realer Freiheit gesprochen werden, wenn sie von Möglichkeiten zur tatsächlichen Zielerreichung begleitet wird. Denn wer, wie Scholtes exemplarisch ausführt, zwar nicht daran gehindert werde zu essen, jedoch nichts zu essen habe, sei in Wirklichkeit nicht frei.²⁶⁰

²⁵⁶ Mit dem Ansatz der Befähigung, lieferte der indische Ökonom und Nobelpreisträger Amartya Sen das theoretische Fundament für das Paradigma der menschlichen Entwicklung zur Verfügung. Der Capability Approach ist dabei keine Theorie um Armut, Ungleichheit oder Wohlfahrt zu erklären, sondern vielmehr ein Werkzeug und Rahmen um diese Phänomene zu konzeptualisieren und zu evaluieren. So beruht beispielsweise der Human Development Report wie auch andere Berichte der Vereinten Nationen zur menschlichen Entwicklung auf dieser theoretischen Grundlage. Vgl. <<http://www.undp.org>>

²⁵⁷ Vgl. Böhler (2004:12)

²⁵⁸ Die deutsche Übersetzung des Buchs trägt den Titel „Ökonomie für den Menschen“ (2000).

²⁵⁹ Scholtes (2005:25)

²⁶⁰ Ebd. (2005:27)

8.2.2 Verwirklichungschancen

Ganz im Gegenteil zu anderen philosophischen Ansätzen, die sich auf das Einkommen, die Erfüllung von Wünschen oder wie beispielsweise der Utilitarismus auf den größten Nutzen konzentrieren, legt der Befähigungsansatz von Sen den Fokus auf das, was ein Mensch gerne tut und wie er gerne wäre. Diese Aspekte, in seinen Ausführungen „Doings and Beings“ genannt und als einzelne Dimensionen des zuvor erläuterten Freiheitsbegriffs verstanden, bezeichnet er mit dem Begriff „Functionings“.²⁶¹ Zu diesen lassen sich die verschiedenen Dinge zählen, die ein Mensch braucht, um sein Leben führen zu können, beispielsweise Gesundheit, Einkommen und Ernährung.

Während unter diesen Funktionen im weitesten Sinne Errungenschaften zu verstehen sind, bezeichnet die Kategorie „Capabilities“ schließlich die Befähigung, diese überhaupt zu erreichen.²⁶² Diesen Verwirklichungschancen ist innerhalb des Befähigungsansatzes die größte Bedeutung beizumessen: „What is ultimately important is that people have the freedoms or (...) capabilities to lead the kind of lives they want to lead, to do what they want to do and be the person they want to be.“²⁶³ Verwirklichungschancen sind also Ausdrucksformen der Freiheit, seinen Lebensstil verwirklichen zu können. Sen veranschaulicht diesen Zusammenhang mit dem Vergleich einer freiwillig fastenden Person und einer unfreiwillig hungernden Person. Auf den ersten Blick stelle sich die Situation in beiden Fällen gleich dar, da beide die gleiche Funktion von Ernährung im Auge hätten. Ein zweiter Blick allerdings lässt die ganz unterschiedlichen Verwirklichungschancen zu Tage treten und gibt zu erkennen, dass nur die fastende Person die Freiheit zwischen Hunger und Sättigung zu entscheiden genießt, die hungernde stattdessen keine Wahl hat.²⁶⁴

8.2.3 Gerechtigkeitsbeitrag

Der Befähigungsansatz plädiert unter dem genannten Verständnis dafür, die Frage nach einer sozial gerechten Verteilung nur im Kontext zu entscheiden, und bietet aufgrund dessen im Verständnis von Sen kein Distributionsprinzip an. Der Ansatz der Befähigung stelle Sens Ansicht nach keine vollständige Theorie der Gerech-

²⁶¹ Vgl. Sen (1992:39)

²⁶² Vgl. Ebd

²⁶³ Robeyns (2005:95)

²⁶⁴ Vgl. Sen (2000:95)

tigkeit dar, sondern nur eine wichtige Komponente.²⁶⁵ Indem der Befähigungsansatz im Sinne Sens aber selbst keine konkreten Handlungsanweisungen zur Schaffung sozialer Gerechtigkeit vermittelt, ist er einerseits zwar offen für sämtliche sozialen Kontexte, macht andererseits die Gesellschaftsgestaltung aber zu einer schwierigeren Aufgabe, als dies bei eindeutigen Verteilungsvorgaben der Fall ist.

An dieser Stelle trat Nussbaum für eine Weiterentwicklung des Befähigungsansatzes zu einer partiellen Theorie der Gerechtigkeit ein. Sie stellte, angefangen mit den Kategorien Leben, körperliche Gesundheit und körperliche Integrität, eine konkrete Liste von Befähigungen auf, die offen für Ergänzungen sei und allen Bürgerinnen und Bürgern durch ihre jeweilige Verfassung garantiert werden sollte.²⁶⁶ Diese Liste von Befähigungen sei ihrer Meinung nach notwendig, da ansonsten jede Befähigung für wertvoll gehalten werden könne.²⁶⁷

Die Befähigung zum Leben, wie Nussbaum als erste Komponente einer Liste von Befähigungen vorschlägt, ist auch in Bezug auf HIV/AIDS von größter Bedeutung. Denn letztlich können sämtliche Ursachen und Folgen, die die Pandemie in ihren Ausmaßen bedingen, auf Versäumnisse und Verstöße bezüglich dieser Kategorie zurückgeführt werden. So werden AIDS-Kranke ohne Zugang zu ARV-Medikamenten ebenso wenig zum Leben befähigt, wie Frauen, die ihren Männern bei der Frage nach Präventionswegen nicht auf Augenhöhe begegnen können oder auch AIDS-Waisen, die der Gefahr sexueller Gewalt ausgesetzt sind. Den meisten AIDS-Betroffenen und gegenüber HIV verletzlichen Personengruppen Subsahara-Afrikas mangelt es somit an Verwirklichungschancen, ihren Lebensplan umzusetzen.

Zu Beginn dieses Abschnitts wurde als Defizit der sozialen Gerechtigkeit benannt, dass den Akteuren durch die Konzeption nicht deutlich werde, welchen grundlegenden Beitrag sie zu dessen Umsetzung leisten sollten. Das Eintreten für Verwirklichungschancen der Betroffenen und insbesondere für die Befähigung zu Leben kann dieses Defizit beheben.

²⁶⁵ Vgl. Sen (1995:268)

²⁶⁶ Vgl. Robeyns (2005:103)

²⁶⁷ Für Sen blieb diesbezüglich aber kein Ergänzungsbedarf. Die Auswahl von Befähigungen ist seiner Meinung nach vielmehr die Aufgabe eines demokratischen Prozesses, der für jede Absicht eine eigene Liste erarbeiten sollte: „We cannot make one final list of capabilities, as these lists are used for different purposes, and each purpose might need its own list.“ Vgl. Robeyns (2005:106)

8.3 Der Weg zu sozialer Gerechtigkeit

Der letzte Abschnitt dieses Kapitels wird Schlussfolgerungen dazu ziehen, wie soziale Gerechtigkeit gegenüber der HIV/AIDS bedingenden strukturellen Ungerechtigkeit geschaffen werden kann. Dazu wird, ausgehend vom Begriff der Verantwortung und den Prinzipien der Sozialethik, der Befähigungsansatz so der sozialen Gerechtigkeit zur Seite gestellt, dass daraus ein konkreter Handlungsauftrag erwächst. Ein Auftrag der, wie zum Ende des Abschnitts dargestellt wird, durch den universellen Menschenrechtskatalog ohnehin schon jeden Menschen zum Handeln verpflichtet.

Der Argumentation Vidals zufolge zeige uns die Geschichte, dass die Menschheit Krankheiten nie allein durch Impfungen und Medikamente überwunden hätte, sondern auch und insbesondere dadurch, dass die unmittelbar Betroffenen, die Politik und die gesamte Gesellschaft Verantwortung übernommen hätten.²⁶⁸ So schreibt er in Bezug auf die HIV/AIDS Pandemie: „AIDS wird sich nur dann ausrotten oder zumindest erträglicher machen lassen, wenn ein höheres Maß an menschlicher Verantwortlichkeit erreicht wird.“²⁶⁹ Erste Aufgabe der Ethik müsse es ihm nach sein, bei allen Akteuren das Verantwortungsbewusstsein zu steigern.²⁷⁰

Das Prinzipientraktat der Sozialethik bietet eindeutige Argumente, um Verantwortung zu übernehmen und ethisches Handeln gegenüber HIV/AIDS zu begründen und umzusetzen. Um aus dieser Verantwortung heraus nun der strukturellen Ungerechtigkeit der Pandemie adäquat zu begegnen, ist eine Perspektive notwendig, die Gerechtigkeit mit der Achtung von Freiheit, Gleichheit und Teilhabe am Leben gleichsetzt. Eine Perspektive zu der die soziale Gerechtigkeit, die sich ohnehin auf das sozialtethische Prinzipientraktat stützt, mit ihren unterschiedlichen Aspekten beitragen kann, indem sie für faire Austauschbeziehungen in der Gesellschaft eintritt, sich für die Beteiligung aller Personengruppen am gesellschaftlichen Geschehen einsetzt, sich für eine gerechte Verteilung von Gütern und Wohlfahrt stark macht und den Gleichheitsgrundsatz in sämtlichen Verfahren propagiert.

Auf diesen vier Ebenen sozialer Gerechtigkeit ist es nun notwendig, dass alle involvierten Akteure dafür Sorge tragen, dass Menschen grundsätzlich erst einmal dazu befähigt werden, ihren Lebensplan umzusetzen, wie es der Befähigungsan-

²⁶⁸ Vgl. Vidal (1997:665)

²⁶⁹ Vidal (1997:665)

satz fordert. Der Befähigung zum Leben kommt dabei gegenüber den tödlichen Folgen der HIV/AIDS-Problematik eine herausragende Bedeutung zu. Sie lässt sich vergleichen mit dem fundamentalen „Recht auf Leben“, das im dritten Artikel der *Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte* festgeschrieben ist, denn beide zielen darauf ab, jedem Menschen das Leben zu garantieren.²⁷¹

Da die Menschenrechte nun aber mit einer weltumspannenden und universellen Gültigkeit verbunden sind, kann gerade ihre *Sprache* diejenige sein, die das Gehör einer Vielzahl von Akteuren in der HIV/AIDS-Problematik erreicht und die Verantwortung eines jeden Menschen deutlich macht:

„Die Verwirklichung einer gerechten und humanen Gesellschaft verlangt, dass Individuen und Organisationen sowohl die Menschenrechte und die Menschenwürde achten als auch diejenigen Prinzipien der Menschlichkeit einhalten, die universelle menschliche Werte widerspiegeln, welche den Religionen und Kulturen in der ganzen Welt gemeinsam sind.“²⁷²

Kommen sämtliche Akteure aufgrund der unveräußerlichen Menschenwürde ihrer Hilfspflicht nach, Menschenrechte insgesamt und insbesondere das Recht auf Leben zu verwirklichen, so befähigen sie Menschen dazu, den Ursachen und tödlichen Folgen von HIV/AIDS entgegenzutreten und schaffen so eine soziale Gerechtigkeit, die einen enormen Beitrag zur Eindämmung der Pandemie beitragen kann.

²⁷⁰ Vgl. Ebd.

²⁷¹ Allgemeine Erklärung der Menschenrechte - Artikel 3: Jeder hat das Recht auf Leben, Freiheit und Sicherheit der Person. Vgl. Bundeszentrale für politische Bildung (2004:55)

9 Praktische und politische Handlungsansätze

Die Verantwortung und Verpflichtung insbesondere gegenüber dem Menschenrecht auf Leben, das, wie zuvor erläutert, im Angesicht von HIV/AIDS auf einen Weg zu sozialer Gerechtigkeit und zu Verwirklichungschancen der Betroffenen führt, kann unter der Voraussetzung der Umsetzung die Ausgangsbasis für eine *Sprache* darstellen, die auf die strukturellen Ungerechtigkeiten antwortet.

Wie kann diese *Sprache* nun Niederschlag in der Prävention und in der Bekämpfung der Pandemie finden? Eine Antwort darauf wird nun im letzten inhaltlichen Kapitel vor der Schlussfolgerung der Arbeit gegeben. Das Kapitel orientiert sich dazu an der aus vier Komponenten bestehenden SAVE-Strategie, die im afrikanischen Kontext als Konzept zur Eindämmung der Pandemie entstand.

Nach einem kurzen Überblick, werden in den folgenden Abschnitten dabei immer Wesen und Ziel der jeweiligen Komponente dargestellt und das Potential aufgezeigt, das sie gegenüber der Befähigung zum Leben beinhaltet. Da die Umsetzung der Komponenten auf konkrete Schritte und Veränderungen angewiesen bleibt, werden konkrete Handlungsoptionen dargestellt. Um den Beitrag dieser Handlungsoptionen gegenüber der HIV/AIDS-Problematik schließlich deutlich hervorzuheben, wird am Ende jeden Abschnitts auf das jeweilige Potenzial hingewiesen, einen Teilaspekt sozialer Gerechtigkeit zu implementieren.

9.1 Grundlagen der SAVE-Strategie

Die SAVE-Strategie, wurde durch das afrikanische Netzwerk „ANERELA+“²⁷³ entwickelt. Die Abkürzung der Strategie steht dabei im deutschen für die folgenden vier Komponenten einer HIV/AIDS-Bekämpfung: Sichere Verfahren (Safe Practices), Zugang und Verfügbarkeit von Behandlung (Access and Availability to Treatment), Freiwillige Beratung und Test (Voluntary Counselling and Testing) und für Selbstbemächtigung (Empowerment).²⁷⁴ Die vier Komponenten stehen dabei in engem Verhältnis zueinander und bedingen sich wechselseitig. Ein Erfolg kann sich also nicht durch die Herauslösung und Umsetzung einer Komponente einstellen, sondern nur durch die parallele Umsetzung aller vier Bestandteile.

²⁷² Ökumenischer Rat der Kirchen (1997:102)

²⁷³ „ANERELA+“ steht für „African Network of Religious Leaders living with or personally affected by HIV and AIDS“. Vgl. Ökumenischer Rat der Kirchen (2006:3)

²⁷⁴ Vgl. <<http://www.inerela.org/SAVE.htm>> (abgerufen am 30.11.2006)

In ihrem Umfang geht diese Formel über die die ABC-Strategie hinaus.²⁷⁵ SAVE setzt an der untersten Stufe einer pragmatisch orientierten Präventivethik an, indem sie grundlegend darauf abzielt, die notwendigen Bedürfnisse zu decken und menschliches Leben zu schützen.²⁷⁶ Die HIV/AIDS-Problematik wird nicht als Moralfrage verstanden, sondern als Überlebensfrage, die besonders die Bedürfnisse von Kindern und Frauen, als den beiden besonders gefährdeten Bevölkerungsgruppen im Blick behält.

