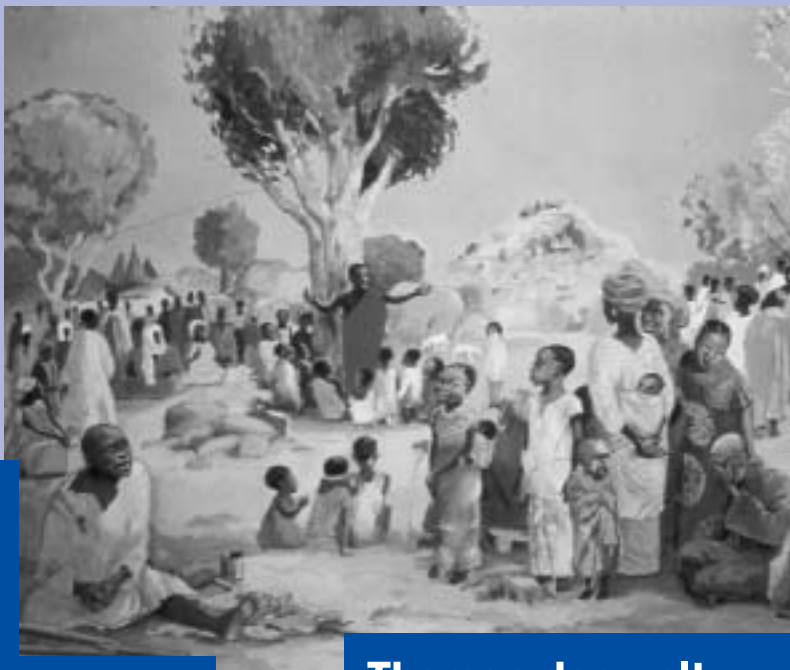


Wege zur Heilung

DIFÄM Studienheft Nr. 4



**Themen der welt-
weiten Difäm-
Gesundheitsarbeit**



DIFÄM
Gesundheit in der Einen Welt

Inhalt

<i>Rainward Bastian</i> Vorwort	1
<i>Christoph Benn</i> Der Einfluss von Weltanschauung und Kultur auf den Verlauf der HIV/Aids-Pandemie	3 – 9
<i>Sonja Weinreich</i> Zugang für alle HIV/Aids und das Recht auf Gesundheit	10 – 13
<i>Matthias Vennemann</i> Vernachlässigung der Krankheiten der Armut auf eigene Gefahr Gesundheit, menschliche und globale Sicherheit	14– 20
<i>Katja Roll</i> Aktionsbündnis gegen Aids	21 – 23
<i>Albert Petersen</i> Difäm-Arzneimittelhilfe im Kontext der weltweiten Gesundheitsarbeit	24 – 28
<i>Jochen Bitzer</i> Wege zur Senkung der Müttersterblichkeit während Schwangerschaft und Geburt in wirt- schaftlich armen Ländern	29 – 34
<i>Beate Jakob</i> Frauen im Neuen Testament – von Jesus geachtet und aufgerichtet	35 – 41
<i>Beate Jakob</i> Gott, das Böse und das Leiden – die Theodizeefrage und die Frage nach dem Umgang mit dem Leiden	42 – 49

Liebe Leserin und lieber Leser,

EDITORIAL



der Vergleich der Sterblichkeit von Müttern unter der Geburt in verschiedenen Ländern dieser Erde ist nur selten im Blick der Öffentlichkeit. Es ist ein besonders krasses Beispiel für Ungerechtigkeit im weltweiten Maßstab, denn die Müttersterblichkeit in wirtschaftlich armen Ländern ist immer noch hoch.

Dabei wird der Zugang zu Gesundheitsversorgung seit mehreren Jahrzehnten von der Staatengemeinschaft als Menschenrecht anerkannt; allein die Versorgung mit lebensnotwendigen Medikamenten wird nur schleppend erreicht. Die Krankheiten der Armut weltweit sind nicht nur eine große Not für die Betroffenen, sondern entwickeln sich auch zunehmend zu einem Sicherheitsrisiko für die Weltgemeinschaft.

Wir sollten die Vorstellung von einem Gott, der sich in seiner Allmacht von seiner Schöpfung distanziert, aufgeben. Er zeigt in Jesus, dass er mitleidet und auf der Seite der Benachteiligten steht. In einer von Männern dominierten Welt stellt sich Jesus eindeutig auf die Seite der Frauen und teilt ihre Krankheiten und Verletzungen. Er führt uns zu einer Auseinandersetzung mit Gerechtigkeit und zur Suche nach Versöhnung und Heilung.

Die Aids-Kampagne setzt sich für benachteiligte HIV-Infizierte und Kranke in den wirtschaftlich armen Ländern ein und fordert einen Beitrag der reichen Länder. Berücksichtigung findet dabei die Bedeutung der jeweiligen Kultur und Weltanschauung, die maßgebend für die Ausbreitung und auch für die Überwindung der Aids-Pandemie sind.

Dankbar sehe ich auf die vielseitige Gesundheitsarbeit des Difäm, die in den Artikeln dieses Studienbftes dargestellt wird. Jeder einzelne Beitrag will uns in eine innere Auseinandersetzung führen und uns mögliche Wege zur Heilung aufzeigen.

A handwritten signature in blue ink that reads "R. Bastian". The signature is fluid and cursive.

Ihr Rainward Bastian

Autorinnen und Autoren

Dr. Christoph Benn ist Arzt und Theologe und Direktor für auswärtige Beziehungen beim *Globalen Fonds zur Bekämpfung von Aids, Malaria und Tuberkulose*.

Dr. Jochen Bitzer ist Arzt und in der *Difäm*-Beratungsarbeit tätig.

Dr. Beate Jakob ist Ärztin und Theologin und arbeitet in der *Difäm*-Grundsatzarbeit.

Albert Petersen ist Pharmazeutisch-Technischer Assistent. Er leitet die *Difäm*-Arzneimittelhilfe und ist Vorstandsvorsitzender des *Ecumenical Pharmaceutical Network (EPN)*.

Katja Roll ist Diplom-Volkswirtin und Kampagnenreferentin des *Aktionsbündnis gegen Aids*.

Dr. Matthias Vennemann ist Arzt mit Zusatzausbildung in Tropenmedizin und Public Health. Er arbeitet an Grundsatzfragen der weltweiten Gesundheitsarbeit.

Dr. Sonja Weinreich ist Ärztin und Sozialwissenschaftlerin und in der HIV/ Aids-Arbeit des *Difäm* als Koordinatorin tätig.

Difäm Studienheft Nr. 4 „Wege zur Heilung“

Herausgeber:

Difäm – Deutsches Institut für Ärztliche Mission e.V.

Paul-Lechler-Straße 24 · 72076 Tübingen

Telefon (07071) 206-512 · Fax (07071) 206-510

Internet: www.difaem.de · E-Mail: info@difaem.de

Redaktion: Dr. Beate Jakob, Dr. Ramona Gresch-Bruder

Titelbild: © Vie de Jesus Mafa, Versailles, Frankreich

Layout und Satzherstellung: WEDO Rolf Bader

Der Einfluss von Weltanschauung und Kultur auf die HIV/Aids-Pandemie¹

Es gibt viele Faktoren, die die HIV/Aids-Prävention zu einer sehr komplexen Angelegenheit machen. Dazu sind sozioökonomische Bedingungen zu zählen wie zum Beispiel Armut und Reichtum, die Rolle der Geschlechter, der Zugang zu Informationen und zu Gesundheitsdiensten.

Bei der Analyse der positiven und negativen Einflussfaktoren ist ein Thema bisher sehr vernachlässigt worden, das wahrscheinlich eine herausragende Rolle spielt: die kulturelle Wahrnehmung von Krankheit, ihrer Ursachen und Ursprünge, sowie von Sexualität mit ihren moralischen Konnotationen und Konsequenzen in bestimmten Gesellschaften.

Hierin könnten Erklärungsmuster dafür gefunden werden, warum einige Länder so spät und so inadäquat auf HIV/Aids reagiert haben, und warum so viele Individuen ihr Verhalten nicht verändert haben, obwohl sie die richtigen Informationen erhalten haben.

Nach einer recht groben Einteilung lassen sich drei Weltanschauungen oder Paradigmen unterscheiden, die jeweils ihre eigenen Hintergründe haben und zu sehr verschiedenen Konsequenzen in Bezug auf HIV/Aids führen können.

Das wissenschaftliche Paradigma

Das wissenschaftliche Paradigma versteht die Vorgänge in der Natur als Phänomene, die gewissen Regeln folgen und nicht von metaphysischen Kräften beeinflusst werden.

Sehr viele biologische Prozesse z. B. in der Evolution unterliegen neben naturwissenschaftlichen Gesetzen auch dem Zufallsprinzip und sind nicht exakt determiniert. Ergebnisse lassen sich teilweise nur als Wahrscheinlichkeiten

unter Anwendung statistischer Methoden berechnen.

Wissenschaftliche Methoden können auch auf Interventionen der öffentlichen Gesundheit angewandt werden. Um zu prüfen, ob eine bestimmte Methode der HIV-Prävention anspricht (z. B. sexuelle Aufklärung oder Verwendung von Kondomen) vergleicht man eine Bevölkerung, die einer Intervention ausgesetzt war, mit einer Bevölkerung, die keine erhalten hat und schließt dabei möglichst andere Faktoren aus, die diese Unterschiede erklären könnten.

Aber nicht alle Interventionen lassen sich durch diese Methoden so einfach überprüfen. Programme, die sich an Menschen in einem bestimmten kulturellen Kontext richten, können nicht einfach mit ähnlichen Programmen für Menschen verglichen werden, deren Umgebung völlig unterschiedlich ist. Eine strikte Interpretation des wissenschaftlichen Paradigmas kann dazu führen, dass Wissenschaftlicher nur sehr wenige Methoden als bewiesen akzeptieren, mit einer Präferenz für technische Interventionen. Ein Beispiel: Eine Studie, erstellt für die Kommission zu Makroökonomik und Gesundheit der WHO überprüfte alle wissenschaftlichen Ergebnisse zur HIV-Prävention. Die Folgerung war, dass nur drei Maßnahmen als „bewiesene, effektive Interventionen zur Unterbrechung von heterosexueller HIV-Übertragung“ klassifiziert wurden²:

Christoph Benn

- Peer-Group-Interventionen unter Prostituierten
- Interventionen unter Männern mit risikoreichem, heterosexuellem Verhalten
- Verbessertes Management von bakteriellen, sexuell übertragenen Infektionen

Ihre Empfehlung besteht darin, mehr Geld für diese wenigen Interventionen zur Verfügung zu stellen. Nicht ein einziges Wort in dem ganzen Bericht bringt zum Ausdruck, dass sexuelles Verhalten von anderen Faktoren als Vernunft und sozialen Umständen beeinflusst wird, dass Kultur und Religion eine wichtige Rolle hinsichtlich des sexuellen Verhaltens spielen dürften, und dass die Lösung in einer Region nicht unbedingt geeignet sein muss für andere Regionen oder gar Kontinente.

Das wissenschaftliche Paradigma hat ohne Zweifel entscheidend dazu beigetragen, dass die Krankheit und ihre Mechanismen besser verstanden werden. Aber eine alleinige Konzentration auf dieses Paradigma macht es unwahrscheinlich, Verhalten nachhaltig zu ändern, das von so vielen anderen Faktoren beeinflusst wird.

Das religiöse Paradigma

Als religiöses Paradigma wird hier eine Weltanschauung bezeichnet, die sich in den großen christlichen Kirchen ausgeprägt hat, zum Teil aber auch in anderen Weltreligionen wieder zu finden ist. Sie beziehen sich auf eine metaphysische Gottheit, die nicht bewiesen werden kann, sondern geglaubt werden muss.

Bei allen Weltreligionen gibt es einen Kodex moralischer Normen, der auf das menschliche Verhalten Einfluss nimmt. All dies hat Konsequenzen für die religiöse Interpretation einer Krankheit wie Aids.

Religiöse Normen hinsichtlich menschlicher Sexualität sind überraschend ähnlich.³ Moslems, Juden, Christen und andere Religionen halten sich großenteils an das Ideal von Sexualität in einer lebenslangen ehelichen Partner-

schaft. Verbote gelten für sexuelle Kontakte außerhalb der Ehe, die in der Regel nicht akzeptiert sind. Unterschiede zwischen Kirchen und Religionsgemeinschaften bestehen weniger in den moralischen Regeln an sich, sondern vielmehr in der Beurteilung der Verletzung dieser Regeln.

Während einige die Meinung vertreten, dass jegliche Abweichung vom Ideal verurteilt werden sollte, würden andere eine mehr seelsorgerliche Haltung einnehmen. Letztere basiert auf der Annahme, dass viele Menschen Schwierigkeiten haben, dem Ideal zu folgen und dass es deshalb darum geht, Vorkehrungen zu treffen, damit ernsthafte Konsequenzen aus der Nichteinhaltung der Regeln, wie z. B. eine HIV-Infektion, vermieden werden können. Die Entscheidung über diese zwei alternativen Optionen ist von großer Bedeutung für die Kirchen in Afrika und ihren Umgang mit HIV/Aids.

Noch immer lehnen viele Kirchen den Gebrauch von Kondomen ab, weil er ein verkündetes Ideal von Sexualität unterwandert, sogar wenn Mitglieder dieser Kirchen das Ideal nicht in die Praxis umsetzen können. Die Existenz eines Verhaltens, das von einem Ideal abweicht anzuerkennen, scheint dem Leugnen des Ideals selbst gleichgestellt zu sein. Gemäß dieser Argumentationslinie kann der Gebrauch von Kondomen nicht erlaubt werden, da es erscheinen mag, als ob Sexualverkehr außerhalb der Ehe dadurch anerkannt wird. Für andere mag der Gebrauch von Kondomen sogar ethisch gefordert sein, weil man um die Realität sexueller Beziehungen in der gegebenen soziokulturellen Umgebung weiß.