9.2 Sichere Verfahren

Der erste Buchstabe der SAVE-Formel steht für sichere Verfahren.²⁷⁷ Bezeichnet wird damit die Förderung aller möglichen Praktiken, die eine HIV-Übertragung verhindern können. So fordert diese erste Komponente unter anderem die universelle Bereitstellung sämtlicher Präventionsmaßnahmen, die die Gefahr einer Mutter-Kind-Übertragung von HIV auf ein Minimum eingrenzen und die Verwendung von sterilem Material in der medizinischen Behandlung. In Bezug auf den heterosexuellen Geschlechtsverkehr, als dem Hauptübertragungsweg von HIV in Afrika, fordert die Komponente, dass in der Präventionsarbeit über die gesamte Bandbreite an prophylaktischen Möglichkeiten informiert wird.²⁷⁸ Allerdings nicht auf die Art und Weise der ABC-Formel, die aufgrund ihrer Rangfolge der Präventionsmöglichkeiten Menschen in ihrer spezifischen Situation nicht wahrnimmt und so gegebenenfalls diejenigen überfordert und stigmatisiert, die die ersten beiden Forderungen von Abstinenz oder Treue nicht erfüllen können. Die Abstinenz ist und bleibt zwar der sicherste Schutz vor HIV, der vor allen Dingen auch ein späteres sexuelles Eintrittsalter meint, steht aber mit Treue und Kondomen auf einer Ebene prophylaktischer Möglichkeiten.

So trägt diese Gleichbehandlung aller Präventionsmöglichkeiten der Realität Rechnung, dass nicht alle Menschen in ihrer jeweiligen Lebenssituation in der Lage sind, abstinent zu leben. Gleichzeitig wird die Erfahrung aufgegriffen, dass alle Programme, die eine Senkung der Neuinfektionszahlen zur Folge hatten, auch, aber nicht allein, die Verwendung von Kondomen propagierten.²⁷⁹

²⁷⁵ Die Mängel der ABC-Formel wurden bereits in Abschnitt 4.2 benannt.

²⁷⁶ Vgl. Ökumenischer Rat der Kirchen (2006:3ff)

²⁷⁷ Vgl. <<http://www.inerela.org/SAVE.htm>> (abgerufen am 30.11.2006)

²⁷⁸ Vgl. Ebd.

²⁷⁹ Weinreich/Benn (2005:92f). Vgl. dazu auch das Beispiel Ugandas in Abschnitt 4.2

Bereits im Zusammenhang mit der Kritik an der ABC-Formel wurden nicht berücksichtigte Voraussetzungen für den Erfolg der Prävention erläutert, die auch hier wieder von Relevanz sind: Prävention kann nur dann zum Erfolg führen, wenn insbesondere Frauen sexuell selbstbestimmt auftreten können und der Entscheidung für Treue ein HIV-Test vorausgeht. Die erste Komponente der SAVE-Strategie ist also auf das engste an die beiden anderen Ziele von Empowerment und Freiwilliger Test gekoppelt.

Zur Umsetzung dieser ersten zum Leben befähigenden Komponente, ist vor allen Dingen ein moralisches Umdenken der Kirchen notwendig. Wie dieses Umdenken geschehen kann, ohne Grundüberzeugungen fallen lassen zu müssen, soll im Folgenden dargestellt werden.

9.2.1 Moralisches Umdenken

Angesichts der tödlichen Bedrohung von AIDS räumten nach Ausführungen Sanders zahlreiche Theologen dem „Prinzip der Menschlichkeit im Umgang mit Prinzipien“ den Vorrang ein und forderten, einem ethischen Realismus gerecht zu werden. So seien bereits zahlreiche Vertreter der Katholischen Kirche, trotz uneingeschränkter Kondomverbots Roms, dafür eingetreten, Kondome unter Umständen als das geringere Übel anzuerkennen, da mit ihrer Hilfe Menschen vor dem sicheren Tod geschützt werden könnten.²⁸⁰

Folgende Beispiele zeigen Ausprägungen für einen Richtungswechsel in einigen Bereichen der Kirche: Die südafrikanische Bischofskonferenz sah sich im Jahr 2001 veranlasst, in ihrem Pastoralbrief *A Message of Hope*, den Gebrauch von Kondomen innerhalb der ehelichen Partnerschaft zu akzeptieren.²⁸¹ Der ehemalige Limburger Bischof Franz Kamphaus verwies darauf, dass sich die Kirche unglaublich mache und unethisch handele, wenn sie Informationen über Kondome vorenthalte.²⁸² Charles Ryan, Pfarrer in einem südafrikanischen Township, appellierte an den obersten Grundsatz der Katholischen Soziallehre Leben zu schützen und forderte eine Neuausrichtung der Kondomfrage:

²⁸⁰ Vgl. Sanders (2005:146)

²⁸¹ Der Pastoralbrief sorgte international für Bekanntheit, weil er im ersten Entwurf eine eindeutige Stellungnahme zu Kondomen nicht nur in Bezug auf eheliche Partnerschaften vorgesehen hatte. Vgl. Kößmeier (2003:196)

²⁸² Gleichzeitig stellte er aber auch heraus, dass es ebenso unglaublich wäre, wenn säkulare Organisationen, nur Kondome propagierten und nicht ebenso auch auf Abstinenz und Treue verwiesen, um Leben zu schützen. Vgl. Kamphaus (2005)

„Wenn (...) sexuelle Kontakte eine tödliche Krankheit übertragen, stellt sich spätestens an dieser Stelle die Frage nach Kondomen. Die Ausgangsvoraussetzungen sind damit andere, als wenn es um künstliche Empfängnisverhütung bzw. Familienplanung geht, wo Kondome entstehendes Leben behindern.“²⁸³

Diese Argumentation der Doppelwirkung verdeutlicht Bischof Dowling mit der Befürwortung der Pille in der Enzyklika „Humane Vitae“ im Falle medizinischer Indikationen trotz der weiteren empfängnisverhütenden Funktion.²⁸⁴ Seines Erachtens nach könne man Kondome in gleicher Weise zwar als Verhütungsmittel sehen, das aber in Bezug auf AIDS vor allen Dingen vor der Übertragung des Todes schütze.²⁸⁵ Bei Handlungen mit so genanntem Doppelleffekt, nämlich einer guten und einer schlechten Wirkung, sei es Sanders Meinung nach entscheidend, dass die positive Wirkung keine Folge der negativen darstelle. In einem solchen Fall erlaube die Moralthologie eine „Güterabwägung“ nicht nur, sie halte sie auch für notwendig.²⁸⁶

Im Falle von diskordanten Ehepaaren, also Paaren von denen ein Partner HIV-positiv ist, argumentiert der Moralthologe Vidal mit der Lehre des kleineren Übels gegen das uneingeschränkte Kondomverbot. Seiner Meinung nach „erscheint der Gebrauch des Präservativs im Sinne eines kleineren Übels zur Verhinderung größerer Übel nicht unangebracht.“²⁸⁷ Für eine moralisch reife Entscheidung und Beurteilung sei immer eine differenzierte Berücksichtigung der Umstände, deren Folgen und des Ziels einer Handlung notwendig.²⁸⁸

Dass die Moralthologie die Prinzipien der Doppelwirkung und des geringeren Übels kenne, zeige nach Meinung Keenans, dass eine Vereinbarkeit von Kondomen mit der Kirchlichen Lehre möglich sei.²⁸⁹ Dieser Argumentation entsprechend, kann der Gebrauch von Kondomen billigend hingenommen oder aus Verantwortung vor dem eigenen Leben und dem des Partners empfohlen werden,

²⁸³ Zitiert nach Kößmeier (2003:196)

²⁸⁴ Unterscheidung von Therapiemaßnahmen und Empfängnisverhütung laut Enzyklika Humane Vitae (Nr. 19): „Die Kirche betrachtet die Anwendung therapeutischer Mittel, die zur Behandlung von körperlichen Erkrankungen nötig sind, auch wenn sie voraussichtlich eine Empfängnisverhütung zur Folge haben, nicht als unerlaubt, sofern die Verhütung nicht, aus welchen Motiven auch immer, direkt beabsichtigt ist.“ Vgl. Keenan (2007:308)

²⁸⁵ Vgl. Sanders (2007:163)

²⁸⁶ Vgl. Ebd.

²⁸⁷ Vidal (1997:671)

²⁸⁸ Vgl. Ebd.

²⁸⁹ Vgl. Keenan (2007:308)

ohne dabei die kirchlichen Aussagen über das christliche Ehebild und die Treueverpflichtung in der Partnerschaft zu leugnen.

Die gleichwertige Behandlung aller Präventionswege trägt der Tatsache Rechnung, dass nicht alle Menschen in der Lage sind, Ideale umzusetzen oder einzufordern. So schafft ein solches moralisches Umdenken der Kirchen, das auch Kondome zur HIV/AIDS-Prävention akzeptiert, die Voraussetzung für Beteiligungsgerechtigkeit im Sinne der sozialen Gerechtigkeit. Durch den Schutz vor HIV und den Erhalt ihres Lebens wird die Voraussetzung für Menschen geschaffen, sich weiter aktiv und produktiv am Gesellschaftsleben zu beteiligen.

9.3 Zugang und Verfügbarkeit von Behandlung

Die zweite Komponente der SAVE-Formel spricht allgemein von Zugang und Verfügbarkeit medizinischer Versorgung, die zur Prävention, aber insbesondere zur Behandlung von AIDS-Patienten dient und danach strebt, eine bessere Lebensqualität zu erzielen.²⁹⁰ Die Verfügbarkeit von ARV-Medikamenten und Aufbau und Unterhaltung eines Gesundheitssystems, in dessen Rahmen die Therapie durchgeführt werden kann, stehen im Zentrum der Forderung. Die beiden Ziele sind insbesondere in Bezug auf die Komponente von freiwilliger Beratung und Test der SAVE-Strategie von Bedeutung, da die Aussicht auf medikamentöse Behandlung, wie bereits oben ausgeführt, den Schritt zu einem HIV-Test fördert.²⁹¹ Um den Rahmen dieser Arbeit nicht zu sehr auszudehnen, kann im Folgenden allerdings nur der Zugang zu ARV-Medikamenten im Fokus der Betrachtung stehen.²⁹²

Aus Perspektive der Pharmaindustrie ist es ein schwieriges und kostspieliges Unterfangen, ein neues Medikament auf den Markt zu bringen. Ihr entstehen Kosten für Forschung, Entwicklung, Test und Zulassung des Medikaments, die am Ende möglicherweise auch noch völlig vergebens gewesen sein können, wenn das Medikament aufgrund von Nebenwirkungen vom Markt genommen werden muss bzw. erst gar keine Zulassung erhält. Mit Blick auf solche Investitionsrisi-

²⁹⁰ Vgl. <<http://www.inerela.org/SAVE.htm>> (abgerufen am 30.11.2006)

²⁹¹ Vgl. dazu Abschnitt 8.4. Weinreich und Benn zufolge gibt es auch Studien die auf ein erhöhtes Risikoverhalten nach der Teilnahme an einer ARV-Therapie hinweisen. Allerdings stammten diese Daten aus Erhebungen unter homosexuellen Männern in Industrieländern. Sie können somit nicht auf die Situation Afrikas übertragen werden. Vgl. Weinreich/Benn (2005:113f)

²⁹² Die Etablierung von Gesundheitssystemen, die in der Lage sind die medikamentöse Behandlung jedes Einzelnen Patienten zu begleiten, sind für den Therapieerfolg jedoch unverzichtbar und deswegen mit gleicher Priorität in der AIDS-Bekämpfung zu fordern.

ken würden in einer freien Marktwirtschaft ohne Patentschutz nur wenige pharmazeutische Forschungen stattfinden. Denn Kosten für Fehlentwicklungen müssen die Firmen selbst tragen und erfolgreiche Ergebnisse würden von Konkurrenten sofort kopiert und zu geringerem Preis auf den Markt gebracht. Der Markt würde unter solchen Bedingungen eine Unterversorgung an medizinischen Innovationen hervorbringen und Pharmaunternehmen wären nicht in der Lage, auf Dauer erfolgreich zu wirtschaften.²⁹³

Die klassische Lösung des TRIPS-Abkommens korrigiert diese Gefahr. Patentrechte gewähren den Investierenden Patentschutz, so dass sie einen Preis verlangen können, der die investierten Forschungs- und Entwicklungskosten ausgleichen kann und darüber hinaus den Konzern Profite erwirtschaften lässt. Die Unterversorgung mit medizinischen Innovationen als einem ersten Marktversagen wird damit zwar ausgeglichen, gleichzeitig wird damit aber die Monopolstellung der Konzerne geschaffen, die zu einer Unterversorgung in den Entwicklungsländern führt.

Wie dieses zweite Marktversagen im Sinne des Menschenrechts auf Leben behoben werden kann, um Verteilungsgerechtigkeit zu schaffen, soll durch die nun anschließende Diskussion von drei gegenwärtig vertretenen Varianten herausgefunden werden.

9.3.1 Preisdifferenzierungen

Eine Strategie differenzierter Preise kann in einer ersten Variante ein Erlass von Zwangslizenzen im Falle eines gesundheitlichen Notstandes von Seiten der Regierungen sein, was aber, wie bereits oben dargestellt, aus verschiedenen Gründen von den Entwicklungsländern nicht genutzt wird bzw. nicht genutzt werden kann.²⁹⁴

In einer zweiten Variante können Pharmaunternehmen höhere Preise von wohlhabenden Kunden verlangen und aufgrund der dadurch ermöglichten höheren Gewinne gegenüber den ärmeren Käufern auf hohe Preise verzichten. Aber auch diese Preisdifferenzierung birgt ihre Probleme. Die Umsetzung kann dazu führen, dass die verbilligten, aber dennoch wertvollen Medikamente, durch illegale Exporte auch auf die wohlhabenden Märkte gelangen, die Preise drücken und so

²⁹³ Vgl. Pogge (2005a:185)

²⁹⁴ Vgl. dazu Abschnitt 4.3

den Pharmakonzernen relative Verluste bescheren. Die eingeplanten Gewinne auf den Märkten mit großer Kaufkraft, die eigentlich die Preisreduzierungen in Entwicklungsländern ausgleichen sollten, entfallen und würden somit dazu führen, dass auch die niedrigeren Preise auf den ärmeren Märkten nicht mehr gehalten werden können. Die Strategie der Preisreduzierung würde also nur dann zum gewünschten Ziel führen, wenn die Märkte der unterschiedlichen Länder völlig voneinander abgeschirmt wären.