Eine wichtige Frage ist, ob die Verkündung des Ideals von sexueller Enthaltensamkeit außerhalb der Ehe tatsächlich zu einem weniger risikoreichen Verhalten unter Christen führt. Nachdem diese Annahme lange Zeit für sehr unrealistisch und sogar kontraproduktiv gehalten wurde, vermehren sich jetzt die Anzeichen, dass gerade in afrikanischen Ländern die Einflussnahme von

Religionsgemeinschaften sich positiv auf Verhaltensänderungen gerade bei Jugendlichen ausgewirkt hat. Dies gilt sowohl für muslimische als auch für christliche Organisationen und kann mit Daten aus den Ländern Senegal und Uganda belegt werden, die als Musterbeispiele für erfolgreiche Präventionsmaßnahmen angesehen werden⁴.

Das traditionelle Paradigma

Als traditionelle Weltanschauung wird hier eine Haltung bezeichnet, die ebenfalls sehr stark religiös beeinflusst ist, aber eher auf magisch-religiösen Vorstellungen beruht. Diese haben vorwiegend lokale Ursprünge und werden nicht durch historisch gewachsene Organisationsstrukturen tradiert wie in den großen christlichen Kirchen und anderen Weltreligionen.

Wenn in diesem Beitrag hauptsächlich Beispiele aus dem afrikanischen Kontext herangezogen werden, soll das nicht signalisieren, dass auf diesem Kontinent allein dieses Paradigma vorherrscht. Vielmehr wird die Meinung vertreten, dass alle Menschen in den verschiedensten Ländern und Kulturen von diesen drei Paradigmen beeinflusst werden. Viele Menschen auch in Europa und Nordamerika nehmen Komplementärtherapien in Anspruch, die keinen Anspruch auf wissenschaftliche Begründung erheben oder bedienen sich magischer Behandlungsmethoden. Allerdings gibt es Hinweise darauf, dass der Einfluss traditioneller Weltanschauung in Afrika gerade in Bezug auf HIV/Aids sehr stark und von daher von besonderer Bedeutung ist. Viele oder sogar die meisten Patienten in Afrika konsultieren traditionelle Heiler, bevor sie eine naturwissenschaftlich orientierte Gesundheitseinrichtung aufsuchen, wobei selbstverständlich traditionelle Medizin nicht mit einer magisch-religiösen Weltanschauung gleichgesetzt werden soll. Auch die traditionelle Medizin ist ein sehr ausdifferenziertes System, aber gerade afrikanische Wis-

enschaftler beschreiben in sehr eindrucksvoller Weise, wie Menschen durch die Konfrontation mit HIV/Aids zwischen verschiedenen Weltanschauungen und Interpretationsmustern hin und her gerissen sind.

Der Ethnologe C. Bawa Yamba, der Studien über HIV/Aids in seinem Heimatland Sambia durchgeführt hat, kommt zu der Feststellung⁵:

„Auf dem Lande wohnende Afrikaner sehen sich drei konkurrierenden und sich widersprechenden Diskursen über Verantwortung ausgesetzt. Jeder davon reklamiert für sich, ihnen sagen zu können, wie ein Leben ohne Aids zu führen ist. Der erste Diskurs, repräsentiert durch das biomedizinische Paradigma, lehrt sicheres Wissen über den Ursprung und die Epidemiologie von HIV/Aids, ist aber unfähig Aids zu heilen; der zweite, der missionarische Weg, predigt Abstinenz und ermutigt zu einer Wiederbelebung traditionellen Glaubens und moralischer Regeln als einzigen Weg, um Aids zu überleben, während der dritte Diskurs, der traditionelle Weg ... von sich behauptet, genaue Kenntnisse zu haben, wie das Böse ausgelöscht werden kann.“

Herman Besea Brown, ein Völkerkundler aus Liberia, behauptet:

„In meinem Teil Afrikas gab es nie eine wirklich kreative Begegnung des europäischen Christentums mit der traditionellen Religion. Als Großkirchen sagen wir das eine, und wir glauben daran, aber im Unterbewusstsein glauben wir an etwas ganz anderes. Wenn das Unglück zuschlägt, denken wir, es sei ein Fluch, und unsere Vorfahren, die uns hätten beschützen sollen, bestrafen uns, weil wir im Allgemeinen oder Individuellen gesündigt haben. Das westliche, säkulare Paradigma nimmt die tief sitzende, fatalistische Furcht nicht auf, dass, wenn Dinge so sind wie sie sind, sie auch so sein sollen und dass Veränderung nicht beabsichtigt ist, so sehr man sie auch begrüßen würde. Dies ist ein riesiges Problem, weil es bedeutet, dass das traditionelle afrikanische Denken ganz ein-

fach nicht in der Lage ist, die Befreiung zu bewirken, die die Menschen benötigen.“⁶

Erschwert das traditionelle afrikanische Denken tatsächlich eine Lösung des HIV/Aids-Problems? Würde Inkulturation nicht eine bessere Option sein?

Laurenti Magesa, ein römisch-katholischer Priester und Philosoph aus Tansania, schlägt vor, dass „jede wirksame Veränderung damit beginnt, sich der Weltanschauung der Menschen zuzuwenden. Im Falle von HIV/Aids in Afrika scheint dies die Methode zu sein, die Ergebnisse erzielen würde; ein Heilen von den Wurzeln her.“⁷

Die Weltanschauung der Menschen muss ernst genommen werden, wenn eine tief greifende Veränderung erzielt werden soll, die die Menschen weniger verletzlich für HIV/Aids werden lässt.

Dabei sind kulturelle Praktiken nicht statisch, sondern dynamisch und können verändert werden. Ein Beispiel ist die weit verbreitete Tradition der sexuellen Reinigung von Witwen, die an männliche Familienangehörige des verstorbenen Mannes "vererbt" werden. Fallstudien aus Sambia zeigen, dass es ein wachsendes Verständnis für die Gefahren gibt, die mit diesen Praktiken durch HIV/Aids verbunden sind. Dies hat dazu geführt, dass die Dorfältesten und die Häuptlinge, die einen beträchtlichen Einfluss auf kulturelle Praktiken ausüben, lokale Gesetze erlassen haben, um diese Traditionen abzuschaffen. Die Tradition der sozialen Versorgung und symbolischen Reinigung von Witwen wurde nicht abgeschafft, aber durch alternative Rituale ersetzt, die eher symbolischer Natur waren und das Risiko einer HIV-Übertragung vermieden.

Die Hypothese, dass unterschiedliche Weltanschauungen und Paradigmen zu Konflikten führen und die praktische HIV-Prävention erschweren, soll anhand eines Beispiels belegt werden.

Der Ursprung von Aids

Eine auf Workshops und Aufklärungsveranstaltungen in Afrika immer wieder heiß diskutierte Frage lautet: Woher stammt das HI-Virus? Wer oder was verursachte die Aids-Epidemie? Wissenschaftler haben sich seit vielen Jahren mit dieser Frage auseinandergesetzt. Nun scheint bei ihnen eine gewisse Übereinstimmung erzielt worden zu sein⁸. Das HI-Virus gehört zu einer Klasse von Viren, die vor allem bei Affen bereits seit langer Zeit vorkommen. Da sich Viren vermehren, ergeben sich nach und nach kleine Veränderungen der genetischen Struktur, die Mutationen genannt werden. Die jetzige Virusvariante erschien aller Wahrscheinlichkeit nach zum ersten Mal um das Jahr 1930 herum. Zur gleichen Zeit überschritt das Virus die Artengrenze und infizierte Menschen. Der erste Mensch, der bewiesenermaßen HIV-Antikörper hatte, kann auf das Jahr 1959 datiert werden und lebte im westlichen Zentralafrika. Von da an entwickelte sich eine zunächst kleine, lokal begrenzte Epidemie, die schließlich in eine globale Pandemie überging.

Deshalb ist der Ursprung von Aids mit der natürlichen Entwicklung von Viren verbunden wie bei der Evolution anderer lebender Organismen auch und ist abhängig von zufälligen Mutationsprozessen. Die Frage, wer es verursachte, ist in diesem Zusammenhang irrelevant. Niemand ist dafür verantwortlich. Es passierte eben und könnte zu jeder Zeit und an jedem Ort wieder geschehen.

Diese Antwort ist nicht notwendigerweise befriedigend in einem religiösen Zusammenhang, der an Gott als den Schöpfer des Universums glaubt, der sich um seine Schöpfung sorgt und entsprechend handelt. Nichts geschieht ohne seinen Willen oder seine „Erlaubnis“. Wenn das der Fall ist, dann muss Gott etwas mit dem Auftreten einer solchen Epidemie zu tun haben, die unermessliches menschliches Leid hervorgerufen hat. Für viele Menschen, die in dieser religiösen Tradition verwurzelt sind, führt

dies direkt zu der Aussage, dass Aids eine Strafe Gottes sein müsse. Auch wenn es nicht direkt von Gott verursacht wurde, so muss er zumindest bösen Mächten erlaubt haben, solch eine „boshafte kleine Kreatur“ zu schaffen, die Millionen von Menschen tötet.

Selbstverständlich bestätigen viele Theologen, dass die Aussage, Aids sei eine Strafe Gottes, nicht nur extrem kontraproduktiv, sondern auch theologisch falsch sei. Viele Erklärungen von Kirchen haben mittlerweile diese Vorstellung eindeutig verworfen.

In einem traditionellen Kontext mag die Antwort wiederum anders ausfallen. Gute und böse Mächte sind überall gegenwärtig, und nichts geschieht durch Zufall. Irgendetwas muss diese Krankheit verursacht haben, wahrscheinlicher sogar irgendjemand: die Spekulationen schließen die Hexerei ein, die den Individuen den Tod durch diese geheimnisvolle Krankheit bringen oder bösartige Institutionen, sei es die oft zitierte Theorie, dass der CIA HIV erfand, um Afrika zu zerstören oder skrupellose Firmen, die Impfstoffe erfinden, die die Menschen töten, wie in der neueren Theorie, den Ursprung von Aids mit nicht sorgfältig durchgeführten Polio-Impfkampagnen im Kongo in Verbindung zu bringen.

Wiederum ist das Anliegen nicht, in diese Debatte einzugreifen, sondern zu erkennen, dass die Antworten auf diese wichtige Frage weniger von Tatsachen als von Weltanschauungen abhängen werden. Im wissenschaftlichen Zusammenhang hat die Aussage, dass HIV seinen Ursprung in Zentralafrika habe, nichts damit zu tun, irgendjemandem in diesem Gebiet die Schuld zu geben. Es wird angenommen, dass es eine ethisch neutrale Aussage sei, die nicht irgendwelche moralischen Konnotationen beinhaltet. Diese Schlussfolgerung mag in einem religiösen oder traditionellen Zusammenhang aber nicht geteilt oder gar verstanden werden.

Konstruktive Ansätze für die Zukunft

Die Darstellung der unterschiedlichen Weltanschauungen, die einen Einfluss auf die Interpretation und den Umgang mit HIV/Aids haben, soll nicht nur das Verständnis für potentielle Konflikte wecken, sondern kann durchaus auch die Möglichkeit eröffnen, nach konstruktiven Ansätzen für die Zukunft zu suchen.

1. These: Der Zugang zur spezifischen Aids-Therapie erhöht die Glaubwürdigkeit des wissenschaftlichen Paradigmas

In Ländern, in denen die spezifische Aids-Therapie zugänglich ist, ging die Sterblichkeitsrate drastisch zurück, und die Lebensqualität der Infizierten hat sich verbessert. Vor allem hat sich Hoffnung breit gemacht, dass etwas getan werden kann, und dass die Menschen von dem Wissen, ob sie infiziert sind oder nicht, profitieren.

Die Verbesserung der therapeutischen Optionen kommt nicht nur den individuellen Aids-Patienten zugute, sondern beeinflusst auch die Einstellung zu dieser Krankheit und die Akzeptanz des wissenschaftlichen Erklärungsmusters.

Menschen neigen dazu, Botschaften zu glauben, die konsistent sind und Sinn machen. Dass Malaria durch Moskitostiche übertragen wird, ist eine anerkannte wissenschaftliche Tatsache. Aufklärungsmaßnahmen zur Förderung der Benutzung von Moskitonetzen werden aber eine größere Glaubwürdigkeit haben, wenn diejenigen, die behaupten, den Übertragungsweg zu kennen, im Zweifelsfall auch eine Behandlung anbieten können.

Auch die Tabuisierung der Krankheit und die Diskriminierung von Betroffenen könnte abgebaut werden. Lepra war über Jahrtausende eine extrem stigmatisierte Krankheit. Dies änderte sich nicht durch Aufklärungskampagnen, sondern durch die Entdeckung einer wirksamen Behandlung, die diese Krankheit entmystifizierte.

2. These: Kirchen und andere Religionsgemeinschaften können einen wichtigen Beitrag zu HIV/Aids-Präventionsprogrammen leisten

Religiöse Organisationen sind in lokalen Strukturen verwurzelt und verfügen über einen beträchtlichen Grad von Vertrauen und Glaubwürdigkeit bei den Menschen, besonders hinsichtlich moralischer und sozialer Themen. Sie sind deshalb in der Lage, Gemeinschaften zu mobilisieren, sich für Präventionsmaßnahmen zu öffnen und sich an der Betreuung von Betroffenen zu beteiligen.

Ein gutes Beispiel für eine erfolgreiche Kooperation zwischen staatlichen Stellen, Nichtregierungsorganisationen und Religionsgemeinschaften ist Uganda. Von Beginn an haben diese Organisationen intensiv zusammengearbeitet und eine konsistente Botschaft vertreten. Seit einigen Jahren gehen die Infektionsraten in Uganda deutlich zurück.

Dennoch haben die Ugander keine Weltanschauung, die sich wesentlich von denen ihrer Nachbarn in Tansania oder Kenia unterscheiden würde. Aber es ist ihnen gelungen, das Problem Aids offen anzusprechen, das Stigma zu reduzieren, das mit dieser Krankheit verbunden ist und nachhaltige Verhaltensänderungen zu bewirken. Wenn wir die Situation in Uganda sorgfältiger analysieren, können wir folgendes erkennen: Die Verhaltensänderung und die Reduktion der HIV-Übertragung waren nicht im ganzen Lande gleich. Städtische Regionen waren erfolgreicher als ländliche Gegenden. Jugendliche im Alter zwischen 15 und 19 Jahren waren diejenigen, bei denen sich das Verhalten am deutlichsten verändert hat. Sie praktizierten Abstinenz in Form von verzögerter sexueller Aktivität, sie reduzierten die Zahl ihrer Sexualpartner und sie benutzten mehr Kondome als zuvor.⁹ Obwohl oftmals der Konflikt mit den Religionsgemeinschaften um die Benutzung von Kondomen in den Mittelpunkt der Diskussion

gestellt wird, belegt gerade das Beispiel von Uganda, dass Kondome nicht unbedingt den wichtigsten Beitrag zur Senkung der Infektionsraten leisten. Die Kombination aus Abstinenz, Reduktion von Sexualpartnern und der Gebrauch von Kondomen war genau die Botschaft, die von den verschiedensten Organisationen propagiert wurden, indem sie das Beste aus den verschiedenen Weltanschauungen oder Paradigmen herausgriffen.