Da Erfinder-Firmen eben solche Verluste aufgrund von unkontrollierten Güterflüssen befürchten, unternehmen sie in der Regel von sich aus keine Bemühungen, das zweite Marktversagen durch eine differenzierende Preisstrategie zu überwinden, widerstehen entsprechendem Druck von außen und bekämpfen jegliche Versuche, einer Zwangslizenzierung unterworfen zu werden.²⁹⁵

Falls es einem Land gelingt, gegen den Druck von pharmazeutischen Firmen und nicht selten auch gegen den Druck ihrer jeweiligen Heimatregierung, ihr Recht auf Zwangslizenzierung auszuüben, werden alle Verluste aufgrund von unkontrollierten Warenflüssen auf den Patentinhaber abgewälzt. Sobald dies in größerem Umfang geschieht, stellt sich das erste Marktversagen der Unterversorgung wieder ein. Die Pharmaindustrie würde dazu neigen, weniger für die Entwicklung essentieller Medikamente auszugeben, wenn zur Unsicherheit des Erfolgs noch die zusätzliche Unvorhersagbarkeit käme, ob und in welchem Umfang es ihr erlaubt sein wird, Investitionen durch die ungestörte Ausübung einer Monopolstellung in der Preisgestaltung wieder hereinzuholen.²⁹⁶ Preisdifferenzierungen können somit nicht zu erhöhter Verfügbarkeit von ARV-Medikamenten auf Märkten der Entwicklungsländer beitragen.

9.3.2 Freiwillige Produktlizenzen

Der Patentschutz und die hohen Preise scheinen also unerlässlich für die zukünftige Bereitschaft der Pharmaindustrie zu sein, in die Entwicklung und Forschung neuer Medikamente zu investieren: „The plain truth is that a great deal of research would simply not be done without money from this industry.“²⁹⁷ Nach Angaben von Ärzten ohne Grenzen blieb die einzige Erfolg versprechende Möglichkeit, trotz Patentschutz bezahlbare Medikamente einzusetzen, das Aushandeln freiwillig

²⁹⁵ Vgl. Pogge (2005a:187)

²⁹⁶ Vgl. Ebd. (2005:187ff)

²⁹⁷ Resnik (2001:14)

liger Produktionslizenzen für Generika. Die Verhandlungen mit den Firmen Boehringer Ingelheim und GlaxoSmithKline in Südafrika im Jahr 2003 hätten ihrer Meinung nach deutlich gemacht, dass solche freiwilligen Lizenzen aber nur mit erheblichen politischen Druck, einer informierten Öffentlichkeit und der glaubwürdigen Drohung einer Zwangslizenz durchzusetzen seien. Die Vergangenheit hätte aber gezeigt, wie schwierig es gerade für Entwicklungsländer sei, Zwangslizenzen aufgrund mangelnder Produktionskapazitäten, Widerständen der Pharmaindustrie und der mangelnden Unterstützung von Regierungen der Industrieländer, wirklich durchzusetzen.²⁹⁸

Mittlerweile ist es manchen Ländern gelungen, durch die Aushandlung von freiwilligen Produktlizenzen, den Preis für eine standardisierte Dreifachtherapie mit Generika drastisch zu senken: von jährlich über 10.000 US-\$ auf 154 US-\$ pro Kopf.²⁹⁹ In Anbetracht durchschnittlicher staatlicher Gesundheitsausgaben in Entwicklungsländern von jährlich 23 US-\$ pro Kopf wird eine flächendeckende Versorgung mit ARV-Medikamenten aber bei der Nutzung dieses Weges weiter hinter den so dringenden Erwartungen zurückbleiben.³⁰⁰

Abgesehen davon sind solche Aushandlungen immer in ihrem zeitlichen und mengenmäßigen Umfang begrenzt und somit ungeeignet, alle Betroffenen auf Dauer zu erreichen. Ähnlich steht es mit der Spende von kostenlosen Medikamenten. Sie mögen aus einer guten Absicht heraus entstehen und mögen besser sein als nichts, erreichen aber schlussendlich nur wenige Menschen.³⁰¹ Die Beschreibung zeigt, dass die soziale Verantwortung der meisten Unternehmen, immer begrenzt bleibt und in eine Sackgasse führt: „There is a quite considerable amount of window-dressing, but no action has been forthcoming as yet that would bring us even close to what is required to save the millions of lives that are at stake.“³⁰² Auch freiwillige Produktlizenzen können somit nicht zu einer flächendeckenden medikamentösen Versorgung von AIDS-Patienten beitragen.

²⁹⁸ Vgl. Ärzte ohne Grenzen (2004:16f)

²⁹⁹ Dieser Preis wurde durch die Bill Clinton Stiftung mit vier Generikaherstellern ausgehandelt. Die Medikamente sind beispielsweise in Ruanda und Mosambik für diesen Preis erhältlich. Drei der Hersteller sind in Indien beheimatet und mussten zu diesem Zeitpunkt noch keine Patente akzeptieren. Vgl. Ärzte ohne Grenzen (2004:6)

³⁰⁰ Vgl. WHO (2001:56)

³⁰¹ Vgl. Schüklenk/Ashroft (2005:131ff)

³⁰² Schüklenk/Ashroft (2005:137)

9.3.3 Strategie öffentlicher Güter

Die Strategie öffentlicher Güter von Pogge versucht durch einen grundlegenden Reformplan aus drei Komponenten einen Interessenausgleich zu schaffen, der die Hauptmängel des gegenwärtigen Monopol-Patent-Systems vermeidet, dabei aber die meisten seiner bedeutsamen Vorteile bewahrt.

In einem ersten Schritt sollten die Ergebnisse jeder erfolgreichen Forschung und Entwicklung eines essentiellen Medikamentes sämtlichen Pharmakonzernen als öffentliches Gut zur Verfügung stehen. Dieser Weg eliminiere das zweite Marktversagen, begegne der Monopolbildung und führe aufgrund eines Wettbewerbs zu Preisen, die nahe an den marginalen Produktionskosten liegen würden.³⁰³ Allerdings nur unter der Voraussetzung, dass dieses System, das die Arzneimittelentwicklung als öffentliches Gut behandelt, weltweit eingeführt werde.³⁰⁴

Für sich allein genommen würde diese Komponente allerdings jeden Anreiz zu pharmazeutischer Entwicklung zerstören. Ähnlich zum gegenwärtigen TRIPS-Abkommen sollten deswegen Erfinder-Firmen das Recht eingeräumt werden, ein mehrjähriges Patent auf das essentielle Medikament zu beantragen, in das sie investierten. Während der Lebenszeit dieses Patents sollte das Unternehmen im Verhältnis zur Schlagkraft gegenüber der globalen Krankheitsbürde, gegen die das Medikament entwickelt wurde, aus öffentlichen Geldern entlohnt werden. Laut Pogge schaffe diese Komponente eine Neuorientierung und Anreize für forschende Unternehmen. Sie wären bestrebt, möglichst vielen Menschen den Zugang zu dem neuen Medikament zu verschaffen, was die Preise mitunter sogar unter die Produktionskosten senken würde.

Darüber hinaus wären sie bestrebt, einen möglichst großen Einfluss auf die Bekämpfung eines Leidens zu haben und dazu motiviert, in Kooperation untereinander die Gesundheitssysteme armer Länder zu verbessern, um den Effekt ihrer Erfindungen zu vergrößern.³⁰⁵ Jedes Pharmaunternehmen hätte großes Interesse daran, dass möglichst viele Generikaproduzenten günstige Kopien herstellen und Entwicklungsländer mit ihnen zusammenarbeiten, da so die Anzahl der Nutzer steige:³⁰⁶ „The Reform would align and harmonize the interests of inventor firms

³⁰³ Pogges Reformideen lassen sich sowohl durch die ökonomische Theorie, als auch durch die Empirie bestätigen. Beide zeigen, dass Preissenkungen bei Arzneimitteln nur durch Wettbewerb entstehen können. Vgl. Schaaber (2005:257)

³⁰⁴ Vgl. Pogge (2005a:188)

³⁰⁵ Vgl. Ebd. (2005:188ff)

³⁰⁶ Vgl. Ebd.

with those of patients and the generic drug producers – interests that, under the current regime, are diametrically opposed.”³⁰⁷

Der alleinige Anreiz des gegenwärtigen Status quo ein neues Medikament nur dann zu entwickeln, wenn hohe Gewinne zu erwarten sind, würde durch den Ansporn ersetzt, Medikamente für die Behandlung von Krankheiten wie AIDS zu entwickeln, unter denen viele Menschen sterben und leiden: „This reorientation would greatly mitigate the problem of neglected diseases that overwhelmingly affect the poor. And it would open new profitable research opportunities for pharmaceutical companies.“³⁰⁸

Der dritte Bestandteil des Reformplans bestünde darin, einen fairen, durchführbaren und politisch realistischen Mechanismus für die Verteilung der Kostenbelastung zu entwickeln, für die aufgrund ihrer wirtschaftlichen Kraft nur die Industrienationen aufkommen könnten.³⁰⁹ Pogges Anspruch ist es, mit diesem Reformmodell stabile und verlässliche Anreize für besonders auf die Gesundheitsprobleme der Armen zugeschnittene medizinische Innovationen zu schaffen. Die Umsetzung dieses Plans würde seiner Meinung nach voraussichtlich keine bedeutsame Erhöhung der globalen Gesundheitsausgaben nach sich ziehen.³¹⁰ Wahrscheinlich würde sie sogar zu Einsparungen führen, wenn man die erheblichen wirtschaftlichen Einbußen hinzurechnet, die durch die gegenwärtige weltweite Krankheitslast entstünden.³¹¹

Um einerseits die medikamentöse Versorgungslage zu verbessern und andererseits dabei aber der Pharmaindustrie Entwicklungs- und Forschungsanreize nicht zu nehmen, kommt der Strategie öffentlicher Güter, im Rahmen der hier diskutierten Strategien, das größte Potential zu. Sie ist in der Lage, den Grundstein für Verteilungsgerechtigkeit von ARV-Medikamenten zu legen, der Subsaharastaaten im Rahmen sozialer Gerechtigkeit fehlt.

9.4 Freiwillige Beratung und Test

Die dritte Forderung der SAVE-Formel zielt auf eine Verminderung der Neuinfektionen ab, denn Menschen die sich beraten und testen lassen und so ihren HIV-Status erfahren, können sich selbst bzw. andere besser vor einer Infektion

³⁰⁷ Pogge (2005a:189)

³⁰⁸ Ebd. (2005a:190)

³⁰⁹ Vgl. Ebd. (2005a:191)

³¹⁰ Vgl. Ebd.

³¹¹ Vgl. Ebd. (2005a:182ff)

schützen. Die Betonung liegt insbesondere auf der Freiwilligkeit, Beratungs- und Testeinrichtung aufzusuchen, da jeglicher Zwang wiederum Verdrängung, Ignoranz und Stigmatisierung der Problematik fördern könnte.³¹² HIV-Infizierte sollen und müssen dieser Forderung entsprechend an den Beratungsstellen Informationen und Unterstützung erhalten, um ihr Leben weiter „positiv“ bestreiten zu können: „People who are ignorant of their HIV status or who are not cared for can be sources of new HIV infections.“³¹³

Eine Forderung, der die Tatsache, dass 95% der Menschen weltweit, die mit HIV infiziert sind, ihren eigenen Status nicht kennen und das Virus unwissentlich weiterverbreiten, massiven Nachdruck verleiht.³¹⁴ Gründe hierfür liegen im unzureichenden Angebot an Beratungs- und Testeinrichtungen, in den hohen Kosten für Tests, aber auch wieder in der Stigmatisierung der Infizierten und im Mangel an Behandlungsmöglichkeiten. Beratung und HIV-Test waren von Beginn an eine Komponente der HIV-Prävention, die das Hochrisikoverhalten reduzierte: eine Studie von Tansania und Kenia bestätigte dies durch eine signifikante Reduzierung von ungeschütztem Geschlechtsverkehr unter den Personen, die sich freiwillig beraten und testen ließen.³¹⁵

Der Aufbau von Beratungs- und Testeinrichtungen, aber auch die Bereitschaft, sich eines solchen Tests freiwillig zu unterziehen, steht in einem wechselseitigen Abhängigkeitsverhältnis mit dem universellen Zugang zur Behandlung mit ARV-Medikamenten. Zum einen ist die Wahrnehmung von HIV-Tests notwendig, um herauszufinden wer überhaupt einer ARV-Therapie bedarf. Zum anderen steigert die Aussicht auf eine lebensverlängernde Behandlung von AIDS nachweislich die Bereitschaft, sich einem HIV-Test zu unterziehen.³¹⁶

Afrikas bekannteste NGO in Bezug auf AIDS *The AIDS Support Organization* aus Uganda, wurde vor allen Dingen in Bezug auf die Methoden von freiwilliger Beratung und freiwilligen Tests zum Vorbild für viele andere: die Berater trafen die Patienten sowohl vor als auch nach dem HIV-Test. War der Test positiv, so wurden ihnen die Folgen der Infektion aufgezeigt und sie wurden gebeten, mindestens einer Vertrauensperson von der Infektion zu erzählen. Sie bekamen Ratschläge für gesunde Lebensgewohnheiten, wurden in eine Gruppe von anderen

³¹² Kuba stattdessen zwang in den 1980er Jahren die komplette Bevölkerung zu einem HIV-Test und isolierte die Infizierten in so genannten Sanatorien. Der diskriminierende Charakter dieses Vorgehens ist offensichtlich. Vgl. Whiteside/Sunter (2000:18)

³¹³ Ökumenischer Rat der Kirchen (2006:4)

³¹⁴ Vgl. Weinreich/Benn (2005:88)

³¹⁵ Vgl. Lamptey u.a. (2006:19)

³¹⁶ Vgl. Schaaber (2005:103)

HIV-positiven eingeladen und im Umgang mit ihrer Situation so lange wie erforderlich unterstützt.³¹⁷

Das Wissen um den eigenen negativen HIV-Status kann dabei ein großer Anreiz für eine Verhaltensänderung sein bzw. für das Beibehalten des sexuellen Verhaltens, das diesen Status bewahrt. Das Wissen um den eigenen positiven Status kann dagegen durch Beratung, Unterstützung und durch die Aussicht auf eine lebensverlängernde ARV-Therapie zu einer positiven Lebenseinstellung führen.