Die Tatsache, dass die HIV/Aids-Prävention sehr erfolgreich unter den städtischen Jugendlichen mit besserer Schulbildung war, zeigt auch, dass das wissenschaftliche Paradigma unter bestimmten Bedingungen akzeptiert und integriert werden kann. Die Herausforderung bleibt, jene mit weniger Zugang zu formaler Bildung zu erreichen, besonders in den ländlichen Gegenden. Die Kirchen mit ihrem Netzwerk von Gemeinden und Erziehungseinrichtungen können auch in dieser Hinsicht hilfreich sein.

3. These: Traditionelle Heiler haben das Potential, ihre Botschaften an HIV/Aids anzupassen, ohne ihre eigenen Überzeugungen und Paradigmen abzulegen

Keines der hier beschriebenen Paradigmen ist so statisch, dass es nicht verändert oder adaptiert werden könnte. Kultur ist ein dynamischer Prozess. Dies ist auch anwendbar auf traditionelle Weltanschauungen. Das primäre Ziel aller Paradigmen ist es, das Leben zu bewahren und Erklärungen anzubieten, die Menschen helfen, mit den verschiedenen Herausforderungen des Lebens fertig zu werden.

Lange respektierte Traditionen wie die Witwenvererbung und sexuelle Reinigungspraktiken können verändert werden, sobald die Menschen das Problem erkennen. Es gibt viele weitere Beispiele für die Anpassungsfähigkeit traditioneller Systeme. In Tansania zum Beispiel benutzen traditionelle Heiler Rasierklingen für

rituelle Einschnitte in die Haut. Diese Methode beinhaltet ein hohes Risiko der HIV-Übertragung von einer Person zur anderen, weil die Instrumente nicht sterilisiert werden. Nach Informationsseminaren mit den Heilern wurde die Praxis verändert und die Patienten wurden gebeten, ihre eigenen Rasierklingen mitzubringen. Ohne die Praxis aufzugeben, wurde der risikoreiche Teil daran erfolgreich verändert.

Traditionelle Heiler und Meinungsführer sollten die Möglichkeit zu qualifizierten Ausbildungen erhalten und an HIV/Aids-Präventionsaktivitäten von Anfang an beteiligt werden. Dann kann von ihnen auch erwartet werden, gefährliche Mythen oder Praktiken zu verändern. Sie

und ihre Erklärungen des HIV/Aids-Phänomens zu vernachlässigen, wäre kontraproduktiv und würde wichtige Optionen in der Aids-Prävention vernachlässigen.

Es ist eine dringende Aufgabe, die kulturellen und sozioökonomischen Zusammenhänge von HIV/Aids wahrzunehmen und zu untersuchen. Eine offene und ehrliche Diskussion über die verschiedenen Weltanschauungen und Paradigmen wäre ein wichtiger Schritt auf dem Weg in eine positivere Zukunft. Ein solcher Prozess ist möglich und kann nicht nur zur Überwindung von HIV/Aids beitragen, sondern auch den Zusammenhalt und die Überlebensfähigkeit der betroffenen Gemeinschaften stärken.

1 Eine längere Version dieses Artikels erschien im *Journal of Theology for Southern Africa* 113; 2002, pp. 3-18, und in *epd Entwicklungspolitik* 16 (2002), S.18-24.

2 Prabhat J et al.: The evidence base for interventions to prevent HIV infection in low and middle-income countries. Commission on Macroeconomics and Health, Working Paper series No. WG5:2, Harvard 2001, p. 9-10

3 Gruppe Gleichrangiger

4 Eine interreligiöse Stellungnahme zu HIV/Aids wurde auf der Vollversammlung der Vereinten Nationen im Juni 2001 präsentiert: Statement by Faith-Based Organizations facilitated by the World Council of Churches for the UN Special General Assembly on HIV/AIDS June 25-27, 2001, in: *International Review of Mission* 2001 (90) pp. 473-476

5 E. Green: The Role of Faith-Based Organizations in HIV/AIDS Mitigation. Research Paper. Harvard University, March 2002

6 C. Bawa Yamba: „Cosmologies in turmoil: witchfinding and AIDS in Chiawa, Zambia“, *Africa* 1997 (67) pp. 216-223

7 Herman Besesa Browne, quoted from: *Christian Aid*, „AIDS and the African churches: exploring the challenges“, (London 2001) p. 26

8 L. Magesa, "Recognizing the reality of African religion in Tanzania", in: James F Keenan (ed.), *Catholic Ethicists on HIV/AIDS Prevention*, Continuum, New York London 2000, p. 76-84

9 Bette T Korber et al., „Timing the Ancestor of the HIV-1 Pandemic Strains“. *Science* 2000 (288) pp. 1789-1796

10 UNAIDS: A measure of success in Uganda. UNAIDS Case Study, Geneva 1998

Zugang für alle – HIV/Aids und das Recht auf Gesundheit

Jeder Mensch hat fundamentale Rechte – Menschenrechte. Von den *Vereinten Nationen (UN)* wurden sie in zwei Menschenrechtsabkommen definiert, in der „Charta der Vereinten Nationen“ von 1945 und in der „Universellen Deklaration der Menschenrechte“ von 1948.¹ Diese beiden Abkommen sind ein international anerkanntes moralisches und rechtliches Regelwerk.

Sonja Weinreich

Die beiden Internationalen Pakte über „Bürgerliche und Politische Rechte“ und über „Wirtschaftliche, Soziale und Kulturelle Rechte“² führen die Bestimmungen der Menschenrechtsdeklaration weiter aus und sind legal bindende Verpflichtungen für die Nationen, die sie unterzeichnet haben.³ Die in diesen beiden Pakten formulierten fundamentalen Menschenrechte sind universell gültig, das heißt sie gelten für jeden Menschen, überall und zu jeder Zeit, und sie sind unveräußerlich und unteilbar.⁴

Zu den Menschenrechten gehören das Recht auf Leben und das Recht auf Gesundheit. Das Recht auf Gesundheit wird in Artikel Zwölf des Paktes über „Wirtschaftliche, Soziale und Kulturelle Rechte“ definiert als das „Recht auf das höchste erreichbare Maß an körperlicher und geistiger Gesundheit“.⁵

HIV/Aids und Menschenrechte

Die Verbindungen zwischen Gesundheit und Menschenrechten sind erst im letzten Jahrzehnt verstärkt in der Öffentlichkeit diskutiert worden. Seither beeinflussen Menschenrechtskonzepte zunehmend die Diskussion um die Gesundheitsversorgung, zum Beispiel in der Frage des gleichen und gerechten Zugangs zu medizinischer Behandlung im globalen Maßstab.

Von entscheidender Bedeutung ist die Wahrung der Menschenrechte im Zusammenhang

mit der HIV/Aids-Pandemie. Weltweit sind mehr als 40 Millionen Menschen mit HIV infiziert, und seit dem Beginn der Pandemie in den 80er Jahren starben über 20 Millionen Menschen an Aids. Mehr als 90 Prozent aller HIV-Infizierten leben in den wirtschaftlich armen Ländern dieser Welt. Die durchschnittliche Lebenserwartung hat auf diesem Kontinent durch Aids um 15 Jahre abgenommen: Sie liegt jetzt bei 47 Jahren, ohne Aids läge sie vermutlich bei 62 Jahren.⁶

HIV/Aids geht weit über die Bedeutung einer isoliert vom Gesundheitssektor zu behandelnden Krankheit hinaus. Die Ausbreitung ist durch komplexe soziale, politische, ökonomische und kulturelle Faktoren bedingt, Menschenrechtsverletzungen spielen dabei eine entscheidende Rolle. Und die schwerwiegenden gesellschaftlichen Auswirkungen machen die Bekämpfung von HIV/Aids zu einer Angelegenheit „für alle“.

Zu wenige Aidspatienten haben Zugang zur lebensverlängernden Therapie

Die Verletzung der Menschenrechte auf Leben und Gesundheit wird besonders deutlich in der Frage des Zugangs zur lebensverlängernden spezifischen Aidstherapie mit so genannten anti-retroviralen Medikamenten. Diese Medikamente, die die Virusvermehrung hemmen, werden seit 1996 als Kombinationstherapie eingesetzt und führten in den industrialisierten Ländern zu einem Rückgang der durch Aids bedingten Sterblichkeit um bis zu 70 Prozent und zu einer

wesentlich verbesserten Lebensqualität der Betroffenen.⁷

Als eines der wenigen Länder aus der Gruppe der Länder mit niedrigem und mittlerem Einkommen garantiert Brasilien seit 1996 die antiretrovirale Therapie für alle Betroffenen. Diese Maßnahme hat zu einem wesentlichen Rückgang der HIV-Neuinfektionen und zu finanziellen Einsparungen geführt.⁸

In den armen Ländern jedoch haben weniger als fünf Prozent der Aidspatienten, die die Behandlung bräuchten, Zugang zu den Medikamenten. Könnten mehr Menschen behandelt werden, wären wesentliche Verbesserungen für die betroffenen Länder zu erwarten. Ein Rückgang der HIV-Todesfälle würde das individuelle Leid vermindern, und die sozialen Auswirkungen würden durch die Abnahme der Zahl der Waisenkinder, die Erhöhung der Produktivität und andere Verbesserungen abgeschwächt.

Es ist zu erwarten, dass eine erhöhte Zugänglichkeit zur Therapie auch zu verbesserter HIV-Prävention führt. Wenn die Diagnose „HIV-positiv“ im Bewusstsein der Menschen kein „Todesurteil“ mehr bedeutet, steigt die Bereitschaft, sich auf HIV testen zu lassen und das Stigma wird reduziert. Dies haben bisher vorliegende Erfahrungen aus Programmen in Südafrika und Botswana gezeigt. Voraussetzung für die erfolgreiche Durchführung solcher Therapieprogramme ist, dass die Betroffenen ausreichende Informationen über die Behandlung erhalten, besonders über die Notwendigkeit der lebenslänglichen Tabletteneinnahme und mögliche Nebenwirkungen.

Ein mangelnder Zugang zur spezifischen Aids-therapie stellt demgegenüber eine Verletzung der Rechte auf Gesundheit und Leben dar. Dies wurde auch durch die *Vereinten Nationen* wiederholt bestätigt, wie etwa durch die UN-Sondergeneralversammlung zu HIV/Aids im Juni 2001⁹ und die UN-Menschenrechtskommission in ihren Resolutionen.¹⁰

Antiretrovirale Medikamente: für viele unerschwinglich

Ein wesentlicher Grund für die geringe Verfügbarkeit der spezifischen Aids-Therapie in armen Ländern sind die hohen Preise der antiretroviralen Medikamente. Eine weltweite Diskussion um die ethischen Grundlagen dieser „Lücke“ in der Aids-Behandlung zwischen reichen und armen Ländern hat zu einem teilweisen Bewusstseinswandel der Öffentlichkeit geführt. Internationale Lobby- und Advocacygruppen setzen sich verstärkt dafür ein, dass die Behandlung von Aids nicht eine Frage des Einkommens sein darf.

Es wird zunehmend als unerträglich empfunden, dass in Afrika die Menschen an Aids sterben, nur weil sie die Medikamente nicht zur Verfügung haben, die es in anderen Teilen der Welt gibt.

Durch internationalen Druck haben die multinationalen pharmazeutischen Firmen, die die Aids-Medikamente herstellen, seit 2001 für die Länder in Afrika die Preise um bis zu 90 Prozent gesenkt. Darüber hinaus bieten Hersteller von Nachahmermedikamenten („Generika“) die Behandlung zu noch niedrigeren Preisen an. Botswana, Kenia, Namibia und Südafrika planen die Umsetzung landesweiter Therapieprogramme. Die Umsetzung verzögert sich allerdings oft durch organisatorische Probleme, die zunächst gelöst werden müssen, wie die Ausbildung des medizinischen Personals und der Aufbau der notwendigen Infrastruktur.

Patentrechte

Ein weiterer Grund für den mangelnden Zugang zur spezifischen Aids-therapie stellen Bestimmungen des TRIPS-Abkommens (Trade Related Aspects of Intellectual Property Rights) der *Welthandelsorganisation (WTO)* dar. Dieses Abkommen gewährt einen Patentschutz auf Medikamente für einen Zeitraum von 20 Jah-

ren.¹¹ Der Patentschutz behindert den Einsatz von Generika, die billiger hergestellt werden könnten, und trägt so zu den hohen Preisen für die Medikamente bei.

Wie alle Gesetze unterliegt jedoch auch das TRIPS-Abkommen der politischen und rechtlichen Auslegung. Im November 2001 stellte die WTO-Ministerialkonferenz auf ihrem Treffen in Doha fest: Das TRIPS-Abkommen muss so interpretiert werden, dass es dem Zugang zu Medikamenten nicht hinderlich ist und dass die Länder die im Abkommen vorgesehenen Sicherheitsmechanismen anwenden können, um eine Behandlung zu ermöglichen.¹² Das Abkommen kennt als ein Instrument die Vergabe von so genannten Zwangslizenzen, wodurch ein Staat einen Generikahersteller autorisieren kann, ohne das Einverständnis des Besitzers der Patentrechte ein Medikament herzustellen.

Während die Vergabe von Zwangslizenzen in den reichen Ländern weithin praktiziert wird, bestehen für die wirtschaftlich armen Länder erhebliche Hindernisse, die im TRIPS-Abkommen vorgesehenen Sicherheitsmechanismen zu implementieren. Und die internationalen Institutionen, wie *WTO* und *WIPO (World Intellectual Property Organisation)*, geben ihnen dafür nicht immer ausreichende Hilfe. Im Gegenteil: Die reichen Ländern und die Pharmakonzerne nutzen ihre Machtstellung und ihren Einfluss oft dazu aus, eine Auslegung des TRIPS-Abkommens im Sinne der Doha-Erklärung zu erschweren.

Um die Bereitstellung von Generika durch Vergabe von Zwangslizenzen ausnutzen zu können, muss ein Land jedoch über eigene Kapazitäten der Generikaproduktion verfügen. Und gerade dies ist bei vielen der betroffenen wirtschaftlich armen Länder nicht der Fall. Da das TRIPS-Abkommen den Export von Generika in ein anderes Land beschränkt, werden die Länder mit mangelnder eigener Produktionskapazität spätestens ab 2005 keine Generika mehr aus anderen Ländern beziehen können. Denn ab

diesem Zeitpunkt sind alle Länder zur vollen Implementierung von TRIPS verpflichtet. Hierzu ist im August 2003 eine Regelung gefunden worden, die den Export und Import auch über das Jahr 2005 hinaus ermöglicht, allerdings unter sehr hohen bürokratischen Auflagen.

Zur Verwirklichung der Menschenrechte ist eine internationale Zusammenarbeit verpflichtend

Es ist allgemein anerkannt, dass die Menschenrechtsabkommen die Verantwortung von Staaten gegenüber ihren Bevölkerungen zum Schutz, zur Förderung und zur Erfüllung der in den Abkommen enthaltenen Menschenrechte definieren. Die Menschenrechtsabkommen definieren jedoch auch die Verantwortlichkeit von Staaten zur internationalen Zusammenarbeit im Sinne der Verwirklichung der Menschenrechte. Dies ist wichtig, weil arme Länder nicht in der Lage sind, den Zugang zur Aidstherapie – und anderen Bestandteilen einer adäquaten Gesundheitsversorgung – aus eigenen Ressourcen in angemessener Weise sicherzustellen und so die entsprechenden Menschenrechte nicht erfüllen können.

Deshalb ist eine internationale finanzielle Beteiligung notwendig, um einen erhöhten Zugang zur Behandlung zu ermöglichen. Daraus ergibt sich auch für die Bundesrepublik Deutschland die Forderung, sich angemessen an der internationalen Aids-Bekämpfung zu beteiligen und entsprechende Ressourcen bereit zu stellen.

Der Globale Fonds – ein innovatives Finanzierungsinstrument

Der seit 2002 bestehende *Globale Fonds zur Bekämpfung von Aids, Tuberkulose und Malaria* ist ein innovatives Finanzierungs-Instrument auf globaler Ebene zur Bekämpfung dieser drei wesentlichen weltweiten Erkrankungen. Der Fonds hat seit seinem Bestehen die internatio-

nal aufgewandten Mittel für die Aids-Bekämpfung wesentlich erhöht. Die Bundesregierung jedoch hat den Fonds – und auch andere Instrumente – bisher nicht adäquat unterstützt. Würden, entsprechend den Menschenrechtsgesetzen, die Zahlungen als Verpflichtung angesehen, müsste die Bundesregierung ihren Anteil wesentlich erhöhen.¹⁴

Die Situation der wirtschaftlich armen Länder kann verbessert werden

Würde die internationale Gemeinschaft den Menschenrechtsansatz anerkennen und umsetzen und die internationalen Verpflichtungen, wie sie in den Menschenrechtsgesetzen beinhaltet sind, befolgen, könnten damit die Ursachen der Ressourcenknappheit der armen und

von HIV/Aids betroffenen Länder ursächlich bekämpft werden.

Denn alle erwähnten Maßnahmen sind geeignet, zur Vergrößerung der Ressourcen der armen Länder beizutragen. Diese Ressourcen wären dann frei für die Bekämpfung von HIV/Aids, zum Beispiel durch Erhöhung des Zugangs zu Aids-Medikamenten.

Die Verwirklichung der Menschenrechte, konkret des Rechts auf Leben und Gesundheit im Kontext von HIV/Aids, bedarf eines ständigen Kampfes und einer politischen Auseinandersetzung. Aber nur so können Fortschritte zur Verbesserung der Situation der Menschen in den wirtschaftlich armen Ländern in einem globalen Maßstab erzielt werden.

1 UN: Charter of the UN, 1948, www.unhchr.ch

UN: Universal Declaration of Human Rights, 1948, www.un.org

2 UN: International Covenant on Civil and Political Rights, 1966 www.unhchr.ch; UN: International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights, 1966, www.unhchr.ch

3 S. Gruskin and D. Tarantola: Health and Human Rights. Francois-Xavier Bagnoud Center Working Paper No 10 2000, www.hsph.harvard.edu/fxbcenter/FXBC_WP10--Gruskin_and_Tarantola.pdf

4 UNDP: Human Development Report 2000, Oxford University Press, New York and Oxford 2001

5 UN: International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights, 1966, www.unhchr.ch

6 Quelle: UNAIDS 2003

7 P.T. Nieuwerk et al: Long-term quality of life outcomes in three antiretroviral treatment strategies for HIV-1 infection, AIDS 15 (1985-91) 2001

8 P. Piot und A. Coll-Seck: International response to the HIV/AIDS epidemic: planning for success, Bulletin of the World Health Organization, 79(12) 2001, pp 1106-12

9 UN: Special Session on HIV/AIDS (UNGASS). Declaration of Commitment on HIV/AIDS, 2001 www.unaids.or/whatsnew.others/un_special/Declaration.2

10 UN: Commission on Human Rights: Access to medication in the context of pandemics such as HIV/AIDS, 2001, www.unhchr.ch

11 WTO: Agreement on Trade related aspects of intellectual property rights, New York 1995

12 WTO: DOHA 2001 Ministerial Declaration, 2001, www.wto.org

13 Médecins Sans Frontières: Campaign for Access to Essential Medicines, 2002, www.accessmed-msf.org

14 Verweis auf Artikel Aktionsbündnis, siehe S. 21-23

Wir vernachlässigen die Krankheiten der Armut auf eigene Gefahr! – Gesundheit, menschliche und globale Sicherheit¹

Täglich sterben Tausende von Menschen an Aids, Malaria und Tuberkulose, an übertragbaren und ernährungsbedingten Kinderkrankheiten sowie an Schwangerschafts- oder Geburtskomplikationen. Das Leben dieser Menschen könnte mit einfacher medizinischer Versorgung gerettet werden. Insgesamt kommen so jedes Jahr über acht Millionen Menschen zu Tode.² Es handelt sich hierbei nicht nur um eine vermeidbare menschliche Tragödie, sondern auch um ein globales Sicherheitsproblem.

Matthias Vennemann

Im herkömmlichen Verständnis ist es die Kernaufgabe der Sicherheitspolitik, den souveränen Territorialstaat und seine Grenzen gegen mögliche gewalttätige äußere Feinde – wenn nötig mit militärischen Mitteln – zu schützen. Seit dem Ende des Kalten Krieges hat sich die internationale Sicherheits-situation jedoch grundlegend verändert. Neben traditionellen ist eine Vielzahl von nicht-traditionellen Bedrohungen entstanden, die im Rahmen einer erweiterten Sicherheitsagenda bewältigt werden müssen.

Die Zahl von innerstaatlichen Konflikten hat im Verhältnis zu zwischenstaatlichen Konflikten drastisch zugenommen. Gesicherte äußere Grenzen allein führen nicht dazu, dass die Menschen innerhalb dieser Grenzen auch sicher sind. Staatszerfall, neue Formen von Terrorismus und das Entstehen internationaler krimineller Netzwerke können im Rahmen nationaler Sicherheitspolitik kaum bewältigt werden. Hinzu kommen Bedrohungen wie Umweltstress und neue Krankheiten, die mit Veränderungen der ökologischen Bedingungen zu tun haben.

Eine wirklich global zu nennende Sicherheitspolitik im 21. Jahrhundert kann sich deshalb nicht nur mehr auf militärische Bedrohungen beschränken, sondern muss auch nicht-militärische Bedrohungen mit einbeziehen.

„Human Security“ – Menschliche Sicherheit

In den letzten Jahren ist es zu einer intensiven internationalen Diskussion darüber gekommen, wie der Sicherheitsbegriff und die Sicherheitspolitik diesen neuen Bedrohungen anzupassen seien. Das Entwicklungsprogramm der *Vereinten Nationen (UNDP)* hat bereits im Jahr 1994 ein erweitertes sicherheitspolitisches Konzept vorgestellt: „Human Security“.³ Es versucht, herkömmliche, sich auf den Staat beziehende Vorstellungen von Sicherheit um die menschliche Dimension zu erweitern. Sicherheit wird hier nicht nur als „Freiheit von Furcht“, sondern auch als „Freiheit von Not“ verstanden.

Im Auftrag der Vereinten Nationen und der japanischen Regierung erarbeitete eine „Commission on Human Security“ eine Arbeitsdefinition für den Begriff „Human Security“, die im Mai 2003 vorgestellt wurde:

„The objective of Human Security is to safeguard the vital core of all human lives from

*critical pervasive threats, in a way that is consistent with long-term human fulfillment“.*⁴

Im Verständnis der Kommission gehören zu den „tief greifenden kritischen Bedrohungen“ für das menschliche Leben gewalttätige Konflikte genauso wie Terrorismus, wirtschaftliche und finanzielle Krisen, die Aids-Epidemie und andere schwerwiegende Gesundheitsprobleme. In dem Bericht der Kommission wird Gesundheit ausdrücklich als eines der wesentlichen Elemente für die menschliche Sicherheit identifiziert.

Gesundheit und menschliche Sicherheit

Ein Blick auf die globale Todesursachenstatistik zeigt, in welchem Maße vermeidbare oder heilbare Krankheiten im Vergleich zu anderen Todesursachen die menschliche Sicherheit bedrohen.

Aids, Malaria, Tuberkulose und andere Infektionskrankheiten, übertragbare Erkrankungen von Kindern sowie Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen forderten im Jahr 2001 18,3 Millionen Todesopfer. Betroffen sind in erster Linie Kinder und junge Erwachsene. 80 Prozent dieser Todesfälle ereignen sich in Entwicklungsländern. Dort ist heute immer noch einer von zwei Todesfällen durch übertragbare Erkrankungen bedingt.

Auf Grund von chronischen Erkrankungen wie Krebs und Herz-Kreislauf-Erkrankungen verstarben 33,1 Millionen Menschen. Der weitaus größte Teil dieser Todesfälle ereignete sich in wirtschaftlich besser gestellten Regionen; meist sind die älteren Bevölkerungsgruppen betroffen.

Weitere 5,1 Millionen Menschen erlagen im Jahr 2001 Verletzungen. Von diesen verstarben 500.000 infolge von privater Gewaltanwendung und 230.000 wurden Opfer von Kriegen und Konflikten.

Aus der Perspektive von menschlicher Sicherheit sind diese Zahlen besonders deshalb bedeutsam, weil ein großer Teil der auftretenden

Todesfälle mit gegenwärtig global verfügbaren Ressourcen, Wissen und Technologien bereits heute verhindert werden kann.⁵

Für nur 30-40 US Dollar pro Kopf und Jahr kann in wirtschaftlich ärmeren Ländern ein umfassendes Gesundheitspaket finanziert werden. Dies beinhaltet die wichtigsten Präventionsmaßnahmen, Behandlung der häufigsten Krankheiten und eine elementare Infrastruktur, die für alle Menschen erreichbar und zugänglich ist. Eine solche einfache Gesundheitsversorgung könnte jedes Jahr Millionen Menschen das Leben retten, die von den großen Infektionskrankheiten und anderen Gesundheitsproblemen der Armut bedroht sind.

Bekannte Risikofaktoren für chronische und übertragbare Erkrankungen gleichermaßen können durch individuelle und kollektive Aktion vermindert werden. Hier spielen Lebensstile – wie etwa Rauchen, Alkoholkonsum und sexuelle Gewohnheiten – eine ebenso wichtige Rolle wie unsauberes Wasser und schlechte allgemeine Hygiene.

Es gibt wirksame Gegenmittel gegen durch individuelle Gewalt bedingte Sterblichkeit. Der WHO-Bericht über Gewalt und Gesundheit macht Vorschläge, wie traditionelle Ansätze der Gewaltprävention der Polizei und Justiz durch geeignete Public-Health-Maßnahmen sinnvoll ergänzt werden könnten.⁶

Die Verhütung von kollektiver Gewalt ist nicht nur ein wichtiges Thema der Sicherheitspolitik, sondern auch der internationalen Gesundheitsagenda. Denn hinter der Zahl der Todesfälle verbirgt sich noch weiteres Leid. Auf jedes Todesopfer kommen im Krieg stets mehrere Schwerverletzte mit oft bleibenden Behinderungen. Die Gründe für diese verzögerten Wirkungen des Krieges auf die Gesundheit der Menschen sind vielfältig. Durch Krieg und Gewalt verursachte Verarmung und das Elend der Flüchtlinge sind wichtige Faktoren. Zudem sin-

ken im Krieg die Ausgaben für die Gesundheitsversorgung, Gesundheitsinfrastruktur wird zerstört und sinnvolle Krankheitsbekämpfungsmaßnahmen werden unterlassen.

Neben den direkten Folgen von Krankheit in Form von unnötiger Behinderung und vermeidbarem Tod stellen häufig auch die indirekten Konsequenzen eine tief greifende Bedrohung für die menschliche Sicherheit dar. Wo etwa der Staat oder Versicherungssysteme die finanziellen Risiken schwerer Krankheit nicht absichern, ist sie eine häufige Ursache absoluter Verarmung. Auch aus diesem Grunde spielt die Angst vor schwerer Krankheit in der Bedrohungsanalyse der Armen selbst – und für ihre Sicherheitsbedürfnisse – eine wesentliche Rolle.⁷ Die Armen erwarten zu Recht Schutz vor dieser Bedrohung.