Die Einrichtung von flächendeckenden Beratungs- und Testeinrichtungen und die Empfehlung in Präventionskampagnen, diese beiden Angebote auf freiwilliger Basis zu nutzen, schafft nicht nur die Voraussetzung für eine adäquate Prävention, sondern somit auch die Voraussetzung für den Erhalt der Beteiligungsgerechtigkeit im Sinne der sozialen Gerechtigkeit.³¹⁸

9.5 Empowerment

Im letzten Abschnitt des Kapitels wird nun die letzte Komponente der SAVE-Strategie vorgestellt. Die deutsche Übersetzung des Begriffs Empowerment mit Bestärkung oder Selbstbemächtigung greift dabei zu kurz, um die umfassende Bedeutung zu erfassen.³¹⁹ So versteht man unter Empowerment vielmehr die Fähigkeit von Menschen, das eigene Leben durch mehr Einfluss und Mitsprache zu meistern oder präziser die Prozesse, in denen „Menschen die Fähigkeit entwickeln und verbessern, ihre soziale Lebenswelt und ihr Leben selbst zu gestalten und sich nicht gestalten zu lassen.“³²⁰

Die letzte Komponente der SAVE-Formel fordert insbesondere Empowerment von Frauen durch Wissen und Fähigkeiten.³²¹ Bildung soll der Forderung entsprechend die Grundlage dafür legen, dass Menschen sich gegenüber HIV/AIDS behaupten können.³²² So bildet Empowerment von Frauen insbesondere in Bezug auf die Durchsetzung von Präventionsmethoden gegenüber Männern die entscheidende Grundvoraussetzung.

³¹⁷ Vgl. Lamptey u.a. (2006:19)

³¹⁸ Vgl. Abschnitt 8.2.1

³¹⁹ *Empowerment* lässt sich im Deutschen, abgeleitet von *to empower* (jemanden ermächtigen), mit Selbstbemächtigung übersetzen. Der passivierende Bedeutungsgehalt des darin enthaltenen ursprünglichen Verbs „ermächtigen“ entspricht aber nicht dem aktivierenden Konzept des Empowerment. Um solchen sprachlich verursachten Unklarheiten vorzubeugen, wird der Begriff „Empowerment“ in der Regel weltweit im Englischen belassen. Vgl. Wihofszky (2005:28)

³²⁰ Stark (2003:28)

³²¹ Vgl. <<http://www.inerela.org/SAVE.htm>> (abgerufen am 30.11.2006)

³²² Ökumenischer Rat der Kirchen (2006:4)

Falsche Informationen oder der Mangel an Bildung an sich, sind durchaus zwei der größten Faktoren, die das dringend erforderliche individuelle Handeln gegenüber HIV und AIDS behindern und verhindern, aber nicht die einzigen, wie bereits oben zu lesen war. An AIDS stirbt man vielleicht in 10 Jahren, an Hunger mitunter schon morgen. Wer nicht weiß, wie seine Familie die nächsten Tage überleben soll, für den spielt AIDS eine Nebenrolle, auch wenn er oder sie mitunter über Ursachen und Folgen der Krankheit informiert ist. Empowerment ist diesbezüglich nicht allein über Bildung zu erreichen, sondern kann nur auch über Armutsbekämpfung, Entwicklung und über Geschlechtergerechtigkeit, gerade in Bezug auf Empowerment von Frauen, entstehen.

Im Folgenden soll auch hier ein Ausblick über konkrete Handlungsoptionen gegeben werden, die Empowerment direkt oder indirekt fördern. Im Mittelpunkt stehen dabei der Zugang zu Bildung, die Reform des Welthandels und die Vergabe von Mikrokrediten.

9.5.1 Zugang zu Bildung

Als eine erste Handlungsoption zur Stärkung des Empowerment wird im Folgenden der Zugang zu Bildung thematisiert. Schon die Analyse von Ursachen und Folgen der Pandemie machte die entscheidende Bedeutung von Bildung zum Schutz vor einer HIV-Infektion deutlich.³²³ Auf einer internationalen AIDS-Konferenz fasste ein Experte diese Bedeutung treffend zusammen: „Bildung ist die einzige Schutzimpfung, die wir zurzeit haben!“³²⁴ Fallbeispiele aus Hochprävalenzländern, in denen über längere Zeit Präventionsprogramme innerhalb des Bildungssystems durchgeführt wurden, belegen dies durch eine Reduzierung der Inzidenzrate hinreichend.³²⁵

Dass Bildung im Kampf gegen HIV/AIDS gerade das Empowerment stärkt und somit dazu beiträgt, dass insbesondere Frauen die Fähigkeit entwickeln, ihre soziale Lebenswelt und ihr Leben selbst zu gestalten und sich nicht gestalten zu lassen, belegt Kelly in seiner Analyse, in der er der Bildung auf drei Ebenen Bedeutung zumisst, eindeutig.³²⁶ Hätte noch keine Infektion stattgefunden, so

³²³ Vgl. dazu Abschnitt 3.4

³²⁴ Donald Bundy, Koordinator des Bildungs- und AIDS-Programms der Weltbank auf der internationalen AIDS-Konferenz in Barcelona im Jahr 2002. Landis (2002:15).

³²⁵ Vgl. World Education Forum (2000:23). Beispielsweise sank in den 1990er Jahren die HIV-Infektionsrate in Sambia bei Frauen mit Schulbildung fast um die Hälfte, während es bei Frauen ohne Schulbildung nur einen geringen bzw. keinen Rückgang zu verzeichnen gab. Vgl. dazu Landis (2002:14).

³²⁶ Vgl. Kelly (2000)

erhöhe Bildung auf einer ersten Ebene zum einen den Selbstschutz und Sorge zum anderen für die Herausbildung eines konstruktiven Wertesystems und förderlicher Verhaltensweisen. Auf einer zweiten Ebene stärke Bildung, Kellys Ansicht nach, die Fähigkeit mit der eigenen Infektion oder der eines Familienmitgliedes umzugehen und Fürsorge zu leisten. Außerdem würden im Falle einer Infektion Stigmatisierung und Diskriminierung im Umfeld reduziert. Und auch wenn AIDS bereits zu Todesfällen in der Familie geführt hätte, könne Bildung Hilfe dabei leisten mit Trauer und Verlust umzugehen und eine Neuorganisation des Lebens zu unterstützen.³²⁷

Damit das „Fenster der Hoffnung“, wie Köbrich und Schulz die Altersgruppe der 5-15jährigen bezeichnen, nicht zufalle, sei es von großer Bedeutung eine Grundbildung für alle Wirklichkeit werden zu lassen und die Schulen an die Herausforderungen von HIV/AIDS anzupassen.³²⁸ Eine Grundbildung für alle, wie sie auch die UNO in ihrem zweiten Millenniumsziel fordert und die eine Grundvoraussetzung für die gesellschaftliche Beteiligung aller im Sinne der Beteiligungsgerechtigkeit darstellt.³²⁹

Um dieses noch in weiter Ferne liegende Ziel zu erreichen, empfiehlt UNICEF infolge einer umfassenden Analyse mehrere Schritte, die die Ursachen für den geringen Schulbesuch insbesondere von Mädchen berücksichtigt.³³⁰ So müssten dem Kinderhilfswerk zufolge, Schulen mit sauberem Trinkwasser und Sanitäreinrichtungen versorgt werden, um vor allem Mädchen den Schulbesuch zu erleichtern. Lehrer sollten gut bezahlt werden und so ausgebildet werden, dass sie für die Rechte von Kindern sensibel seien. Neben dem klassischen Unterrichtsstoff sei ein Programm zur Gesundheitsförderung und zur Aufklärung über Hygiene und HIV/AIDS lebenswichtig. Sollten Kinder nicht zur Schule kommen können, weil sie sich um die Geschwister kümmern oder arbeiten müssen, sollten des weiteren flexible Unterrichtszeiten am frühen Morgen oder am Nachmittag eingeführt werden, um alle zu erreichen. Unterscheide sich die Unterrichtssprache von der Muttersprache, so sollten Schulen darüber hinaus einen muttersprachlichen bzw. zweisprachigen Unterricht einführen, um die Lernerfolge zu erhöhen. Denn insbesondere Mädchen hätten über die Familie hinaus kaum Außenkontakte und

³²⁷ Vgl. Kelly (2000)

³²⁸ Vgl. Köbrich/Schulz (2002:12).

³²⁹ Dem zweiten Millenniumsziel der UNO zufolge, sollen bis 2015, alle Mädchen und Jungen eine vollständige Primarschulbildung erhalten. Vgl. UN (2007:10).

³³⁰ Trotz signifikanten Fortschritten, liegt beispielsweise Subsahara-Afrika in Bezug auf die Verwirklichung der universellen Primarschulbildung weiter hinter anderen Weltregionen zurück: 30% der Kinder im Grundschulalter gehen nicht zur Schule – die meisten von Ihnen sind Mädchen. Vgl. UN (2007:10).

könnten so oftmals dem Unterricht kaum folgen.³³¹

Über diese Veränderungen innerhalb der Schulen hinaus, fordert UNICEF auch Maßnahmen außerhalb, um das Millenniumsziel der Primarschulbildung für alle zu verwirklichen und die Bildung als wichtige Waffe gegen HIV/AIDS einzubinden. So sollten Schulgebühren abgeschafft und Schulen möglichst in der Nähe von Wohnorten eingerichtet werden, um Grundvoraussetzungen für den Schulbesuch zu schaffen. Um vor allen Dingen die Schulbildung der Mädchen zu erreichen, müsse UNICEF zufolge die Arbeitsbelastung verringert werden, indem beispielsweise Brunnen angelegt und damit lange Wege zum Wasserholen vermieden werden.³³² Darüber hinaus empfiehlt das Kinderhilfswerk Jungen und Männer zu aktivieren um die Akzeptanz für den Schulbesuch von Mädchen zu erhöhen:

„Politische und religiöse Führer, Lehrer, Väter und selbst männliche Mitschüler können entscheidend dazu beitragen, die Bildung der Mädchen voranzubringen und die Schule zu einem mädchenfreundlichen Ort zu machen - dafür müssen sie jedoch erfahren, wie sehr die Gemeinschaft von der Bildung für Mädchen und Frauen profitiert.“³³³

9.5.2 Reform des Welthandels

Dass die gegenwärtige Welthandelsordnung unmittelbar mit der HIV/AIDS-Bekämpfung verknüpft ist, wurde durch die Betrachtung des TRIPS-Abkommens bereits deutlich.³³⁴ Darüber hinaus spielt der Welthandel aber auch eine entscheidende Rolle gegenüber der Armut, die einem Empowerment des afrikanischen Kontinents insgesamt und dem Großteil der Bevölkerung massiv im Wege steht. Welcher Reformen die Welthandelsordnung für die Bekämpfung der Armut bedarf und welche Rolle sie in Bezug auf die geforderte soziale Gerechtigkeit in der HIV/AIDS-Bekämpfung spielen, soll der folgende Abschnitt in Grundzügen erschließen.

Durch die Gründung der WTO wurde der Ordnungsrahmen des Welthandels substantiell erweitert und institutionell vertieft, was zur Folge hatte, dass eine multilaterale Welthandelsordnung gestärkt und mehr globale Rechtssicherheit

³³¹ Vgl. UNICEF (2004:8).

³³² Vgl. Ebd. (2004:9).

³³³ UNICEF (2004:9).

³³⁴ Vgl. dazu Abschnitt 4.3

geschaffen wurde. Misst man die WTO aber an den ethischen Maßstäben sozialer Gerechtigkeit, so entsteht eine unbefriedigende Bilanz, die nach Ansicht der *Sachverständigengruppe Weltwirtschaft und Sozialethik der Deutschen Bischofskonferenz* im Wesentlichen drei Neuausrichtungen unvermeidlich macht.

Eine erste Forderung betrifft die zunehmende Aushöhlung der im Rahmen der WTO favorisierten multilateralen Welthandelsordnung. In den letzten Jahren stieg die Anzahl bilateraler und regionaler Handelsabkommen sprunghaft an, was der Zielvorstellung eines verstärkten multilateralen Welthandels der WTO zum einen widerspricht und zum anderen auch mit der Tatsache einhergeht, dass die von der WTO vorgesehen Ausnahmeregelungen und Bedingungen für bilaterale Zollunionen und Freihandelsabkommen in der Praxis häufig nicht eingehalten werden.³³⁵

Insbesondere die Industrieländer setzen verstärkt auf den Abschluss regionaler und bilateraler Abkommen, da sie auf diesem Weg mehr damit rechnen ihre eigenen Interessen umsetzen zu können, als im Rahmen der WTO.³³⁶ Das Ziel der WTO, die Handelsperspektive der wirtschaftlich am wenigsten entwickelten Länder zu verbessern, gerät damit immer mehr in den Hintergrund. Aufgrund dessen fordert die Sachverständigengruppe die Förderung einer für alle Staaten verbindlichen multilateralen Welthandelsordnung, die sich auf regionale Abkommen stützt.³³⁷ Im Blick auf Verfahrensgerechtigkeit, die darauf abzielt, dass insbesondere die schwächere Partei in einem rechtlichen Verfahren faire Bedingungen erhält, ist dieses Umdenken von großer Bedeutung.

Eine zweite Forderung betrifft die Weiterentwicklung einer bevorzugten und differenzierten Behandlung ärmerer Länder. Neben den Grundprinzipien von Meistbegünstigung³³⁸, Reziprozität³³⁹ und Inländerbehandlung³⁴⁰ sind im Rahmen der WTO-Verträge zahlreiche Formen der Vorzugsbehandlung von Entwicklungs-

³³⁵ Regionale Handelsabkommen sind laut dem General Agreement on Tariffs and Trade (GATT) der WTO dann erlaubt, wenn sie keine neuen Handelsschranken nach außen errichten und die unvermeidliche Diskriminierung von Drittstaaten allmählich wieder abbauen. Dabei gilt insbesondere das Prinzip der Meistbegünstigung: Sämtliche Vorteile und Begünstigungen, die ein Mitgliedsland einem Anderen gegenüber einräumt, sollen unverzüglich auch allen anderen WTO-Nationen eingeräumt werden. Das zeitlich begrenzte Abweichen von diesem Prinzip wird von der WTO hingenommen, weil man sich erhofft, dass wirtschaftliche Integration zwischen Nachbarn oder historisch verbundenen Ländern schneller möglich ist, als im weltweiten Maßstab. Werden die regional und bilateral erzielten Fortschritte dann in Welthandelsrunden der WTO verallgemeinert, dann können sich diese Regionalabkommen, so die Hoffnung der WTO, als Stützpfiler einer multilateralen Welthandelsordnung erweisen. Vgl. Deutsche Bischofskonferenz (2006:23ff).

³³⁶ Vgl. Richter (2008).

³³⁷ Vgl. Deutsche Bischofskonferenz (2006:22).

³³⁸ Sämtliche Vorteile und Begünstigungen, die ein Mitgliedsland einem Anderen gegenüber einräumt, sollen unverzüglich auch allen anderen WTO-Nationen eingeräumt werden. Vgl. <<http://www.bmwi.de/BMWi/Navigation/Aussenwirtschaft/Handelspolitik-EU-WTO/wto,did=193048.html>> (abgerufen am 09.10.2008).

³³⁹ Die Nationen werden angehalten sich gegenseitig gleichwertige Begünstigungen einzuräumen. Vgl. Ebd.