Gesundheit und nationale Sicherheit – Krankheiten als Waffe

Gesundheitsbedrohungen sind jedoch nicht nur ein selbstverständlicher Teil menschlicher Sicherheit, sie gehören auch auf die traditionelle Sicherheitsagenda. Besonders deutlich und einleuchtend ist dieser Zusammenhang natürlich da, wo Staaten, Gruppen oder auch Individuen Erreger von tödlichen übertragbaren Erkrankungen als Waffen benutzen oder benutzen wollen. Zu den klassischen Themen der Sicherheitspolitik zu Zeiten des Kalten Krieges gehörte ganz selbstverständlich nicht nur die Bedrohung durch Kernwaffen, sondern auch die durch biologische und chemische Kampfstoffe.

Die Milzbrandattacke in den Vereinigten Staaten im Jahr 2001 hat deutlich gemacht, wie effektiv einige Briefe mit lebensgefährlichen Bakteriensporen als Terrorwaffe sein können.⁸ Insgesamt gab es 18 bestätigte Milzbrandfälle. Fünf der Erkrankten starben. Gleichzeitig versetzten die Anschläge Hunderttausende in Angst und Schrecken; 30.000 Menschen, die mit den kontaminierten Briefen in Kontakt gekommen

waren, erhielten prophylaktisch Antibiotika. Postämter, andere öffentliche Dienststellen und Regierungsbüros wurden geschlossen. Die lokale Wirtschaftstätigkeit kam teilweise zum Erliegen. Man kann sich angesichts dieser Erfahrungen vorstellen, welche Konsequenzen ein terroristischer Angriff mit Pockenviren haben könnte.

Neben Milzbrandsporen und Pockenviren eignen sich noch zahlreiche weitere Erreger oder ihre Toxine als biologische Kampfstoffe. Nationale und internationale Public Health-Maßnahmen zur Bewältigung der Folgen von bioterroristischen Anschlägen sind deshalb so selbstverständlich Teil der Sicherheitspolitik wie Bemühungen, sie von vornherein zu verhindern.

Neue und altbekannte Infektionskrankheiten bedrohen die Sicherheit

Weil jedoch die Natur wesentlich erfindungsreicher ist als die fähigsten Bioterroristen, stellen auch die natürlich auftretenden übertragbaren Erkrankungen eine ernste Gefahr für die globale Sicherheit dar.

Heute stellen die Verbreitung von neuen und das Wiederauftauchen von alten Infektionskrankheiten neue Herausforderungen an die Sicherheitspolitik im traditionellen Sinn. Ein Beispiel ist SARS, das „Severe Acute Respiratory Syndrome“ – die erste Epidemie des 21. Jahrhunderts, die durch einen bisher unbekanntem, dem Erkältungsvirus verwandten Erreger verursacht wird.

Unter den neuen Infektionskrankheiten ist SARS jedoch bei weitem nicht die schlimmste. Seit Aids im Jahr 1982 zum ersten Mal diagnostiziert wurde, sind mehr als 23 Millionen Menschen an der Erkrankung verstorben. Bis zum Jahr 2010 wird mit 40 Millionen neuen Aids-Erkrankungen gerechnet. Was die Zahl der Opfer angeht, so steht Aids bereits jetzt auf einer Stufe mit der Pest des 14. Jahrhunderts oder der Grippeepidemie der Jahre 1918-19.⁹

Neben den neuen sind altbekannte Infektionskrankheiten wie Malaria und Tuberkulose wieder auf dem Vormarsch. Begünstigt wird die Verbreitung aller Infektionskrankheiten durch den Prozess der Globalisierung und die Zunahme des grenzüberschreitenden Verkehrs von Menschen und Gütern, durch sich verändernde ökologische und demographische Bedingungen, aber auch durch die zunehmende Resistenz von Erregern gegen Antibiotika.

Wegen ihrer wirtschaftlichen, militärischen und geopolitischen Bedeutung sind die neuen und alten Infektionskrankheiten nachgerade ein klassisches sicherheitspolitisches Problem¹⁰:

■ Sie richten großen wirtschaftlichen Schaden an, tragen zur Verarmung bei und zerstören die Chancen für eine nachhaltige Entwicklung in den betroffenen Regionen. So summieren sich die durch die Aidsepidemie bedingten wirtschaftlichen Verluste bereits jetzt zu astronomischen Summen.

■ Neue und alte Infektionskrankheiten können Bemühungen zur Schaffung und Erhaltung des Friedens mit militärischen bzw. polizeilichen Mitteln erschweren oder sogar verhindern. Die hohe Rate von HIV-Infektionen in der südafrikanischen Armee beispielsweise vermindert ihre Einsatzfähigkeit als Friedenstruppe. In einigen von Aids betroffenen Staaten wird es zunehmend fraglich, ob sie in Zukunft noch dazu in der Lage sein werden, in Sicherheitsbereichen wie Polizei und Landesverteidigung ihre Kernfunktionen zu erfüllen.¹¹ Zahlreiche Beispiele aus der Geschichte zeigen die oft entscheidende Bedeutung von Infektionskrankheiten für den Erfolg oder Misserfolg von militärischen Operationen.

■ Schließlich bedrohen neue und alte Infektionskrankheiten die Sicherheit, weil sie in Weltgegenden von geostrategischer Bedeutung zu instabilen Verhältnissen beitragen können. Eine

im letzten Jahr erschienene Studie des US-amerikanischen *National Intelligence Councils* hat in dieser Hinsicht auf die Gefahren aufmerksam gemacht, die durch die rasante Verbreitung von Aids in für die regionale und globale Stabilität wichtigen Ländern wie Nigeria, Äthiopien, Indien, China und Russland entstehen.¹²

Aids in Osteuropa

Für Deutschland wird insbesondere die sich rasant ausbreitende HIV-Epidemie in Osteuropa große Auswirkungen haben.

In Russland und anderen osteuropäischen Ländern sind bereits jetzt mehr als eine Million Menschen mit HIV infiziert und nirgendwo sonst auf der Welt steigen die Infektionsraten so schnell. Es ist damit zu rechnen, dass sich Mitteleuropa ganz neu mit dem Phänomen HIV/Aids auseinandersetzen muss. Bisher scheitert eine angemessene deutsche Antwort auf die Aidskrise in Osteuropa auch an den geteilten Zuständigkeiten der deutschen Politik. Die Krankheit Aids fällt in den Zuständigkeitsbereich des Gesundheitsministeriums, das aber nur Finanzmittel für nationale Aufgaben zur Verfügung hat. Für die globale Aids-Problematik ist das *Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (BMZ)* verantwortlich. Deren Mandat erstreckt sich aber nur auf so genannte Entwicklungsländer, zu denen Russland oder Estland nicht gehören. Es wäre aber dringend geboten, mit ausreichender Finanzierung Vorbeugungsprogramme in diesen Ländern zu unterstützen. – Dies wird bislang fast ausschließlich den Nichtregierungsorganisationen überlassen.

Staatszerfall, wirtschaftliche Unterentwicklung, die neuen Kriege und Gesundheit

Der Ausgangspunkt klassischer Sicherheitskonzepte ist die Existenz eines Netzwerks von Nationalstaaten, die untereinander ihre Bezie-

hungen durch Verträge und Gesetze regeln. Die Aufgabe der Sicherheitspolitik ist es, gewaltsame Auseinandersetzungen zwischen diesen Staaten zu vermeiden. Seit den 90er Jahren des letzten Jahrhunderts ist dieses Netzwerk zunehmend durchlässiger geworden. Hauptsächlich in Afrika, aber auch in Südasien und in Lateinamerika, sind Zonen ohne staatliche Ordnung entstanden, die sich allenfalls noch durch den unterschiedlichen Grad des Zerfalls von Staatlichkeit unterscheiden. In zerfallenen Staaten ist das Gewaltmonopol des Staates, das moderne Staatlichkeit erst definiert, aufgehoben und die Gewalt ist weitgehend privatisiert. Sie sind die Schauplätze der so genannten „neuen Kriege“ die sich nicht mehr zwischen, sondern innerhalb von Staaten abspielen.¹³

Auf Nothilfe spezialisierte Organisationen haben vielfach gezeigt, wie auch unter solchen Bedingungen sinnvolle humanitäre Hilfe geleistet werden kann. Gerade im Gesundheitsbereich können relativ einfache hygienische und medizinische Maßnahmen Tausende von Leben retten.

Darüber hinaus leisten Gesundheitsprogramme in Konflikt- und Post-Konfliktsituationen vielfach einen ganz eigenen Beitrag zu Versöhnungsarbeit und Streitbeilegung. Die *Weltgesundheitsorganisation* versucht deshalb seit einiger Zeit mit der „Health as a Bridge to Peace“-Initiative die potentiell friedensstiftende Wirkung von Gesundheitsprogrammen als einen eigenständigen Programmansatz zu konzeptionalisieren.¹⁴

Armut facht Konflikte an

Traditionelle Vorstellungen über die Ursachen von Bürgerkriegen beziehen sich auf politische Unzufriedenheit als Motor für ihre Entstehung. Vielfach werden auch ihre ethnischen oder religiösen Dimensionen betont. Andere messen Umweltstress und demographischen Veränderungen wesentliche Bedeutung bei.

Jüngere Untersuchungen lassen jedoch Zweifel an der durchgängigen Gültigkeit dieser Hypothesen aufkommen und verweisen auf die wirtschaftlichen Ursachen der neuen Kriege.¹⁵ Arbeiten einer Gruppe von Volkswirten bei der Weltbank etwa haben gezeigt: In Ländern mit niedrigem Bildungsstand, mit einem hohen Anteil junger Männer an der Bevölkerung, mit hohem Anteil von Primärgütern an den Gesamtexporten und raschem wirtschaftlichem Niedergang ist die Wahrscheinlichkeit für innerstaatliche Konflikte besonders hoch.¹⁶ Unter diesen Umständen ist es wohl eher die Habgier der Rebellen als ihre Betroffenheit über soziale Kümmernisse, die die „neuen Kriege“ anfacht.¹⁷ Eine groß angelegte Studie der Universität der *Vereinten Nationen* ist zu ähnlichen Ergebnissen gelangt. Sie sieht in einem Mangel an wirtschaftlicher Entwicklung eine der Kernursachen für das Entstehen innerstaatlicher Konflikte.¹⁸ Makroökonomische Instabilität, hohe Inflationsraten, große Einkommensunterschiede und rapider wirtschaftlicher Niedergang waren die wesentlichen ökonomischen Faktoren, die Länder für Bürgerkriege und komplexe humanitäre Katastrophen verletzlich machen.

Wegen der mittlerweile schlüssig nachgewiesenen Zusammenhänge zwischen Gesundheit und wirtschaftlicher Entwicklung ergibt sich daher für Maßnahmen zur Verbesserung der Gesundheit in Ländern mit hohem Konfliktrisiko eine besondere Bedeutung.¹⁹

Staatsversagen und neue Kriege

Die Gesundheitsprobleme der Armut und besonders die Infektionskrankheiten spielen beim Zerfall von Staaten eine besondere Rolle. Die so genannte „State Failure Task Force“ hat im Jahr 1994 mit Staatsversagen zusammenhängende Faktoren untersucht. Die Task Force hat dazu alle Fälle von Staatsversagen – hier definiert als Vorfälle von Völkermord, Revolutionskrieg, ethnischer Auseinandersetzungen

und Staatsstreichen – in den Jahren 1957-1994 untersucht und festgestellt, mit welchen Faktoren sie korreliert waren.

In demokratisch regierten Ländern, die zudem für den Handel offen waren und eine niedrige Säuglingssterblichkeit hatten, waren Episoden von Staatsversagen weniger häufig.²⁰ Andere politikwissenschaftliche Arbeiten haben einen klaren empirischen Zusammenhang zwischen der Häufigkeit von neuen und alten Infektionskrankheiten und der Fähigkeit von Staaten festgestellt, Stabilität und Wohlstand zu sichern, die Sicherheit ihrer Bürger zu schützen und auf Krisensituationen adäquat zu reagieren.²¹

Trotz dieser Zusammenhänge hat man sich das Verhältnis zwischen Krankheit und Konflikt wohl eher nicht als ein lineares vorzustellen. Ein permanent schlechter Gesundheitszustand in einer Bevölkerung oder seine plötzliche Verschlimmerung durch Epidemien von alten oder neuen Infektionskrankheiten kann jedoch in den ärmsten Ländern der Welt die Türen öffnen für Chaos, Gewalt und gesellschaftliche Auflösung.

Die Schaffung und Erhaltung von Gesundheit durch öffentliche Maßnahmen kann zur strukturellen Prävention von Konflikten beitragen, indem sie bei der Bevölkerung ein Gefühl von physischer und wirtschaftlicher Sicherheit produzieren und Staatlichkeit legitimieren.

Schlussfolgerungen

■ Ein Engagement der reichen Länder zur Verbesserung der Gesundheit in den armen Regio-

nen der Welt im Rahmen von Nothilfe und Entwicklungszusammenarbeit ist aus humanitären Gründen geboten und kann nachweislich deren Chancen für wirtschaftliche Entwicklung erhöhen.²²

■ Weil der vorzeitige Tod von Millionen von Menschen in den armen Ländern mit heute vorhandenen Ressourcen, Wissen und Technologien vermieden werden kann, ist die Verbesserung der Gesundheitslage in den armen Ländern selbstverständlicher Teil einer Sicherheitspolitik, die sich die „menschliche Sicherheit“ zum Ziel setzt.

■ Gesundheitsförderung muss zu einem Querschnittsthema der Politik werden. Gerade in Deutschland wirkt sich die mangelhafte Verknüpfung zwischen Gesundheits-, Außen- und Entwicklungspolitik negativ aus. Eine Bedrohung durch Infektionskrankheiten in entfernten Weltregionen oder auch in Nachbarländern wie z.B. in Osteuropa kann nicht ohne eine enge Zusammenarbeit zwischen nationaler Expertise zum Schutz der öffentlichen Gesundheit und internationaler Expertise im Bereich der Entwicklungszusammenarbeit gelöst werden.

■ Die vielfältigen Zusammenhänge zwischen Gesundheit und nationaler und internationaler Sicherheit machen die verheerende Gesundheitssituation in den armen Ländern zudem zu einer Sache der globalen Sicherheitspolitik. Dort die Gesundheit zu verbessern, liegt im aufgedrängten Eigeninteresse der reichen Länder. Wenn sie nicht in die Gesundheit der Armen investieren, tun sie das auf eigene Gefahr!

1 Dieser Artikel erschien (in längerer Version) zunächst in epd Entwicklungspolitik 12 (2003) S. 24-29

2 Boston Globe, None of them had to die. www.boston.com/globe/-nation/packages/lives_lost

3 Human Development Report 1994: New Dimensions of Human Security. www.undp.org

4 Conceptual Framework for Human Security. Sabina Alkire, 16 February, 2002 (Excerpt: Working Definition and Executive Summary). www.humansecurity-chs.org

5 Report of the Commission on Macroeconomics and Health Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development. (www3.who.int/whosis/cmh); M. Ezzati, A.D. Lopez, A. Rodgers, S. Vander Hoorn, C.J. Murray: Comparative Risk Assessment Collaborating Group. Selected major risk factors and global and regional burden of disease, Lancet 2002 Nov 2;360(9343), pp. 1347-60

6 WHO: The World Report on Violence and Health. www.who.int

7 Dying for Change. World Health Organization and World Bank, January 2002. www.worldbank.org

- 8 Anthony S. Fauci : The Haskins Lectureship in Science Policy. Bioterrorism: a clear and present danger. November 15, 2002. www.rand.org
- 9 Antony S. Fauci: The AIDS epidemic. Considerations for the 21st century, *N Engl J Med.* 1999 Sep 30;341(14), pp. 1046-50.
- 10 David P. Fidler: Public Health and National Public Health and National Security in the Global Age Security, in: *Infectious Diseases, Bioterrorism, and Realpolitik.* Presentation to the London School of Hygiene & Tropical Medicine May 30, 2002. www.lshtm.ac.uk/cgch/fidler.presentation.ppt.
- 11 ICG Report: HIV/AIDS AS A SECURITY ISSUE. June 2001. www.intl-crisis-group.org
- 12 National Intelligence Council: The Next Wave of HIV/AIDS: Nigeria, Ethiopia, Russia, India, and China. www.cia.gov
- 13 Robert D. Kaplan: The Coming Anarchy. www.theatlantic.com
- Herfried Münkler: Die neuen Kriege und das gewandelte Aufgabenfeld der Sicherheitspolitik, Eröffnungsvortrag der 3. Außenpolitischen Jahrestagung der Heinrich-Böll-Stiftung am 21. Februar 2002 in Berlin. www.oeko-net.de
- 14 WHO: Health as a bridge to peace, www.who.int
- 15 Development Policy Forum, Federal Ministry for Economic Cooperation and Development (BMZ). (Bonn, 26-27 November 2002) Summary of Discussions: Public Bads - Economic Dimension of Conflict. www.dse.de; P. Collier, A. Hoeffler 1998: „On Economic Causes of Civil War“, *Oxford Economic Papers*, Vol. 50, pp 563-573
- 16 Dan Smith: Trends and Causes of Conflict. *Berghof Handbook for Conflict Transformation.* www.berghof-center.org/handbook/cf.htm
- 17 P. Collier, A. Hoeffler: Greed and Grievance in Civil War, 2000. www.econ.worldbank.org
- 18 Nafziger, „Root of Human Suffering,“ *Financial Times*, 21 January 1998. www.ksu.edu; E. Wayne Nafziger and Juha Auvinen: „Economic Development, Inequality, War and State Violence“, *World Development* 30(2) February 2002, pp. 153-163. www.ksu.edu/economics/nafwayne/ecdev10-1.pdf.
- 19 Christoph Benn, Matthias Vennemann: Wirtschaftswachstum durch Investitionen in Gesundheit, *epd Entwicklungspolitik* 4/2002. www.epd.de; Report of the Commission on Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development. www3.who.int/whosis/cmh)
- 20 State Failure Task Force 1999: „State Failure Task Force Report: Phase II Findings,“ in the *Environmental Change and Security Project Report of the Woodrow Wilson Center*, Issue 5, Summer, pp. 49–72
- 21 Andrew T. Price-Smith: *The Health of Nations. Infectious Disease, Environmental Change, and Their Effects on National Security and Development*, Cambridge 2002
- 22 Matthias Vennemann, Christoph Benn: Makro-Ökonomik und Gesundheit. Durch Gesundheit zu Wohlstand, *Deutsches Ärzteblatt*, Ausgabe Dezember 2002, Seite 551

Zwischen Bewegung und Institution – Aids-Kampagnenarbeit im globalen Netzwerk

„Die globale Gesundheit ist zu einer politischen Frage geworden“, betonte Dr. Gro Harlem Brundtland anlässlich einer Konferenz zur Bekämpfung von Malaria im Jahr 2001. Die damalige Direktorin der *Weltgesundheitsorganisation (WHO)* führte diese Entwicklung zurück auf die enge Verknüpfung zwischen menschlicher Entwicklung und der Verbreitung beziehungsweise Eindämmung der „drei großen Krankheiten“ Aids, Tuberkulose und Malaria.¹

Aber – dass die globalen Epidemien und vor allem die weltweiten Auswirkungen von HIV/Aids heute auf der Agenda der nationalen und internationalen Politik stehen, geht wesentlich auf das Engagement betroffener Menschen zurück. Sie sind es, die ihre Situation, Bedürfnisse und Rechte sowie das Versagen der staatlichen Gesundheitssysteme in die öffentliche Diskussion brachten und bringen. Die Geschichte und die Entwicklung der Aids-Bewegung zeigen, dass die politische Thematisierung aus der persönlichen Erfahrung einer lebensbedrohlichen Versorgungslücke entstanden ist.

Die Forderung nach wirksamer Prävention, Behandlung und Pflege im Zusammenhang mit HIV/Aids wird heute von einer globalen sozialen Bewegung getragen. In Deutschland engagiert sich das *Aktionsbündnis gegen AIDS* für die Rechte und die Verbesserung der Situation der Menschen, die weltweit mit HIV/Aids leben. In diesem bundesweiten Netzwerk sind 70 Organisationen der Aids- und Entwicklungszusammenarbeit und über 200 Basisgruppen aktiv. Die zentralen Anliegen der Kampagne des Bündnisses sind der Ausbau der finanziellen Ressourcen zur weltweiten HIV-Prävention und Aids-Bekämpfung und der weltweite Zugang zur Therapie.

Die Wurzeln der politischen Aids-Bewegung

Katja Roll

Nicht grundsätzliche Lösungen sondern konkrete Hilfe forderten die Menschen, die in den 80er Jahren als erste HIV-positiv diagnostiziert wurden und an Aids erkrankten. Es gab weder anonyme Testmöglichkeiten noch eine klinische Betreuung, Folgekrankheiten konnten nicht adäquat behandelt werden. Da die Staaten an dieser Stelle zunächst versagten, organisierten Selbsthilfegruppen Informationen, Aufklärung, häusliche Pflege, psychosoziale Unterstützung und Krankentransporte.

Wissenschaftler nannten die neu entdeckte Immunschwächekrankheit damals GRID: Gay Related Immune Deficiency. Als Homosexuelle mit einer tödlichen Krankheit waren die Betroffenen doppelt ausgegrenzt. Mit der Unterzeichnung der Denver Erklärung formulierten die Betroffenen 1983 ihre politischen Anliegen. Sie forderten, als „Menschen mit Aids“ anerkannt, integriert und unterstützt zu werden. Damit begann in den USA die politische Aids-Bewegung. 1987 blockierten Mitglieder von *ACT UP (AIDS Coalition to Unleash Power)* die New Yorker Wallstreet mit Särgen. Nachdem bereits Tausende Menschen an Aids gestorben waren, sollten sich die Mächtigen endlich rühren. Die Aktivisten protestierten gegen die akute Versorgungslücke und die Tatsache, dass die Siche-

rung einer umfassenden medizinischen Versorgung keine politische Priorität war.² Neben der staatlichen Fürsorge forderte die Aids-Bewegung der 80er Jahre von den Pharmaunternehmen, Medikamente für die Behandlung von Aids-Patienten zur Verfügung zu stellen. Bereits vorhandene spezifische Aidsmedikamente sollten umgehend freigegeben werden. Hindernisse an dieser Stelle waren die hohen Medikamentenpreise und die Zulassung der Wirkstoffe durch die staatlichen Behörden.

Treatment Action – Medikamente für alle

Seit den 90er Jahren können Aidspatienten in den Industrieländern mit der so genannten Highly Active Antiretroviral Therapy (HAART), einer spezifischen Aidstherapie, versorgt werden. Mit der weitreichenden Verfügbarkeit dieser das Leben von Aids-Patienten verlängernden Therapie im Norden verschwand die „Treatment Action“, der Einsatz für einen vermehrten Zugang zur Aidstherapie, hier weitgehend aus der politischen Landschaft.

Der Zugang zur spezifischen Aidstherapie ist heute allerdings eine zentrale Herausforderung für die wirtschaftlich benachteiligten Länder. In Afrika, wo die meisten Menschen mit HIV/Aids leben, hat es sehr lange gedauert, bis Regierungen und Gesellschaften HIV/Aids als Gesundheitsproblem anerkannten und begannen, Projekte zur Prävention und Behandlung zuzulassen und einzusetzen. Durch Monopole und Patente hochgehaltene Preise machten Aidsmedikamente und weitreichende Behandlungsprogramme für die ärmeren Länder lange Zeit unerschwinglich. Dass Pharmaunternehmen und Regierungen in den vergangenen Jahren erste Schritte unternahmen, den Medikamentenzugang zu verbessern, ist auf den Druck einer globalen Kampagne zurückzuführen. Während lokale Initiativen mit Protestaktionen, Anklagen und Demonstrationen ihre Situation öffentlich thematisieren, verstärken die Nordpartner deren Stimme durch Presse- und Lobbyarbeit.³

Es geht! – Länderbeispiele Brasilien, Thailand, Südafrika

In Brasilien wurde die Produktion von Nachahmerprodukten auf Druck der Zivilgesellschaft begonnen. Dass dort heute 120 000 Menschen mit Aids-Medikamenten behandelt werden⁴, ist ein wichtiges Argument für Treatment-Aktivisten in anderen Ländern. Die Erfolgsgeschichte Thailands, ein Land das durch seine frühe Reaktion und die lokale Produktion der Aids-Medikamente vergleichsweise viele Menschen behandeln kann, ist weitgehend auf zivilgesellschaftliche Lobbyarbeit zurückzuführen. Nachdem zwei Einzelkläger im Oktober 2002 den Prozess gegen das amerikanische Pharmaunternehmen *Bristol-Myers Squibb* gewonnen hatten, begann ein lokales Unternehmen, Aidsmedikamente als günstige Nachahmerprodukte (Generika) zu produzieren.⁵ In Südafrika entstand 1998 die *Treatment Action Campaign (TAC)*, die verbunden ist mit dem Namen des Treatment-Aktivisten Zackie Achmat. Die Aktionen und Anliegen von *TAC* gingen weltweit durch die Medien. Auf eine Klage von *TAC* und anderen beugten sich die Pharmaunternehmen *Boehringer Ingelheim* und *GlaxoSmithKline* im Dezember 2003 und stimmten einer außergerichtlichen Einigung zu. Diese soll ermöglichen, dass Aidsmedikamente in Südafrika produziert bzw. importiert werden dürfen.⁶

Der Weg in die Institutionen

Der Biss einer Kampagne entscheidet sich an der Qualität ihrer Informationen und der Geschwindigkeit, mit der sie diese transportiert. Durch die Möglichkeiten der neuen Medien sind heute weltweiter Gedankenaustausch, Koordination und eine schnelle Reaktion auf entscheidende Entwicklungen möglich. Andererseits sind soziale Bewegungen vom Interesse der Medien abhängig. Treatment-Aktivisten wie *ACT UP* oder *TAC* bringen ihre Anliegen mit öffentlichkeitswirksamen Bildern in die Medien.⁷

Allerdings können soziale Bewegungen in dieser Form nur für eine begrenzte Zeit mobilisieren. Dies liegt einerseits daran, dass das öffentliche Interesse für ein bestimmtes Thema irgendwann gesättigt ist. Andererseits bewegen sich soziale Initiativen auf die relevanten Institutionen und Adressaten zu. Wenn ihre Expertise und ihre Anliegen anerkannt sind, verändert sich ihre Arbeitsweise, sie agieren nun als Teil der staatlichen bzw. internationalen Strukturen. Als die WHO 1987 mit dem Aufbau eines weltweiten Programms zur Bekämpfung von HIV/Aids begann, kam den Erfahrungen der NROs eine zentrale Rolle zu. Auch im 1996 eingesetzten *United Nations AIDS Programme (UNAIDS)* sind NRO-Vertreter beratend tätig.⁸

In einer Verpflichtungserklärung legten die *Vereinten Nationen* 2001 fest, dass die Zivilgesellschaft in die Konzeption, Umsetzung und Bewertung von allen Maßnahmen im HIV/Aids Bereich einbezogen sein soll. Dieses Ziel versucht der *Globale Fonds zur Bekämpfung von Aids, Tuberkulose und Malaria* in seinen Strukturen umzusetzen. In Vorstand, Büro wie in den Ländergremien müssen Experten aus der zivilgesellschaftlichen Aids-Arbeit in alle Prozesse eingebunden sein. So soll sichergestellt werden, dass die Projekte, die zur finanziellen Förderung ausgewählt werden, an den Bedürfnissen der Menschen orientiert sind.⁹

Let's sit down and listen

Zwischenstaatliche Organisationen, entwicklungs- und gesundheitspolitisch engagierte NROs fördern in den Entwicklungsländern lokale Initiativen und können die (Gesundheits-) Politik dort beeinflussen. Seit Beginn der 90er Jahre sind in den Ländern des Südens und Ostens viele neue Aids-Selbsthilfe- und Advocacy-Gruppen entstanden. Gerade dort, wo korrupte Systeme und staatliche Ignoranz die Zivilgesellschaft behindern, kann die Stimme der etablierten NROs im Norden und Westen Aufmerksamkeit und Raum schaffen. Allerdings ist

die Kampagnenarbeit immer in Gefahr, von der Lebenssituation und den Bedürfnissen der Süd- und Ostpartner abgekoppelt zu werden. Unterschiedliche Kommunikationskulturen, das Anliegen, mediengerecht zu agieren und klare Botschaften zu formulieren, führen leicht dazu, demokratische Grundsätze und den Basisbezug zu vernachlässigen.¹⁰

Es gehört zu den zentralen und zugleich schwersten Aufgaben der globalen Bewegung, immer wieder an der Lebenssituation der Betroffenen anzusetzen. Internationale Konferenzen, Projektbesuche, Gespräche und Interviews mit Entwicklungsfachkräften bieten die Möglichkeit: Let's sit down and listen!