³⁴⁰ Ausländische Waren und Dienstleistungen sowie deren Anbieter dürfen nicht ungünstiger behandelt werden als einheimische Waren, Dienstleistungen und Anbieter. Vgl. Ebd.

ländern verankert worden, die bis heute aber nur begrenzte Vorteile brachten.³⁴¹

Die Sachverständigengruppe bemängelt, dass die vorgesehenen Maßnahmen zur Umsetzung der Vorzugsbehandlung nur unzureichend an die tatsächlichen Probleme der Entwicklungsländer angepasst und zudem wenig transparent seien. Zum einen würde das Präferenzsystem missbraucht, da Industrieländer teilweise entweder eine Vorzugsbehandlung von der Einhaltung politischer Vorgaben oder von der Vorlage komplizierter Ursprungsnachweise der Produkte abhängig machen. Zum anderen würde das Präferenzsystem zu einer Fehlentwicklung führen, insbesondere dann, wenn Präferenzen nur für bestimmte Produkte gewährt werden.³⁴² Die gegenwärtige Ausgestaltung der Vorzugsbehandlung im Rahmen der WTO führt demzufolge also keineswegs zu einer besseren Integration der Entwicklungsländer in den Weltmarkt.

Nach Ansicht der Sachverständigengruppe kommt es in Hinsicht einer Welthandelsreform darauf an, die Ausnahmebestimmungen der WTO so zu gestalten, dass die Transparenz und die Berechenbarkeit des Systems steigt und Anreize für eine entwicklungsförderliche Integration in den Weltmarkt gegeben werden.³⁴³

Ergänzend dazu fordert die Sachverständigengruppe die Industrieländer zum einen dazu auf, nicht mit Druck die schnelle und vollständige Marktöffnung von den Entwicklungsländern zu fordern, da dies den Aufbau und Erhalt eigener wettbewerbsfähiger Strukturen erschwere. Zum anderen fordert sie umgekehrt die Industrieländer dazu auf den ärmsten Ländern möglichst freien Zugang zu ihren Märkten zu gewähren, um deren Handelsperspektiven zu verbessern.³⁴⁴

Für alle Formen der bevorzugten und differenzierten Behandlung gilt nach Ansicht der Sachverständigen, „dass sie nur dann gerechtfertigt sind, wenn sie sich tatsächlich zum Nutzen der Armen auswirken.“³⁴⁵ Faire und gleichgewichtige Austauschbeziehungen zwischen den Ländern im Sinne der Tauschgerechtigkeit, die insbesondere die unterschiedlichen Voraussetzungen berücksichtigen und somit darauf abzielen Armut zu reduzieren, anstatt Armut zu vergrößern, sind

³⁴¹ Im GATT wurde bereits 1966 der Vertragsteil IV „Handel und Entwicklung“ aufgenommen, der das Ziel fokussierte, Entwicklungsländern spezielle Handelsvorteile zu gewähren. Dieses „Allgemeine Präferenzsystem“ erlaubt seit 1971 sogar einseitige Zollpräferenzen für Entwicklungsländer, was 1979 durch die Aufnahme eines eigenen Grundsatzes zur „Speziellen und Differenzierten Behandlung“ noch gestärkt wurde. Vgl. Deutsche Bischofskonferenz (2006:25).

³⁴² Vgl. Ebd.

³⁴³ Eine Forderung von Seiten der Reformbefürworter, zu der sich die Ministerkonferenz der WTO schon zu Beginn der aktuellen Welthandelsrunde im Jahr 2001 in Doha bekannten, als sie beschlossen die Bestimmungen zur Vorzugsbehandlung ärmerer Länder zu überprüfen, weiterzuentwickeln und effektiver zu gestalten. Bislang blieb diese Zielsetzung allerdings ohne nennenswerte Umsetzungsergebnisse. Vgl. Deutsche Bischofskonferenz (2006:25ff).

³⁴⁴ Vgl. Ebd. (2006:26f).

³⁴⁵ Deutsche Bischofskonferenz (2006:28).

wesentliches Ziel dieser zweiten Forderung.

Eine dritte Forderung der von der Deutschen Bischofskonferenz eingesetzten Sachverständigengruppe betrifft schließlich die mangelhafte Verfahrensgerechtigkeit innerhalb der WTO. Obwohl die Entwicklungsländer mittlerweile 80% der WTO-Mitglieder stellen, finden ihre Stimmen keine angemessene Berücksichtigung in Entscheidungsprozessen. Aus Mangel an Personal und finanziellen Mitteln seien die Entwicklungsländer nach Analyse der Sachverständigen kaum in der Lage, an der Vielzahl von parallelen Verhandlungsgruppen teilzunehmen, die schwierigen Verhandlungsinhalte zu durchdringen und begründete Stellungnahmen abzugeben. Diese verfahrensrechtlichen Defizite führten faktisch dazu, dass oftmals informelle Absprachen der gut ausgestatteten Delegationen starker Länder die Entscheidungen fällen würden.³⁴⁶ Um die Verhandlungsposition ärmerer Länder zu verbessern, dringt der Sachverständigenrat auf eine stärkere Einbindung zivilgesellschaftlicher Gruppen, um das Beratungsangebot auszubauen und die Transparenz der Entscheidungsabläufe zu verbessern. Nichtregierungsorganisationen besäßen ihrer Ansicht nach neben umfangreichen fachlichen Kompetenzen auch direkte Kontakte zu den Armen, so dass ihre Einbindung einen wichtigen Beitrag zur Armuts- und Entwicklungsorientierung der WTO leisten könne.³⁴⁷

Ein Empowerment der Bevölkerung, um dem Teufelskreis der Armut zu entfliehen und den Gefahren von HIV/AIDS zu entrinnen, erfordert in erster Linie ein Empowerment der Staaten. Eine verlässliche multilaterale Welthandelsordnung, die sie dazu befähigt, sich wirtschaftlich zu behaupten und gegen die Armut auch aus eigener Kraft anzukämpfen, ist dafür unverzichtbar.

9.5.3 Vergabe von Mikrokrediten

Da Mikrokredite durch die Verknüpfung aus Armutsbekämpfung und Empowerment auch in Bezug auf die HIV/AIDS-Problematik eine bedeutende Rolle spielen, können sie als besonders wertvolle Handlungsoption für das Ziel von Empowerment angesehen werden. Die Bedeutung der Mikrokredite wird im Folgenden in wesentlichen Zügen dargestellt.

Dass Armut als Ursache und Folge im afrikanischen Teufelskreis von AIDS eine wesentliche Katalysatorenrolle spielt, wurde bereits mehrfach deutlich. Insbeson-

³⁴⁶ Vgl. Deutsche Bischofskonferenz (2006:33).

³⁴⁷ Vgl. Ebd. (2006:34).

dere Kinder und Frauen sind aufgrund von Armut noch einmal stärker durch eine HIV-Infektion gefährdet, weil der tägliche Überlebenskampf keine Zeit und kein Geld für den Schulbesuch übrig lässt und jede Art von Arbeit Akzeptanz findet, wenn auch die geringste Bezahlung in Aussicht steht. Nach Auffassung von Sütterlin zeige die Erfahrung der Entwicklungszusammenarbeit, dass ein Vorgehen gegen die einzelnen, teilweise komplexen und miteinander verbundenen Ursachen von Armut sich als wenig sinnvoll, wenn nicht sogar als unmöglich erwiesen hätte. Stattdessen gelte es, mit der Vergabe von Mikrokrediten drei zentrale Knoten zu lösen, an denen alle Problemfäden der Armut zusammenliefen: der Mangel an Kapital und die daraus erwachsende Unmöglichkeit wirtschaftlich zu handeln, das fehlende Selbstbewusstsein vor allen Dingen aufgrund des Bildungsmangels und die untergeordnete, benachteiligte Rolle der Frau.³⁴⁸ Zugegebenermaßen ist dieses Knotenmodell nicht mehr als eine Vereinfachung, denn die genannten Punkte sind keine hinreichenden Bedingungen für Armutsbekämpfung. Sie reichen aber aus, um im Rahmen der politisch-praktischen Handlungsansätze gegenüber HIV/AIDS den Bedeutungsgehalt von Mikrokrediten deutlich zu machen.

Die Armutsbekämpfung durch Mikrokredite zählt nicht erst seit dem Gewinn des Friedensnobelpreises von Muhammad Yunus im Jahr 2006, der mit der Grameen-Bank in Bangladesch die erste diesbezüglich spezialisierte Finanzinstitution gründete, zu den Hoffnungsträgern der Armutsbekämpfung. Nach Auskunft der *Microcredit Summit Campaign*, hätten bereits mehr als 80 Millionen arme Familien Zugang zu dieser Form der Kreditvergabe bzw. zu diesem Menschenrecht, wie Yunus herausstellt.³⁴⁹

Die Grundidee der Mikrofinanzierung ist sehr einfach: Bevölkerungsschichten, die aufgrund ihrer Armut nicht von gewöhnlichen Geschäftsbanken bedient werden, erhalten durch den Aufbau von spezialisierten Finanzinstitutionen Zugang zu Kleinstkrediten.³⁵⁰ Dieser Zugang soll insbesondere Kleinstunternehmer und Kleinbauern in die Lage versetzen, in ihre Familienbetriebe zu investieren und somit aus der Subsistenzwirtschaft herausführen, die ohnehin kaum das Überleben sichert. So werden nicht nur die Lebensbedingungen der Kreditnehmer und ihrer Familien verbessert, sondern auch gleichzeitig Arbeitsplätze geschaffen, die andere aus der Armutsfalle ziehen können. Neben der Bereitstellung von

³⁴⁸ Vgl. Sütterlin (2007:55ff)

³⁴⁹ Vgl. *Microcredit Summit Campaign* (2006:2). Vgl. auch Pinzler (1997)

³⁵⁰ Vgl. Terberger (2002)

Kapital für Einkommen schaffende Maßnahmen, werden durch die Bildung im Umgang mit Geld gleichzeitig Eigenverantwortung, Selbstbewusstsein und gesellschaftliche Anerkennung gestärkt und gefördert.

Den Kreditnehmern fehlen zwar bankübliche Sicherheiten, die das Ausfallrisiko begrenzen, doch dies ließe sich nach Ausführungen der Wirtschaftsprofessorin Terberger durch die Vergabe von Gemeinschaftskrediten an Selbsthilfegruppen, bei denen die Kreditnehmer solidarisch haften ausgleichen.³⁵¹ Neben dieser Bildung von Solidargemeinschaften und dem damit verbundenen sozialen Druck, verstärkt auch die Aussicht auf den nächsten Kredit die Rückzahlungsmotivation. Erfahrungen aus Indien zeigen Sütterlin zufolge, dass die Mikrofinanzierung, die Frauen als Kreditnehmerinnen favorisiere, deren wirtschaftliche und rechtliche Marginalisierung aufbreche und so die Rolle der Frau insgesamt stärke. Zahlreiche indische Mikrofinanzierungsprogramme belegten ihrer Ausführung nach, dass Frauen ihre Schulden pünktlicher und zuverlässiger zurück zahlten als Männer und das Geld erfolgreicher zum Wohl der Familie investierten.³⁵² Im Idealfall könne die Bildung einer rein weiblich zusammengesetzten, gut organisierten Selbsthilfegruppe in Verbindung mit einem funktionierenden Spar- und Kreditprogramm die Lösung aller drei Knoten bedeuten.³⁵³ Männergruppen und gemischte Gruppen könnten ebenso zu deren Lösung beitragen, falls sie auch die Gleichberechtigung der Frauen anstreben. Die Steigerung der Lebensqualität der gesamten Familie, aber auch die Erfahrungen der Frauen und ihre Vernetzung untereinander, stärkten zusätzlich ihre Verhandlungsposition gegenüber den Männern.³⁵⁴

In Bezug auf HIV und AIDS können Selbsthilfegruppen finanzielle Sicherheitsnetze schaffen, die Folgen von AIDS-Erkrankungen in den Familien unterstützen können. Ein durch kreditgefördertes Kleingewerbe erzielt Einkommen sichert Schulbesuch und Existenzgrundlage und verhindert die Prostitution von Müttern und Kindern. Außerdem lassen sich Kreditvergabe und HIV/AIDS-Prävention wirksam miteinander verbinden, wie Beispiele aus der Mikrofinanzierung in Malawi zeigen. Dort werden Beratung und Unterstützung der Selbsthilfegruppen durch Vertreter der Mikrokredit-Bank mit Aufklärung und Gesundheitserziehung

³⁵¹ Vgl. Terberger (2002)

³⁵² Die Vergabe von Geldern vor allem an Frauen, die intensive Beratung und die Selbstkontrolle der armen Kreditnehmer ermöglichten Rückzahlungsquoten von über 90%. Vgl. Pinzler (1997)

³⁵³ Vgl. Ebd.

³⁵⁴ Vgl. Sütterlin (2007:70ff)

verbunden.³⁵⁵

Mikrokredite besitzen im Hinblick auf soziale Gerechtigkeit das Potenzial, auf zwei Aspekte Einfluss zu nehmen. Durch die Funktion von Empowerment werden insbesondere Frauen in die Lage versetzt, selbstbewusster in Fragen der HIV-Prävention aufzutreten. Die Voraussetzung für Beteiligungsgerechtigkeit, die die aktive und produktive Teilnahme am Gesellschaftsleben sichert, wird somit geschaffen. Gleichzeitig wird über die Funktion der Armutsbekämpfung aber ein Schritt dazu geleistet, faire und gleichgewichtige Austauschbeziehungen zwischen Einzelnen und Gruppen in der Gesellschaft zu etablieren, die im Sinne der Tauschgerechtigkeit steht.

³⁵⁵ Vgl. Späth (2005:9)

10 Schlussfolgerung und Ausblick

Zum Abschluss werden in diesem Kapitel die zentralen Ergebnisse der Arbeit zusammengefasst und Schlussfolgerungen insbesondere für die Bedeutung der Kirche in der HIV/AIDS-Bekämpfung gezogen. Im Folgenden stelle ich zunächst die zentralen Ergebnisse der Arbeit dar.

Um eine ethische Antwort auf die Pandemie geben zu können, beschäftigte ich mich im ersten Teil der Arbeit mit den strukturellen Ursachen der HIV/AIDS-Problematik. Mit der Darstellung des Krankheitsbildes und des Verbreitungsgrades legte ich zunächst Verständnisgrundlagen für die Pandemie und mit der Betrachtung von Ursachen, Folgen und Gegenmaßnahmen skizzierte ich wichtige Hintergründe der Pandemie. Folgende Ergebnisse traten zu Tage: mit zwei Dritteln aller HIV-Infizierten und AIDS als der Haupttodesursache ist das Epizentrum der Pandemie in den Ländern Afrikas südlich der Sahara zu finden. Die Tabuisierung der Krankheit aufgrund ihrer Verwurzelung mit dem sensiblen Thema Sexualität einerseits, strukturelle Ursachen wie Armut, der Mangel an Bildung und Geschlechtergerechtigkeit andererseits, schaffen den verhängnisvollen Nährboden dafür, dass insbesondere Frauen und Kinder einem hohen Infektionsrisiko ausgesetzt sind, unter den Folgen der Pandemie leiden und die Krankheit sich weiter verbreitet. Die gegenwärtigen Anstrengungen der Weltgemeinschaft durch Fürsorge, Prävention und Medikamentenversorgung eine Trendwende herbeizuführen, scheitern jedoch an unzureichenden finanziellen Ressourcen, an ungerechten Machtstrukturen und an einem defizitären Welthandelsabkommen.