Katja Roll ist seit November 2002 als Kampagnenreferentin beim Aktionsbündnis gegen AIDS tätig. Das Büro der Kampagne ist beim Difäm – dem Rechtsträger der Kampagne – angesiedelt. Dort koordiniert sie die Öffentlichkeits- und Lobbyarbeit des Bündnisses. Sie ist Diplom-Volkswirtin und hat an der London School of Economics and Political Science einen Masterstudiengang im Bereich Entwicklungspolitik absolviert.

-
- 1 H. Seekinelgin: „Time to stop and think. HIV/AIDS, Global Civil Society, and People's Politics“, in: H. Anheier, M. Glasius, M. Kaldor (Hrsg.), *Global Civil Society* 2002, p. 109
 - 2 Vgl. die Darstellung „17 years direct action“, unter www.actupny.org
 - 3 M. Kaldor (Autor und Hrsg.): „Social Movements, NGOs and Networks“, in: *Global Civil Society. An Answer to War*, 2003, p. 96
 - 4 Nach Angaben des brasilianischen Gesundheitsministeriums, werden 100 Prozent der Patienten, die die spezifische Aids-therapie brauchen, damit behandelt. Vgl. UNAIDS: *Progress Report on the Global Response to the HIV/AIDS Epidemic*, 2003, p. 90
 - 5 H. Seekinelgin: „Time to stop and think. HIV/AIDS, Global Civil Society, and People's Politics“, in: H. Anheier, M. Glasius, M. Kaldor (Hrsg.), *Global Civil Society* 2002, p. 123f; N. Ford, D. Wilson et al.: *The Role of Civil Society in Protecting Public Health over Commercial Interests. Lessons from Thailand*, in: *The Lancet*, Vol 363, Nr. 9408, 14. Februar 2004
 - 6 Aktionsbündnis gegen AIDS, 10.12.03. www.aids-kampagne.de; Treatment Action Campaign, www.tac.org.za
 - 7 M. Kaldor (Autor und Hrsg.): „Social Movements, NGOs and Networks“, in: *Global Civil Society. An Answer to War* 2003, p. 104
 - 8 *The Global Fund to fight AIDS, Tuberculosis and Malaria: Key Global Fund Structures*, 2002. www.theglobalfund.org
 - 9 H. Seekinelgin: „Time to stop and think. HIV/AIDS, Global Civil Society, and People's Politics“, in: H. Anheier, M. Glasius, M. Kaldor (Hrsg.), *Global Civil Society* 2002, p. 123f
 - 10 M. Kaldor (Autor und Hrsg.): „Social Movements, NGOs and Networks“, in: *Global Civil Society. An Answer to War*, 2003, p. 97

Die Difäm-Arzneimittelhilfe im Kontext der weltweiten Gesundheitsarbeit

Seit 1959 engagiert sich die *Difäm-Arzneimittelhilfe (AMH)* für die Verbesserung der Arzneimittelversorgung in wirtschaftlich armen Ländern. Die Unterstützungsleistungen¹ bestanden zunächst vorwiegend aus der Weiterleitung von eingegangenen Sachspenden. Doch bald ging die *AMH* von dem Sammeln von Medikamenten über zur Beschaffung von Arzneimitteln entsprechend dem Konzept „Unentbehrliche Arzneimittel“ der *Weltgesundheitsorganisation (WHO)*.²

Dieses Konzept fordert:

Albert Petersen

- die Beschränkung auf einige wichtige und wirksame Präparate,
- die Orientierung am Bedarf der Empfänger,
- eine gute Qualität und ausreichende Haltbarkeit der Präparate,
- die enge Kooperation mit dem Empfänger.

Viele, in erster Linie kirchliche Organisationen in Deutschland bitten die *AMH* um Beratung und um die Beschaffung von Arzneimitteln. Auch hier wird das Konzept „Unentbehrliche Arzneimittel“ strikt angewandt, so dass in den letzten zehn Jahren eine intensive Bewusstseinsbildung auch bei den Hilfswerken einsetzte. Verstärkt wurde dieser Prozess zwischen 1996 und 2003, als die *AMH* in Kooperation mit Organisationen in Paris, Madrid und Amsterdam und durch Förderung der *Europäischen Union (EU)* die Aufgabe übernahm, die internationalen „Leitlinien für Arzneimittelspenden“ im deutschsprachigen Raum bekannt zu machen und für deren Umsetzung zu werben.³

Die Arzneimittelproduktion vor Ort fördern

Seit 1995 konnte die *AMH* ihren Schwerpunkt „Lokale Arzneimittelproduktion“ weiter ausbauen. In 2002 entstand eine Broschüre zur Anleitung einer dezentralen Arzneiproduktion auf Hospitalebene.⁴ Die *AMH* betreut Projekte in verschiedenen Ländern Afrikas, in denen Sal-

ben, Säfte und Ultraschallgel lokal günstig und in guter Qualität hergestellt werden. Derartige Projekte helfen in Ländern ohne stabile Arzneimittelversorgung oder dort, wo auf Grund der mangelnden Infrastruktur Beschaffung und Transport von Fertigarzneimitteln nicht funktionieren. Die lokale Verfügbarkeit von Arzneimitteln verbesserte sich in den vergangenen Jahren in einigen, vor allem ostafrikanischen Ländern. In Uganda und Kenia gibt es inzwischen Arzneimittelunternehmen, die einige Basispräparate in guter Qualität herstellen, so dass diese auch zunehmend von kirchlichen Beschaffungsstellen wie *MEDS (Mission for Essential Drugs and Supplies)* in Nairobi⁵ an die Missionshospitäler vertrieben werden.

Die Zahl der Menschen, die Zugang zu unentbehrlichen Arzneimitteln haben, hat sich seit den 80er Jahren des 20. Jahrhunderts etwa verdoppelt. Allerdings ist die Bevölkerungszahl so gestiegen, dass in den Ländern südlich der Sahara heute immer noch die Hälfte der Menschen keinen Zugang zu lebenswichtigen Medikamenten hat.

Jegliches Bemühen, eine stabile Arzneimittelversorgung aufzubauen, muss mit der Frage nach einer langfristigen Perspektive einhergehen: Wie kann der Zugang zu unentbehrlichen Arzneimitteln dauerhaft verbessert werden? Hilfssendungen aus dem Ausland können nur

vorübergehend Abhilfe schaffen – ja, sie können sogar den Blick für eine langfristig tragende Struktur verschleiern und die Weichenstellungen dafür hemmen.

Der Zugang zur spezifischen Aidstherapie

Die Zahl der Aidspatienten in wirtschaftlich armen Ländern ist erschreckend in die Höhe gegangen. Die Frage nach Therapiemöglichkeiten für sie wurde bis vor wenigen Jahren noch mit Achselzucken beiseite geschoben. Denn die zur Verfügung stehenden spezifischen Aidsmedikamente, die so genannten antiretroviralen Präparate, waren für die Armen nicht bezahlbar. Auf alle diese Präparate bestehen noch Patentrechte, so dass preisgünstige Nachahmerprodukte, „Generika“, bislang nicht überall zur Verfügung stehen.

Internationale Aktivgruppen wie *HAI (Health Action International)*⁶, *MSF (Ärzte ohne Grenzen)*, *EPN (Ecumenical Pharmaceutical Network)*⁷, aber auch kritische Dialogprogramme, zum Beispiel der „Dialog Kirche und Pharmaindustrie“, brachten dieses Problem in den vergangenen Jahren in die Weltöffentlichkeit.

Schwellenländer wie Brasilien und Indien, die das internationale Patentrecht nicht befolgen, boten die Aidsbehandlung für rund 300 Dollar pro Patient und Jahr an, erste Projekte damit wurden 2001 von MSF und anderen gestartet. Auch die *Weltbandelskonferenz* setzte das Thema auf ihre Agenda, so dass die Pharmaindustrie handeln musste. Fünf Organisationen der UN starteten im Mai 2000 gemeinsam mit fünf großen Herstellern ein Projekt, um bestimmte Aidsmedikamente für ausgewählte Länder günstiger anzubieten.⁸ Dadurch sank der Preis patentierter Medikamente auf rund 750 Dollar pro Patient und Behandlungsjahr.

Auf der *WTO-Konferenz* in Doha im November 2001 traten erstmals die wirtschaftlich armen Länder geschlossen auf und erreichten, dass in

dem Schlussdokument das Recht auf Gesundheit (und damit die Verfügbarkeit unentbehrlicher Arzneimittel) über das Recht auf Handel (und damit das Patentrecht) gestellt wurde.⁹

Die *WHO* nahm im Jahre 2002 die zwölf wichtigsten antiretroviralen Medikamente in die Liste der unentbehrlichen Arzneimittel auf und begann gemeinsam mit den großen Nichtregierungsorganisationen einige Projekte, um diese Präparate möglichst vielen Patienten zugänglich zu machen.

UNO-Generalsekretär Kofi Anan rief 2002 den *Globalen Fonds zur Bekämpfung von Aids, Tuberkulose und Malaria* ins Leben und die *WHO* erreichte gemeinsam mit *MSF* gegen den Druck der Pharmaindustrie eine Preistransparenz. Die *Clinton Foundation* verhandelte mit drei großen Anbietern von Generika in Indien und Südafrika und erreichte schließlich eine Preisreduktion auf etwa 140 Dollar pro Patient und Jahr.

Die Einführung einer Kombinationstablette führte zu einer verbesserten Einnahme: Anstatt ursprünglich über zehn Tabletten am Tag muss nun nur noch morgens und abends je eine Tablette eingenommen werden. Da vor allem die Hersteller in den Schwellenländern wie Indien und Brasilien nicht dem internationalen Qualitätssicherungssystem untergeordnet sind, führte die *WHO* ein solches ein.

Das Engagement für die Zugänglichkeit der Aidstherapie

1. Aidsmedikamente in kirchlichen Krankenhäusern

Nach der drastischen Preissenkung beginnen immer mehr Krankenhäuser mit der spezifischen Aidstherapie. Die *AMH* hilft, Gesundheitsprojekte an die inzwischen zur Verfügung stehenden Beschaffungsstrukturen anzubinden.

So wird das methodistische Hospital in Maua, Kenia, durch die ökumenische Zentralapotheke

MEDS in Nairobi mit günstigen Generika versorgt, das *Difäm* kommt für einen Teil der Kosten auf.

Ein anderes Beispiel: In Botswana ist der Einsatz von Generika nicht zugelassen, die Versorgung mit Markenpräparaten geschieht hier durch die staatliche Zentralapotheke. Ende 2003 senkte der Hauptanbieter für Medikamente in Südafrika, der die Zentralapotheke beliefert, seine Preise für Aidsmedikamente und Malariamittel drastisch. Aber noch in 2004 wurde von der Zentralapotheke Botswanas einem vom *Difäm* unterstützten Hospital der alte hohe Preis berechnet. Die *AMH* wurde gebeten, dagegen Protest einzulegen. Durch direkten Kontakt mit dem Lieferanten in Südafrika konnte erreicht werden, dass auch die Zentralapotheke den Preis senkte. Darüber hinaus wurde angeboten, dass das Hospital direkt aus Südafrika beliefert werden könnte – dies hatten die staatlichen Behörden bisher untersagt. Botswana wird in naher Zukunft eine landesweite Versorgung mit antiretroviralen Medikamenten beginnen. Der Leiter eines durch das *Difäm* geförderten Pilotprojektes in Botswana übernimmt in diesem Prozess eine wichtige und verantwortungsvolle Rolle.

2. Training

Krankenhäusern, die mit der Aids therapie beginnen wollen, bietet das *Difäm* für die Startphase Beratung an und stellt umfangreiche Materialien zur Verfügung. Durch die Vernetzung der *AMH* mit dem *Ecumenical Pharmaceutical Network (EPN)* ist in Tübingen bekannt, dass bei einem Hospital in Kenia schon gute Erfahrungen vorliegen. Dort werden inzwischen zweiwöchige Fortbildungen für Ärzte aus anderen Hospitälern angeboten. Die *AMH* vermittelt Ärzte aus anderen Ländern dorthin zum Training.

3. Postexpositionsprophylaxe (PEP)

Die *AMH* hat engen Kontakt zu den kirchlichen

Organisationen, die Personal in wirtschaftlich arme Länder entsenden. Dabei handelt es sich um Fachkräfte für einen längeren Aufenthalt, Praktikanten, Kurzreisende im Rahmen von Partnerschaftsbegegnungen und Projektreisen – im Auftrag von Hilfswerken, die nur für wenige Tage oder Wochen in die Länder des Südens reisen. Für alle der genannten Personengruppen besteht das Risiko einer Infektion mit dem HI-Virus. Ein erhöhtes Risiko haben Ärzte während Operationen und weibliche Reisende in Länder und Gebiete, in denen die Gefahr von Überfällen mit sexueller Gewaltanwendung besteht.

Nach einer möglichen Infektion ist eine Verhinderung der Ausbreitung des HI-Virus im Körper möglich, wenn innerhalb von wenigen Stunden vier Wochen lang eine PEP eingenommen wird.

Deshalb sollten diese Präparate Ausreisenden der Risikogruppen zur Verfügung gestellt werden. Gemeinsam mit Ärzten der *Tropenlinik Paul-Lechler-Krankenhaus* in Tübingen wurde ein Grundsatzpapier erstellt, das eine bestimmte Vorgehensweise für diese Fälle empfiehlt. Dieses dient als Gesprächsgrundlage für die Entscheidungsfindung in den aussendenden Organisationen.

4. Die *AMH* und das Ökumenisch Pharmazeutische Netzwerk (EPN)

In der Nachfolge von zwei Tübinger Konsultationen zu Fragen des Heilungsauftrages der Kirchen und Gemeinden schuf der *Ökumenische Rat der Kirchen (ÖRK)* im Jahr 1968 die *Christian Medical Commission (CMC)*. Die *CMC*, die die christliche Gesundheitsarbeit weltweit prägte und förderte, ist heute als Abteilung „Gesundheit, Heilen und Ganzheit“ in die *ÖRK-Kommission „Mission und Evangelisation“* eingegliedert.