Mit der ethischen Frage, was die Weltgemeinschaft angesichts der Pandemie tun sollte, legte ich im zweiten Teil der Arbeit den Fokus auf eine theologische und ethische Analyse, um mich einer Antwort zu nähern. Die Suche nach einer solchen Ethik im Angesicht von HIV/AIDS stieß angesichts der zahlreichen sozialetischen und individualetischen Herausforderungen auf Hindernisse. Die traditionellen Ansätze der Ethik in ihrer jeweiligen Einzelbetrachtung, hatten im Falle des Utilitarismus nicht das Wohl jedes Einzelnen im Blick, vernachlässigten im Falle der Kantischen Ethik die Konsequenzen einer Handlung und lieferten im Falle der Tugendethik keine Entscheidungsrichtlinien für eine tugendhafte Person. Das umfassende Prinzipientraktat der christlichen Sozialetik bot schließlich Argumente, um ethisches Handeln gegenüber HIV und AIDS von

Seiten der Personalität zu begründen, durch Gerechtigkeit und Solidarität umzusetzen und bot mit der Subsidiarität ein Konzept dafür, alle Ebenen der Gesellschaft in die Verantwortung zu nehmen. Durch den Rückgriff auf die Menschenwürde, die jedem Menschen das moralische Recht zugesteht, nicht erniedrigt zu werden, war es mir anschließend möglich der Weltgemeinschaft über die Aufforderung zur Verantwortungsübernahme hinaus, eine ethische Hilfspflicht aufzuerlegen. Angesichts der mangelhaften Umsetzung der sozialetischen Prinzipien aber, legte ich durch die Konzeption der sozialen Gerechtigkeit einen Rahmen zugrunde, der in Bezug auf die HIV/AIDS-Pandemie eindeutig den Blick auf die ungerechten Strukturen und somit auf den Anwendungsbereich des Prinzipientraktates lenkte.

Über den Befähigungsansatz und insbesondere über die daraus erwachsende Befähigung zum Leben stellte ich anschließend eine grundsätzliche und problemübergreifende Richtschnur dar, an den sämtliche involvierte Akteure ihren Beitrag zu sozialer Gerechtigkeit anlehnen können. Über einen Brückenschlag zwischen der Befähigung zum Leben und dem Menschenrecht auf Leben konnte ich schließlich eine *Sprache* finden, die allen Akteuren der HIV/AIDS-Problematik durch die universelle und unveräußerliche Geltung der Menschenrechte eine eindeutige Handlungsverpflichtung auferlegt.

Im abschließenden dritten Teil der Arbeit legte ich letztlich den Fokus auf die Suche nach politischen bzw. praktischen Antworten auf Ursachen und Folgen der Pandemie. Auf Basis der SAVE-Strategie benannte ich zu den Kernpunkten der HIV/AIDS-Bekämpfung Umsetzungsbeispiele, durch welche gerade die im vorangehenden Teil der Arbeit geforderte Verantwortung für das Recht auf Leben wahrgenommen wird, um soziale Gerechtigkeit in den von strukturellen Ungerechtigkeiten beherrschten Subsahara-Staaten zu schaffen. Eine AIDS-Bekämpfung, die nicht alle Wege zur Eindämmung der Virusübertragung propagiert, führt demnach an den Lebenswirklichkeiten Afrikas ebenso vorbei, wie diejenige, die nicht gleichzeitig Empowerment insbesondere von Frauen durch die Intervention gegenüber Armut und Bildungsmangel fördert. Bedeutung gleichen Umfangs kommen der Wahrnehmung von freiwilligen Tests und Beratung, dem Zugang zu funktionsfähigen Gesundheitseinrichtungen und der Verfügbarkeit von ARV-Medikamenten zu.

Die Arbeit belegt damit hinreichend, dass der HIV/AIDS-Problematik in Subsahara-Afrika strukturelle Ursachen zugrunde liegen, deren Berücksichtigung in der

AIDS-Bekämpfung unerlässlich ist. Der universelle Auftrag der Weltgemeinschaft, das Menschenrecht auf Leben für alle zu gewährleisten, liefert eine Handlungsverpflichtung, die dieser Tatsache genauso Rechnung trägt, wie das Konzept sozialer Gerechtigkeit, das auf Basis sozialetischer Prinzipien eine Zielperspektive für das Handeln vorgibt. Die in der Einleitung formulierte Grundthese der Arbeit kann damit bestätigt werden.

Welche Schlussfolgerungen können nun auf dieser Basis insbesondere für die Bedeutung der Kirchen in der HIV/AIDS-Bekämpfung gezogen werden? Henning Mankell schreibt in seinem eindringlichen Buch *Ich sterbe, aber die Erinnerung lebt*: „Die Wahrheit über AIDS ist eine allgemeine Wahrheit darüber, wie die Welt heute aussieht. Mit anderen Worten wie wir ihr auszusehen erlauben.“³⁵⁶

Wie diese Wahrheit in den Subsahara-Staaten Afrikas aussieht, wurde ausführlich dargestellt. Die Kompetenz zu deren Veränderung liegt sicherlich zum Teil in den Händen der Betroffenen selbst. Die Veränderung von Strukturen allerdings, die ihr Handeln und Denken maßgeblich mitbestimmen, entzieht sich ihrem Einflussbereich. So wird der weitere Verlauf der Pandemie vor allen Dingen vom Willen der Weltgemeinschaft bestimmt werden, Verantwortung gegenüber den strukturellen Ursachen zu übernehmen.

Dass der Tod eine Frage des Geldes ist, stellt eine der dramatischsten Missstände in der Krankheitsbekämpfung dar. Jedes nicht behandelte Opfer der Pandemie bedeutet Verlust an Arbeitskraft, an Erziehungsjahren, an Versorgung und Solidarität gegenüber Kindern, deren eigene *Verletzlichkeit* gegenüber HIV/AIDS dadurch um Vielfaches steigt. Auf dem Spiel stehen nicht nur die Glaubwürdigkeit der hoch entwickelten Nationen und ihrer Politiker, sondern auch der Kirchen. Je länger es vorgezogen wird, den jämmerlichen Tod von Millionen von Menschen zu ignorieren, desto deutlicher wird eine prinzipielle Ignoranz angesichts von Würde und Wert des Lebens, dem gegenüber aber eigentlich die gesamte Weltgemeinschaft über die Menschenrechte verpflichtet ist.

Ich teile voll und ganz die Überzeugung vieler ökumenischer Akteure, dass die weltweite Gemeinschaft der Kirchen, ihre Hilfswerke und insbesondere ihre Gläubigen ein besonderes Potential besitzen, die Pandemie zu bekämpfen. Die Kirchen sind weltweit vernetzt, international, regional und vor allen Dingen lokal präsent. Betroffene können hier nicht nur spirituelle Hilfe und Begleitung erfahren, sondern auch diakonische Hilfe für ihre Anliegen. Darüber hinaus

³⁵⁶ Mankell (2003:80)

spielen gerade die Kirchen in Subsahara-Afrika eine besondere Rolle in der öffentlichen Meinungsbildung und in der Sozialisation der Menschen. So ist besonders auf lokaler und regionaler Ebene den Kirchen ein großartiges Engagement in der AIDS-Bekämpfung zu verdanken.³⁵⁷ Doch die Kondomdebatte lähmt und hindert hier eine umfangreiche Präventionsarbeit. Vor dem Hintergrund, dass AIDS in vielen Ländern nach wie vor tabuisiert wird, Kranke diskriminiert und stigmatisiert werden, unverständliche Ignoranz herrscht oder weit verbreiteter Analphabetismus und Armut die Aufklärung unendlich schwierig machen, wirkt die Kondomdebatte gerade zu banal. Eine Klärung der Frage würde nicht nur denen nützen, die sich in ihrer Lebenssituation nicht mit Abstinenz oder Treue vor dem tödlichen Virus schützen können, sondern auch denjenigen, die sich tagtäglich im kirchlichen Dienst an Betroffenen aufopfern. Die Kirchen würden zeigen, dass sie in der theologisch-ethischen Reflexion und in der amtlichen Verkündigung die wirkliche Realität der Pandemie und ihre Herausforderungen wahrgenommen haben. Kevin Dowling, ehemaliger katholischer Bischof in Südafrika, schreibt in diesem Zusammenhang, dass wahre Religion nicht mit der Befolgung von Ritualen und Gesetzen verwechselt werden dürfte, vielmehr erkenne man einen religiösen Geist im Engagement für die, die in irgendeiner Hinsicht ausgegrenzt seien.³⁵⁸ Wenn Kirchen weltweit also zur Problemlösung beitragen wollen, so müssen sie endlich umgekehrt jegliche Ausgrenzung, Diskriminierung und Ungerechtigkeit gegenüber den HIV/AIDS-Betroffenen als Sünde bezeichnen, die ihrer Botschaft massiv widerspricht.

Im Jahr 2005 betonte Benedikt XVI. in der Enzyklika *Deus caritas est*, dass es nicht die unmittelbare Aufgabe der Kirche sei, Gerechtigkeit zu schaffen, sondern der Politik. Vielmehr das „Mühen um die Gerechtigkeit“ sei ihr Auftrag.³⁵⁹ Den Ausführungen Foitziks zufolge unterstrich er dies im Jahr 2007 erneut, in dem er herausstellte, dass die Kirche, wenn sie anfangs sich in ein politisches Subjekt zu verwandeln, nicht mehr, sondern weniger für Gerechtigkeit tun könne.³⁶⁰

Sieht man den Politikbegriff nur im Zusammenhang mit Macht und Herrschaft, so kann es sicherlich nicht Aufgabe der Kirche sein, sich in diesem Sinne politisch zu betätigen. Versteht man im Gegensatz dazu unter Politik aber allgemein gesprochen jegliche Art gesellschaftlicher Einflussnahme und Gestaltung oder die gesellschaftliche Durchsetzung von Forderungen und Zielen, wie es Schubert und

³⁵⁷ Vgl. dazu Abschnitt 4.1

³⁵⁸ Vgl. Dowling (2003:18)

³⁵⁹ *Deus caritas est* (2005:28)

Klein in ihrer Definition tun,³⁶¹ dann darf sich die Kirche, meiner Meinung nach nicht vor scheuen, sich als politisches Subjekt zu verstehen. Wenn das Leben jedes Einzelnen einen unbeschreiblichen Wert hat, dann ist die Kirche aus ihrer Botschaft heraus dazu aufgerufen, sich an der Auseinandersetzung gegen all die Missstände zu beteiligen, die diesen Wert verringern. Sie ist aufgefordert ihre Aufgabe als „Anwältin der Gerechtigkeit und der Armen“³⁶², wie sie Benedikt XVI. selbst bezeichnet, nicht nur auf spiritueller und diakonischer Ebene wahrzunehmen, sondern auch und gerade auf politischer Ebene.

Betrachtet man die strukturelle Problematik der HIV/AIDS-Pandemie in Afrika, so wird deutlich, dass die Eindämmung der Krankheit zutiefst von politischen Entscheidungen abhängen wird. Entscheidungen, bei denen das „Mühen um Gerechtigkeit“³⁶³, wie es Benedikt XVI. ja anstrebt, in eine Anwaltschaft münden sollte, die Missstände struktureller Ungerechtigkeit nachdrücklich anprangern und sich für die Belange der von HIV/AIDS Betroffenen einsetzt. Dazu würde unter anderem gehören, gegenüber Regierenden und einschlägigen Wirtschaftsunternehmen immer wieder die Bedeutung der lebensverlängernden Medikamente zu verdeutlichen, auf die Finanzierungslücken hinzuweisen, den Einsatz für Maßnahmen in den Bereichen Gesundheit und Bildung zu fordern und sich für die Gleichstellung der Frau stark zu machen. Dazu würde auch zählen immer wieder auf das Menschenrecht auf Leben so vieler Betroffener aufmerksam zu machen, die selbst ihre Stimme nicht erheben können oder nicht erhört werden.

Das internationale katholische Hilfswerk *missio* macht schon seit 2004 durch die Kampagne AIDS & Kinder auf die Folgen der Pandemie für die jüngste Generation aufmerksam. In diesem Rahmen appelliert *missio* seit Ende 2007 nun an die Pharmaindustrie, den HIV-infizierten Kindern der Welt zu einer menschenwürdigen Zukunft zu verhelfen.³⁶⁴ Das Hilfswerk fordert die Pharmaindustrie dazu auf, erstens die Entwicklung geeigneter HIV-Tests für Kleinkinder voranzutreiben, zweitens ARV-Medikamente für Kinder zu entwickeln und schließlich beides zu vertretbaren Preisen anzubieten.³⁶⁵ Dieser Blick zeigt, dass innerhalb der Hilfswerke bereits die wichtige Aufgabe der Anwaltschaft wahrgenommen wird, der gerade die Stimme des Papstes enormen Nachdruck verleihen könnte.

Benedikt XVI. hat für 2009 eine zweite Weltbischofssynode für Afrika angekün-

³⁶⁰ Vgl. Foitzik (2007:326)

³⁶¹ Schubert/Klein (2006:230)

³⁶² Foitzik (2007:326).

³⁶³ Deus caritas est (2005:28)

³⁶⁴ Vgl. Ochel (2007:1)

digt, die den Titel trägt: „Die Kirche in Afrika im Dienst an Versöhnung, Gerechtigkeit und Frieden.“³⁶⁶ Der Weg bis dorthin bleibt zu nutzen, um sich der Realität der Pandemie zu vergewissern und der kirchlichen Verantwortung bewusst zu werden. Spätestens auf dieser Synode muss die katholische Weltkirche der HIV/AIDS-Problematik in die Augen blicken. Und jeden Tag kommen 5000 Gründe in Subsahara-Afrika mehr hinzu, dafür einzutreten, dass Menschen ihre Gegenwart bewältigen und von der Zukunft träumen können.³⁶⁷

³⁶⁵ Vgl. Ochel (2007:3ff)

³⁶⁶ Neufeld (2007:498)

³⁶⁷ Vgl. UNAIDS/WHO (2007:7)

Literaturverzeichnis

Anzenbacher, Arno: Christliche Sozialethik - Einführung und Prinzipien, Paderborn u.a., 1998.

Aktionsbündnis gegen AIDS (Hrsg.): HIV/AIDS, Ethisch-theologische Fragen und Antwortversuche, Tübingen, 2004.

Aktionsbündnis gegen AIDS (Hrsg.): Die aktuelle Situation der HIV-Impfstoff-Forschung, Tübingen, 2005.

<<http://www.aids-kampagne.de/18mimages/hiv-impfstoff09-2005.pdf>>
(abgerufen am 04.10.2007)

Ärzte ohne Grenzen (Hrsg.): Patentschutz und die Zukunft des Medikamentenzugangs in ärmeren Ländern, Berlin, 2004.

<<http://www.aerzte-ohne-grenzen.de/Medikamentenkampagne/Publikationen.php>>
(abgerufen am 30.10.2007)

Ärzte ohne Grenzen (Hrsg.): Hintergrundpapier - Forschung und Entwicklung für vernachlässigte Krankheiten - Wege aus der Krise, Berlin, 2006.

<<http://www.aerzte-ohne-grenzen.de/Medikamentenkampagne/Publikationen.php>>
(abgerufen am 16.11.2007)

Bangert, Kurt / Weiss, Sönke: Janet und der graue Tod – Kinder in einer Welt mit AIDS, Lahr, 2007.

Benatar, Salomon: The HIV/Aids pandemic: a sign of instability in a complex global system, in: Van Nierkek, Anton, u.a. (Hrsg.): Ethics & AIDS in Africa, S. 71 - 83, Claremont, 2005.

Benn, Christoph: Ohne öffentlichen Druck wird die Politik nicht mehr Mittel bereitstellen, in: Eins – Entwicklungspolitik Information Nord-Süd (Hrsg.): Dossier zur Herausforderung von HIV/AIDS, in Ausgabe 11/12/2006, S. 4, Frankfurt, 2006.

Böhler, Thomas: Der Fähigkeiten- Ansatz von Amartya Sen und die bevorzugte Option für die Armen in der Befreiungstheologie, Salzburg, 2004.

<<http://www.uni-salzburg.at/pls/portal/docs/1/479478.PDF>>
(abgerufen am 06.11.2007)

Bundeszentrale für politische Bildung (Hrsg.): Menschenrechte – Dokumente und Deklarationen, Bonn, 2004.

Cahill, Lisa Sowle: AIDS, globale Gerechtigkeit und Katholische Soziallehre, in: Concilium 43, 3/2007, Nijmegen, 2007.

Cukwu, Cletus N.: Applied Ethics and HIV/AIDS – A Philosophical Discourse, Kijabe, Kenia, 2003.

Denis, Philippe: Sexualität und AIDS in Südafrika, in: Heidemanns, Katja u. Moerschbacher, Marco (Hrsg.): Gott vertrauen? AIDS und Theologie im südlichen Afrika, S. 40 - 57, Freiburg 2005.

Deus Caritas est, Enzyklika von Papst Benedikt XVI., Rom, 2005.
<http://www.vatican.va/holy_father/benedict_xvi/encyclicals/documents/hf_ben-xvi_enc_20051225_deus-caritas-est_ge.html>
(abgerufen am 10.12.2007)

Deutsche Bischofskonferenz (Hrsg.): Die Immunschwäche AIDS – Eine pastorale Aufgabe der Kirche, Bonn, 1997.

Deutsche Bischofskonferenz (Hrsg.): Die Kirche in der gegenwärtigen Umwandlung Lateinamerikas im Lichte des Konzils, Bonn, 1986.

Deutsche Bischofskonferenz (Hrsg.): Wirtschaftliche Gerechtigkeit für alle – Der Hirtenbrief der Katholischen Bischöfe der USA, Bonn, 1987.

Deutsche Bischofskonferenz (Hrsg.): Welthandel im Dienst der Armen, Bonn, 2006.

Die Bibel, Einheitsübersetzung der Heiligen Schrift, München, 2006.

Dowling, Kevin: Die Waisen-Krise, in: Herkert, Thomas, Kößmeier, Norbert (Hrsg.): der Leib Christi hat AIDS, Freiburg, 2004.

Endres, Alexandra: Banker der Armen, in: Die Zeit, 04/2006, Hamburg, 2006.
<<http://images.zeit.de/text/online/2006/42/Friedensnobelpreis-Yunus>>
(abgerufen am 22.11.2006).

Feinberg, Joel: The Nature and Value of Rights, in: Feinberg, Joel: Rights, Justice and the Bounds of Liberty, S. 142 - 158, Princeton, 1980.

Fleischer, Klaus / Ochel, Klemens: Schlaglichter einer modernen Seuche, in: Heidemanns, Katja u. Moerschbacher, Marco (Hrsg.): Gott vertrauen? AIDS und Theologie im südlichen Afrika, S. 11 - 39, Freiburg 2005.

Füllkrug-Weitzel, Cornelia: Was ist Kirche im Angesicht von AIDS? in: Deutsches Institut für Ärztliche Mission e.V. (Hrsg.): Difäm zum Thema, Tübingen, 2003.
<http://www.difaem.de/publikationen/archiv_publikationen/zum%20Thema%2004.pdf>
(abgerufen am 30.10.2007)

Foitzik, Alexander: Eine Option für die Armen, in: Herder Korrespondenz, 61. Jahrgang, 7/2007, Freiburg, 2007.

Frühbauer, Johannes: John Rawls Theorie der Gerechtigkeit, Darmstadt, 2007.

Gabriel, Karl: Gerechtigkeit, in: Eicher, Peter (Hrsg.): Neues Handbuch theologischer Grundbegriffe, München, 2005.

- Gaudium et Spes**, Pastoralkonstitution über die Kirche in der Welt von heute, Zweites Vatikanisches Konzil, Rom, 1965
<<http://www.uibk.ac.at/theol/leseraum/texte/239.html>>
(abgerufen am 30.10.2007)
- Grill, Bartholomäus**: Die tödliche Ignoranz, in: Die Zeit 30/2004, Hamburg, 2004.
<http://images.zeit.de/text/2004/30/01__leit_1_30>
(abgerufen am 04.10.2007)
- Grill, Bartholomäus / Hippler, Stefan**: Gott, AIDS, Afrika – Eine Streitschrift, Köln, 2007.
- Gronemeyer, Reimer**: So stirbt man in Afrika an AIDS, Frankfurt², 2006.
- Herrmann, Martina**: Pragmatische Rechtfertigungen für einen unscharfen Begriff von Menschenwürde, in: Stoecker, Ralf (Hrsg.): Menschenwürde – Annäherung an einen Begriff, S. 61 - 79, Wien, 2003.
- Hippler, Stefan**: Tödliche Gebote, in: Die Zeit 33/2007, Hamburg, 2006.
<<http://images.zeit.de/text/2007/33/Abdruck-Grill>>
(abgerufen am 30.10.2007)
- Höffe, Ottfried**: Gerechtigkeit – Eine philosophische Einführung, München, 2001.
- Huber, Wolfgang**: Gerechtigkeit und Recht – Grundlinien christlicher Rechts-ethik, Gütersloh, 1996.
- Hunter, Susan**: Who cares? AIDS in Africa, New York, 2003.
- Iiffe, John**: The African AIDS Epidemic, Oxford, 2006.
- Kamphaus, Franz**: Die AIDS-Arbeit der kirchlichen Hilfswerke, Rede beim Besuch der Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit, Limburg, 2005.
<<http://www.dcms.kirchenserver.org/dcms/sites/nad/themen/aids/textbischof.html>>
(abgerufen am 30.10.2007)
- Kant, Immanuel (a)**: Grundlegung zur Metaphysik der Sitten, Werkausgabe Band VII, Frankfurt, 1974.
- Kant, Immanuel (b)**: Kritik der praktischen Vernunft, Werkausgabe Band VII, Frankfurt, 1974.
- Keenan, James**: Catholic Ethicists on HIV/AIDS Prevention, New York, 2005.
- Keenan, James**: Vier Aufgaben der theologischen Ethik in einer Zeit von HIV und AIDS, in: Concilium, 43. Jahrgang, Nr. 3/2007, S. 300 - 310, Nijmegen, 2007.
- Kelly, M.J.**: The encounter between HIV/AIDS and education, Harare, 2000.

Köbrich, Kilian, Schulz, Uwe: Kinder und HIV/AIDS – Ursachen, Auswirkungen und Chancen der Prävention, in: Holm, Karin, Schulz, Uwe: Kindheit in Armut weltweit, Hemsbach, 2002.

<http://justicef.org/download/Kinder_HIV_Aids.pdf>

(abgerufen am 09.10.2008)

Kößmeier, Norbert: Kondome sind nicht das Problem – Die Kirche Südafrikas ringt mit der Herausforderung HIV/AIDS, in: Herder Korrespondenz, 57. Jahrgang, 4/2003, S. 194 - 198, Freiburg, 2003.

Lamprey, Peter, u.a.: The Global Challenge of HIV and AIDS, in: Population Bulletin, 61. Jahrgang, Nr. 1/2006, Washington, 2006.

<http://www.prb.org/pdf06/61.1GlobalChallenge_HIVAIDS.pdf>

(abgerufen am 21.11.2007)

Landis, Robin: Mehr Hoffnung für die Kinder im südlichen Afrika - Nahrungsmittelhilfe für bessere Bildungsmöglichkeiten von Waisen und gefährdeten Kindern, Genf, 2002.

<http://www.wfp.org/policies/introduction/other/documents/pdf/Widening%20the%20Window%20of%20Hope-OP15_new_ger.pdf>

(abgerufen am 09.10.2008)

Lewis, Steven: Die hässliche Wahrheit über die AIDS-Pandemie, in: World Vision (Hrsg.): Pulsschlag 17/2006, S. 3 - 5, Friedrichsdorf, 2007.

Ludwig, Sabine, Wilhelm Jürgen (Hrsg.): AIDS hat viele Gesichter, Dienheim, 2007.

Maier, Martin: AIDS als Herausforderung für die Kirche, in: Stimmen der Zeit, Nr. 12/2004, S. 793 - 794, Freiburg, 2004.

<http://www.stimmen-der-zeit.de/StdZ_12_04_Maier.pdf>

(abgerufen am 21.11.2007)

Mallmann, Silke: Kauf Dir einen Acker in Anatot, in: Heidemanns, Katja u. Moerschbacher, Marco (Hrsg.): Gott vertrauen? AIDS und Theologie im südlichen Afrika, S. 213 - 232, Freiburg 2005.

Mankell, Henning: Ich sterbe, aber die Erinnerung lebt, München, 2003.

Marx, Reinhard / Wulsdorf, Helge: Christliche Sozialethik – Konturen, Prinzipien, Handlungsfelder, Paderborn, 2002.

Masanya, Madipoane: Gefangen zwischen zwei Traditionen – afrikanisch-südafrikanische Christinnen in den Zeiten von AIDS, in: Heidemanns, Katja u. Moerschbacher, Marco (Hrsg.): Gott vertrauen? AIDS und Theologie im südlichen Afrika, S. 58 - 71, Freiburg 2005.

Mater et Magistra, Enzyklika von Papst Johannes XXIII, Rom, 1961.

<<http://www.uibk.ac.at/theol/leseraum/quelltext/318.html>>

(abgerufen am 10.11.2007)

- Microcredit Summit Campaign:** State of the Microcredit Summit Campaign Report 2006, Washington, 2006.
<<http://www.microcreditsummit.org/pubs/reports/socr/2006/SOCR06.pdf>>
(abgerufen am 23.11.2006)
- Neufeld, Karl:** Zweite Afrika-Synode, in: Stimmen der Zeit, Nr. 7/2007, S. 495 - 498, Freiburg, 2007.
<<http://www.con-spiration.de/texte/2007/neufeld.html>>
(abgerufen am 10.12.2007)
- Nussbaum, Martha:** Frontiers of Justice, Cambridge, 2006.
- Ochel, Klemens:** Ein globaler Notstand verlangt Antworten – HIV/Aids als Herausforderung für die Kirche, in: Herkert, Thomas, Kößmeier, Norbert (Hrsg.): der Leib Christi hat AIDS, S. 21 - 36, Freiburg, 2004.
- Ochel, Klemens:** Informationen zu den Forderungen an die Pharmaindustrie, in: Missio (Hrsg.): Lobby sein für Kinder mit HIV/AIDS, Aachen, 2007.
- Ökumenischer Rat der Kirchen:** AIDS und die Kirchen: Eine Studie des Ökumenischen Rates der Kirchen, Frankfurt, 1997.
- Ökumenischer Rat der Kirchen:** Towards a Policy on HIV/AIDS in the Workplace (Working Document), Genf, 2006.
<<http://www.oikoumene.org/fileadmin/files/wcc-main/documents/p4/workplace-policy-e.pdf>>
(abgerufen am 20.11.2007)
- Pauer-Studer, Herlinde:** Einführung in die Ethik, Wien, 2003.
- Peter W. Singer:** AIDS and International Security, in: International Institute for Strategic Studies (Hrsg.): Survival, Nr. 44/2002, London, 2002.
- Pinzler, Petra:** Wege aus dem Elend – Experten aus aller Welt wollen von der Grameen-Bank lernen, in: Die Zeit, 06/1997, Hamburg, 1997.
<<http://images.zeit.de/text/1997/06/mikrokredite-info>>
(abgerufen am 22.11.2007).
- Piot, Peter:** Speech at the twentieth meeting of the UNAIDS Programming Coordinating Board, Genf, 2007a.
<http://data.unaids.org/scratch/20070625_sp_20th_pcb_en.pdf>
(abgerufen am 29.11.2007).
- Piot, Peter:** Grußwort zum aktuellen Heft, in: Concilium, 43. Jahrgang, 3/2007, Nijmegen, 2007b.
- Pogge, Thomas:** Human Rights and Global Health: A Research Program, in: Metaphilosophy, 36. Jahrgang, Nr. 1+2/2005, S. 182 - 209, Oxford, 2005a.
- Pogge, Thomas:** Real World Justice, in: The Journal of Ethics, 9. Jahrgang, Nr. 1+2/2005, S. 29 - 53, Dordrecht, 2005b.

Pogge, Thomas: Recognized and Violated by International Law: The Human Rights of the Global Poor, in: Leiden Journal of International Law, 18. Jahrgang, Nr. 4/2005, S. 717 - 745, Cambridge, 2005c.

Pogge, Thomas: World Poverty and Human Rights, in: Ethics and International Affairs, 19. Jahrgang, Nr. 1/2005, S. 1 - 7, New York, 2005d.

Quadragesimo anno, Enzyklika von Papst Pius XI, Rom, 1931.
<<http://www.uibk.ac.at/theol/leseraum/quelltext/319.html>>
(abgerufen am 10.11.2007)

Quante, Michael: Einführung in die Ethik, Darmstadt, 2003.

Raupp, Judith: Knoblauch gegen AIDS – Südafrika hält an umstrittener Gesundheitspolitik fest, in: Süddeutsche Zeitung vom 11.08.2007, München, 2007.

Rawls, John: Politischer Liberalismus, Frankfurt, 1998.

Reijer, Piet: Mehr als nur eine helfende Hand, in: Herkert, Thomas, Kößmeier, Norbert (Hrsg.): der Leib Christi hat AIDS, S. 37 - 44, Freiburg, 2004.

Resnik, David: Access to affordable medication in the developing world: profit vs. responsibility, in: van Nierkek, Anton, u.a. (Hrsg.): Ethics & AIDS in Africa, S. 111 - 126, Claremont, 2005.

Richter, Steffen: WTO – Ein Desaster, in: Die Zeit 30/2008, Hamburg, 2008.
<<http://www.zeit.de/online/2006/30/presseschau-wto>>
(abgerufen am 09.10.2008)

Robeyns, Ingrid: The Capability Approach: a theoretical survey, in: UNDP (Hrsg.): Journal of Human Development, 6. Jahrgang, Nr.1/2005, S. 93 - 114, New York, 2005.
<http://biblioteca.hegoa.efaber.net/registro/ebook/15356/The_Capability_Approach_A_Theoretical_Survey.pdf>
(abgerufen am 29.11.2007)

Robert-Koch-Institut (Hrsg.): Epidemiologisches Bulletin, 47/2007, Berlin, 2007.
<http://www.rki.de/cln_049/nn_205760/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2007/47_07,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/47_07.pdf>
(abgerufen am 06.12.2007)

Ryan, Charles: Niemand verdient es AIDS zu haben, in: Herkert, Thomas, Kößmeier, Norbert (Hrsg.): der Leib Christi hat AIDS, Freiburg, 2004.

Sanders, Frank: AIDS als Herausforderung für die Theologie – Eine Problematik zwischen Medizin, Moral und Recht, Essen, 2005.

Sanders, Frank: AIDS eine Strafe Gottes? Zur metaphysischen Überbeanspruchung eines biologischen Phänomens, in: Concilium 43, 3/2007, S. 290 - 299, Nijmegen, 2007.

- Schaber, Jörg:** Keine Medikamente für die Armen? Hindernisse auf dem Weg zu einer gerechten Arzneimittelversorgung am Beispiel AIDS, Frankfurt, 2005.
- Schaber, Peter:** Globale Hilfspflichten, in: Bleisch, Barbara, Schaber, Peter (Hrsg.): Weltarmut und Ethik, S.139 - 150, Paderborn, 2007.
- Schaber, Peter:** Menschenwürde und Selbstachtung - Ein Vorschlag zum Verständnis der Menschenwürde, in: Studia Philosophica 65/2004, Bern, 2004.
<<http://www.ethik.uzh.ch/afe/publikationen/Schaber-Menschenwuerde.pdf>>
(abgerufen am 27.09.2008).
- Schmitz, Barbara:** Bedürfnisse und globale Gerechtigkeit, in: Bleisch, Barbara, Schaber, Peter (Hrsg.): Weltarmut und Ethik, S. 239 – 265, Paderborn, 2007.
- Scholtes, Fabian:** Warum es um Verwirklichungschancen gehen soll: Amartya Sens Capability-Ansatz als normative Ethik des Wirtschaftens, in: Volkert, Jürgen (Hrsg.): Armut und Reichtum an Verwirklichungschancen, S. 23 - 43, Wiesbaden, 2005.
- Schubert, Klaus / Klein, Martina:** Das Politiklexikon, Bonn⁴, 2006.
- Schüklenk, Udo:** Affordable Access to essential medication in developing countries: conflicts between ethical and economic imperatives, in: van Nierkek, Anton, u.a. (Hrsg.): Ethics & AIDS in Africa, S. 127 - 140, Claremont, 2005.
- Sen, Amartya:** Inequality Re-Examined, Oxford, 1992.
- Sen, Amartya:** Gender inequalities and theories of justice, in: Nussbaum, Martha (Hrsg.): Women, Culture and Development: A Study of Human Capabilities, S. 259 – 273, Oxford, 1995.
- Sen, Amartya:** Ökonomie für den Menschen, Wege zu Gerechtigkeit und Solidarität in der Marktwirtschaft, München, 2000.
- Singer, Peter:** Hunger, Wohlstand und Moral, in: Bleisch, Barbara, Schaber, Peter (Hrsg.): Weltarmut und Ethik, S. 38 - 50, Paderborn, 2007.
- Shorter, Aylward / Onyancha, Edwin:** The church and AIDS in Africa, Limuru, 1998.
- Sollicitudo rei socialis,** Enzyklika von Papst Johannes Paul II, Rom, 1987.
<<http://www.uibk.ac.at/theol/leseraum/quelltext/321.html>>
(abgerufen am 10.11.2007)
- Späth, Andreas:** Kleinkredite als effektiver Beitrag zur Armutsminderung und Hilfe zur Selbsthilfe, in: World Vision (Hrsg.): Pulsschlag, Nr. 16/2005, S. 9 - 10, Friedrichsdorf, 2005.
<http://www.worldvision.de/_downloads/allgemein/pulsschlag16.pdf>
(abgerufen am 22.11.2007).
- Sütterlin, Sabine:** Mein Wort zählt – Mikrokredite: kleines Kapital, große Wirkung, Frankfurt, 2007.

Stark, Wolfgang: Empowerment, in: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung, Schwabenheim, 2003.

Terberger, Eva: Mikrofinanzierung: Allheilmittel gegen Armut? in: Universität Heidelberg (Hrsg.): Forschungsmagazin „Ruperto Carola“, 10. Jahrgang, Nr. 3/2002, Heidelberg, 2002.

<http://www.uni-heidelberg.de/presse/ruca/ruca3_2002/terberger.html>

(abgerufen am 29.11.2007).

Thielmann, Lars: Norman Daniels Health Care Ethics, in: Düwell, Marcus, Steigleder, Klaus (Hrsg.): Bioethik. Eine Einführung, S. 105 - 119, Frankfurt, 2003.

Tietze, Sarah: Die Aids-Pandemie in Subsahara-Afrika, in: Aus Politik und Zeitgeschichte, Nr. 32/33-2006, S. 30 - 38, Bonn, 2006.

<http://www.bpb.de/publikationen/COVYFX,0,Die_AidsPandemie_in_SubSahara_Afrika.html>

(abgerufen am 04.10.2007)

Tutu, Desmond: Der 100. Wunsch zur Rettung der Welt, in: Die Zeit, Nr. 1/2005, Hamburg, 2005.

<http://www.zeit.de/2006/01/Traum_2fTutu?page=all>

(abgerufen am 09.12.2007)

Ulrich, Marcus: Eine der größten Herausforderungen unserer Zeit, in: AIDS hat viele Gesichter, Dienheim, 2007.

UNAIDS: Report on the Global AIDS-Epidemic, Genf, 2004.

<http://www.unaids.org/bangkok2004/GAR2004_pdf/UNAIDSGlobalReport2004_en.pdf>

(abgerufen am 04.10.2007)

UN: The Millennium Development Goals Report 2007, New York, 2007.

<www.un.org/millenniumgoals/pdf/mdg2007.pdf>

(abgerufen am 24.11.2007)

UNAIDS: AIDS in Africa. Three Scenarios to 2025, Genf, 2005.

<http://www.unaids.org/unaidresources/images/AIDSScenarios/AIDS-scenarios-2025_report_en.pdf>

(abgerufen am 11.10.2007)

UNAIDS / WHO: Die Aids-Epidemie – Statusbericht 2005, Genf, 2005.

<http://www.unaids.org/epi/2005/doc/EPIupdate2005_pdf_ge/epi-update2005_ge.pdf>

(abgerufen am 08.10.2007)

UNAIDS / WHO: Die Aids-Epidemie – Statusbericht 2006, Genf, 2006.

<http://data.unaids.org/pub/EpiReport/2006/2006_EpiUpdate_de.pdf>

(abgerufen am 04.10.2007)

UNAIDS / WHO: AIDS Epidemic Update 2007, Geneva, 2007.

<http://www.unaids.org/en/HIV_data/2007EpiUpdate/default.asp>

(abgerufen am 05.12.2007)

- UNAIDS:** Stop Violence Against Women. Fight Aids, Genf, 2006.
<<http://womenandaids.unaids.org/themes/docs/UNAIDS%20VAW%20Brief.pdf>>
(abgerufen am 13.10.2007)
- UN Department of Economic and Social Affairs:** The Impact of Aids, New York, 2004.
- UNDP:** Human Development Report 2006, New York, 2006.
<<http://hdr.undp.org/hdr2006/pdfs/report/HDR06-complete.pdf>>
(abgerufen am 04.10.1006)
- UNFPA:** State of World Population 2002, New York, 2002.
<http://www.unfpa.org/upload/lib_pub_file/25_filename_swp2002eng.pdf>
(abgerufen am 04.10.1006)
- UNICEF:** Children affected by AIDS, New York, 2006.
<http://www.unicef.org/publications/files/Enhanced_Protection_for_Children_Affected_by_AIDS.pdf> (Abgerufen am 04.10.2007)
- UNICEF:** Children on the Brink, New York, 2004a.
<http://www.unicef.org/publications/files/cob_layout6-013.pdf>
(abgerufen am 04.10.2007)
- UNICEF:** Informationen zum UNICEF-Bericht „Zur Situation der Kinder in der Welt“, Köln, 2004b.
<http://www.unicef.de/download/SOWCR_2004.pdf>
(abgerufen am 09.10.2007)
- Van Nierkek, Anton:** Moral and Social Complexities of AIDS in Africa, in: ders., u.a. (Hrsg.): Ethics & AIDS in Africa, S. 53 - 70, Claremont, 2005a.
- Van Nierkek, Anton:** Mother-to-child transmission of HIV/Aids in Africa, in: ders., u.a. (Hrsg.): Ethics & AIDS in Africa, S. 141 - 159, Claremont, 2005b.
- Vidal, Marciano:** Die christliche Ethik: Hilfe oder Hindernis? in: Concilium, 33. Jahrgang, Nr. 5/1997, S. 661 - 671, Nijmegen, 1997.
- Von Hardenberg, Nina:** Die neue Sorglosigkeit, in: Süddeutsche Zeitung vom 01.12.2007, München, 2007.
<<http://www.sueddeutsche.de/wissen/artikel/158/145823>>
(abgerufen am 07.12.2007)
- Weinreich, Sonja / Benn, Christoph:** AIDS – Eine Krankheit verändert die Welt, Frankfurt a.M., 2005.
- Weltbank:** Can Africa claim the 21st century? Washington, 2000.
<<http://www.worldbank.org/html/extdr/canafriacclaim.pdf>>
(abgerufen am 24.11.2007)
- Weltbank:** Global Monitoring Report 2006, Washington, 2006.
<<http://siteresources.worldbank.org/INTGLOBALMONITORING2006/Resources/2186625-1145565069381/GMR06Complete.pdf>>
(abgerufen am 04.10.2006)

Whiteside, Alan: AIDS in Africa – facts, figures and the extent of the problem, in: van Nierkek, Anton, u.a. (Hrsg.): Ethics & AIDS in Africa, S. 1 - 14, Claremont, 2005.

Whiteside, Alan, u.a.: Through a glass, darkly: data and uncertainty in the Aids debate, in: van Nierkek, Anton, u.a. (Hrsg.): Ethics & AIDS in Africa, S. 15 - 38, Claremont, 2005.

Whiteside, Alan u. Sunter, Clem: AIDS – The Challenge for South Africa, Cape Town, 2000.

WHO / UNAIDS: Guidance Modules on Antiretroviral treatment, Geneva, 1998.

WHO: Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development, Genf, 2001.

<<http://www.emro.who.int/cbi/pdf/CMHReportHQ.pdf>>
(abgerufen am 14.11.2007).

Wiedemann, Charlotte: Das Land der Waisen, in: Die Zeit, Nr. 31/2007, Hamburg, 2007.

<<http://www.zeit.de/2007/31/Aidswaisen>>
(abgerufen am 04.10.2007)

Wihofszky, Petra: Chancen für Empowerment in der AIDS-Prävention – Empirische Fallanalysen weiblicher Peer-Worker in Westafrika, Berlin, 2005.

<http://opus.kobv.de/tuberlin/volltexte/2005/1115/pdf/wihofszky_petra.pdf>
(abgerufen am 21.11.2007)

Wils, Jean-Pierre / Hübenthal, Christoph (Hrsg.): Lexikon der Ethik, Paderborn, 2005.

World Education Forum: Final Report, Paris, 2000.

World Vision (Hrsg.): Violence against children affected by HIV/AIDS – a case study of Uganda, Nairobi, 2005.

<http://www.synergyaids.com/documents/Uganda_ViolenceAgainstChildren.pdf>
(abgerufen am 04.10.2007)

Wuchterl, Karl: Lehrbuch der Philosophie – Probleme, Grundbegriffe, Einsichten, Bern⁵, u.a., 1998.

Zinkant, Kathrin: Wurzel einer Pandemie, in: Die Zeit 20/2006, Hamburg, 2006.

<<http://www.zeit.de/online/2006/22/aids-virus-herkunft>>
(abgerufen am 04.10.2007)

Internetquellen:

**African Network of Religious Leaders living with
or personally affected by HIV and AIDS:**

<<http://www.inerela.org/SAVE.htm>> (Stand 30.11.2007)

Aktionsbündnis gegen AIDS:

<<http://www.aids-kampagne.de>> (Stand 09.12.2007)

Bundesministerium für Wirtschaft :

<<http://www.bmwi.de>> (Stand 09.10.2008)

Entwicklungsprogramm der VN:

<www.undp.org> (Stand 09.12.2007)

Fernsehsender 3Sat:

< <http://www.3sat.de>> (Stand 28.11.2007)

Meyers Online Lexikon:

< <http://lexikon.meyers.de>> (Stand 04.12.2007)

Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere, dass ich die vorstehende wissenschaftliche Hausarbeit ohne Hilfe Dritter und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Quellen und Hilfsmittel angefertigt und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.

Die vorliegende Arbeit wurde, wie bereits in den Vorbemerkungen erläutert, zu Teilen bereits als wissenschaftliche Hausarbeit im Rahmen der ersten Staatsprüfung für das Lehramt an Gymnasien dem Amt für Lehrerbildung in Frankfurt am Main eingereicht.

Die Arbeit liegt hier nun in einer überarbeiteten Ausgabe vor. Wesentliche Veränderungen wurden in den Kapitel 1, 5, 6 und 10 vorgenommen. Völlig neu konzipiert und in die Arbeit integriert wurden Kapitel 7 und die Abschnitte 9.5, 9.5.1 und 9.5.2.

Frankfurt, 14. Oktober 2008

Stefan Kessler