1981 lud die *CMC* Pharmazeuten aus kirch-

lichen Projekten in Übersee zu einem Gespräch mit kirchlichen Hilfswerken, Arzneimittellieferanten und anderen an der Arzneimittelversorgung beteiligten Gruppen ein. Daraus ergab sich ein jährliches Treffen der „Pharmaceutical Advisory Group“, das sich rasch zum Netzwerk *EPN* entwickelte. Das *EPN*-Büro siedelte im Jahr 1996 von Genf nach Nairobi über.

Die *EPN*-Aktivitäten werden von einer afrikanischen Apothekerin koordiniert, darüber hinaus gehören eine Sekretärin und ein Fahrer zum Stab. Das *EPN* ist in Genf und Nairobi als Nichtregierungsorganisation eingetragen und wird von kirchlichen Entwicklungshilfeorganisationen wie *Brot für die Welt* und *Misereor* gefördert. Verantwortet wird die Arbeit von einem Vorstandsgremium.

Das *EPN* hat Stützpunkte in den verschiedenen Ländern, die sich alle für die Verbesserung der Versorgung mit unentbehrlichen Arzneimitteln einsetzen. Weitere Themenschwerpunkte sind: rationaler Gebrauch von Arzneimitteln, Qualitätsfragen, Management, Preisstrukturen und zunehmend auch die Verfügbarkeit von Aidsmedikamenten.

Die *AMH* ist der deutsche Stützpunkt des *EPN*, der Leiter der *AMH* wurde 2002 zum Vorstandsvorsitzenden gewählt. So konnten die bisherigen Erfahrungen in der *AMH* direkt in dieses internationale Netzwerk einfließen. Und andererseits kommen die Möglichkeiten des Netzwerks der *AMH* zugute.

Die zukünftige Arbeit des *EPN* hat drei Schwerpunkte:

1. Stärkung der Länderstützpunkte und der Vernetzung:

In den Länderstützpunkten sind Pharmazeuten in kirchlichen Projekten für die Beschaffung von Medikamenten, für die Personal-Ausbildung oder das Krankenhaus-Management tätig. Diese einzelnen kirchlich getragenen Zentren

gilt es zu stärken, damit sie noch mehr als bisher pharmazeutische Fragen für alle Gesundheitsstationen in den Blick nehmen können. Denn in manchen Ländern werden bis zu 50 Prozent aller Gesundheitsstationen von den Kirchen getragen. Weiter gilt es, die Vernetzung mit ähnlichen Strukturen auf Landesebene zu fördern, auch mit nicht-christlichen Organisationen und Einrichtungen. Vieles wurde bereits entwickelt. Das Ziel ist, Erfahrungen mit anderen auszutauschen, gemeinsame Strategien zu entwickeln, voneinander zu lernen. Auch der Austausch der Länderstützpunkte untereinander ist wichtig. Die Verknüpfung mit der *EPN*-Zentrale in Nairobi rundet die Vernetzung ab.

2. Die Verbesserung der Arzneimittelversorgung:

Vielorts stehen die unentbehrlichen Arzneimittel und Aidsmedikamente unzureichend oder gar nicht zur Verfügung. Das *EPN* organisierte mit finanzieller Unterstützung der *WHO* in 2003 eine Studie, die 16 Beschaffungsstellen kirchlicher Partner in elf Ländern untersuchte. Mit Hilfe der von *EPN* entwickelten „Leitlinien für Pharmazeutische Strukturen“ ist es möglich, etwaige Schwachpunkte in einzelnen Einrichtungen zu spezifizieren und nach Verbesserungsmöglichkeiten zu suchen.

3. Die Bewusstseinsbildung der kirchlichen Entscheidungs- und Führungsebenen bezüglich der antiretroviralen Therapie:

Die Möglichkeiten zur Behandlung von Aidspatienten sind in kirchlichen Einrichtungen bisher nicht ausreichend bekannt. Deshalb soll in zunächst einem Land beispielhaft durch Schulungen und Fortbildungen erreicht werden, dass die Kirchenführer sich mit dem Thema der Behandlung von Aidskranken auseinandersetzen und Wege erarbeiten, dieses Wissen innerhalb der eigenen Strukturen bis hin zur Basis, bis zur Gemeinde weit ab von der Stadt, umzusetzen.

Die WHO verfolgt die Arbeit des *EPN* schon seit einigen Jahren mit großem Interesse, nimmt regelmäßig aktiv an den *EPN*-Jahrestreffen teil und hat großes Interesse an einer zukünftigen engen Kooperation. Grund dafür ist, dass die religiösen Organisationen in wirtschaftlich armen Ländern wichtige Aufgaben im Bereich der Gesundheitsversorgung wahrnehmen. Sie konnten in den letzten Jahrzehnten in vielen

Ländern ein funktionierendes Gesundheitssystem aufbauen, das sich an den Bedürfnissen der Armen orientiert. Auch bei wechselnden Regierungen sind die kirchlichen Programme langfristig stabil. In manchen Ländern sind sie durch die Einbindung kleinster Gesundheitsstrukturen auch in ländlichen Gebieten wirksam – und somit da, wo die Ärmsten leben und Regierungsprogramme oft nicht greifen.

1 Jährlich werden rund 750 Bereitstellungen im Gesamtwert von etwa einer Million Euro vermittelt. Es handelt sich um Arzneimittel, pharmazeutische Rohstoffe, Verbrauchsmaterialien, Geräte, Instrumente, Ersatzteile und andere in Gesundheitseinrichtungen verwendete Materialien.

2 Siehe WHO: www.who.int/medicines.

3 Gruppen, Apotheker, Ärzte, Industrie und Regierung konnten von der Dringlichkeit, diese Leitlinien zu befolgen überzeugt werden. Die AMH entwickelte Informationsmaterial für verschiedene Zielgruppen, das nach wie vor zur Verfügung steht. www.difaem.de/amh.htm

4 „Drug Production in Hospitals of Tropical Countries“, erhältlich im Difäm

5 Träger ist die katholische und evangelische Kirche. MEDS versorgt über 3000 Gesundheitseinrichtungen in Kenia und Nachbarländern, 80 Prozent der verwendeten Arzneimittel stammen aus kenianischer Produktion. MEDS hat ein eigenes Analytiklabor zur Qualitätssicherung, das zurzeit auch mit Unterstützung des Difäm ausgebaut wird.

6 HAI ist ein Verbrauchernetzwerk von 100 Gruppen in 80 Ländern, das sich intensiv mit Arzneimittelfragen aus der Sicht der „Konsumenten“ auseinandersetzt. Die AMH ist Mitglied von HAI

7 siehe S. 26-28

8 Accelerating Access Initiative, Näheres siehe: www.who.int

9 Vgl hierzu den Beitrag in diesem Heft „Zugang für alle – HIV/Aids und das Recht auf Gesundheit“ (S. 10-13)

Wege zur Senkung der Müttersterblichkeit in wirtschaftlich armen Ländern

Das Risiko, infolge von Komplikationen bei Schwangerschaft oder Geburt zu sterben, ist für Frauen in Industrieländern heute verschwindend gering. In einigen wirtschaftlich armen Ländern jedoch stirbt nach Schätzungen jede dritte Frau im gebärfähigen Alter daran. Das *Difäm* widmet deshalb in der Beratung von Gesundheitsmaßnahmen den Frauen in der reproduktiven Lebensphase besondere Aufmerksamkeit.

Die Schwangerenvorsorge ist ein Teil eines Maßnahmenpaketes zur Senkung der Müttersterblichkeit. Mit Vorsorgeuntersuchungen können Probleme während der Schwangerschaft rechtzeitig erkannt und behandelt werden. Schwangerschaftsvorsorge befähigt jedoch nur bedingt dazu, die Probleme vorherzusagen, die unter der Geburt zum Tode von Mutter oder Kind führen können.

Für die Mehrzahl der Todesfälle von Müttern sind direkte geburtshilfliche Notfälle wie schwere Blutungen, Geburtsstillstand, Bluthochdruck, Infektionen und Schwangerschaftsabbrüche verantwortlich. Für eine Notfallversorgung sind ausgebildete Gesundheits-Fachkräfte und erreichbare Behandlungszentren notwendig. Diese sind aber oft nicht vorhanden.

Warum so viele Mütter in wirtschaftlich armen Ländern sterben

In vielen wirtschaftlich armen Ländern herrschen soziale Bedingungen, wie sie für das vorindustrielle Europa charakteristisch waren. Dies führt dazu, dass in diesen Ländern viele Menschen jung und an vermeidbaren und behandelbaren Krankheiten sterben.

Besonders dramatisch ist die Sterblichkeit werdender Mütter. Die mütterliche Sterberate ist definiert als die Anzahl der Frauen, die infolge von Komplikationen während der Schwangerschaft, der Geburt oder des Wochenbetts bezogen auf 100 000 Lebendgeburten sterben.

In wirtschaftlich armen Ländern sind dies im Schnitt 480 Frauen, in Ost- und Westafrika 1000 Mütter.¹ Im Vergleich dazu: In den Industriestaaten konnte die Müttersterblichkeit in der zweiten Hälfte dieses Jahrhunderts auf einen noch vor wenigen Jahrzehnten nicht für möglich gehaltenen Tiefstand von 5-10 Todesfällen pro 100 000 Lebendgeburten gesenkt werden.²

Die Ursachen für die hohe Müttersterblichkeit in wirtschaftlich armen Ländern sind vielfältig:

In vielen Gesellschaften bekommen Mädchen weniger zu essen als Jungen, dürfen seltener zur Schule gehen, erhalten weniger häufig eine medizinische Versorgung und müssen bedeutend früher im Haushalt mithelfen. Frauen haben oft keinen Einfluss auf die Wahl ihrer Sexualpartner und Ehemänner und bestimmen in den wenigsten Fällen den Zeitpunkt ihrer Mutterschaft. Viele Frauen sterben, weil sie für eine Geburt noch zu jung oder geschwächt sind. In Westafrika erleben 70 Prozent aller Frauen ihre erste Schwangerschaft bereits in einem Alter von unter 16 Jahren. Nicht selten werden Mädchen und Frauen Opfer von häuslicher Gewalt, werden sexuell missbraucht oder beschnitten. Die ungleiche Behandlung von Mädchen in allen Phasen der Kindheit führt zu einem niedrigeren Bildungsgrad, einem geringeren Selbstbewusstsein, einem schlechteren Ernährungs- und Gesundheitszustand und letz-

Jochen Bitzer

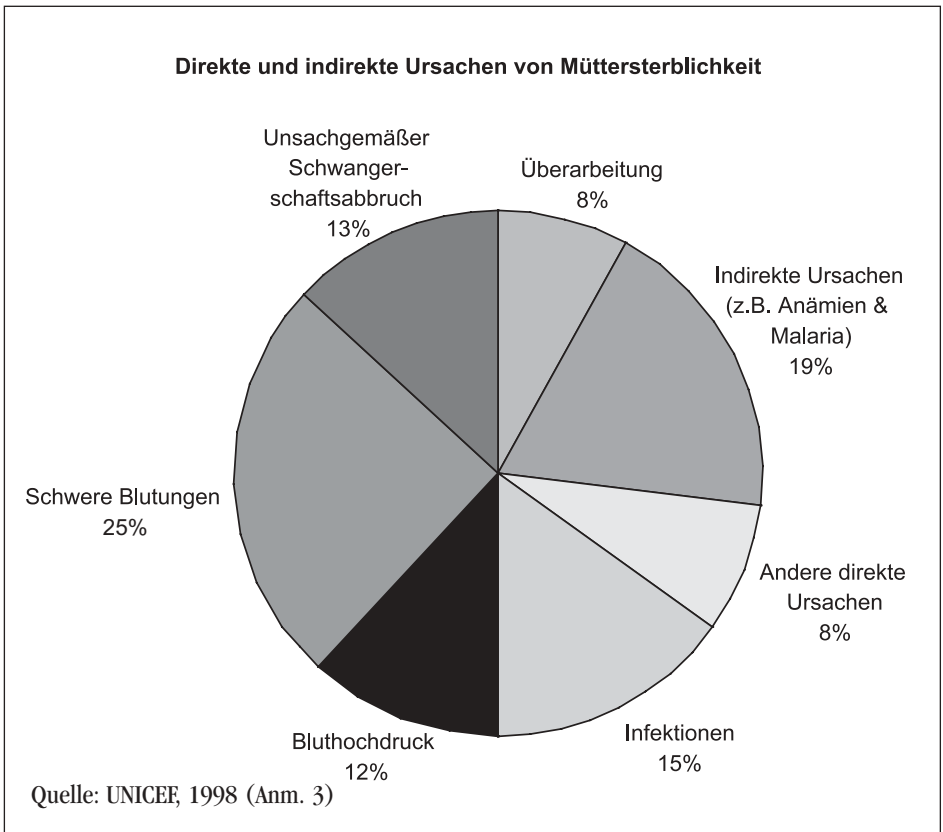
tendlich einer erhöhten Müttersterblichkeit.³

Zwei Drittel der Mütter sterben an so genannten direkten Ursachen. Zu diesen zählen alle Komplikationen der Schwangerschaft, der Geburt oder des Wochenbettes beziehungsweise deren unterlassene Behandlung. Im einzelnen sind dies unsachgemäß durchgeführte Schwangerschaftsabbrüche, geburtshilfliche Notfälle wie schwere Blutungen direkt vor, während oder nach der Geburt, Geburtsstillstand, Bluthochdruck und Infektionen.

Zu den indirekten Ursachen mütterlicher Todesfälle zählen Krankheiten wie Eisenmangel und Malaria, die durch die Schwangerschaft verschlimmert werden.

Strategien zur Verminderung der Müttersterblichkeit

1987 wurde als Antwort auf den Anstieg der Müttersterblichkeit von internationalen Organisationen die „Safe Motherhood“-Initiative gegründet. Die Basis der Bemühungen zur Verminderung der Müttersterblichkeit ist die Gleichberechtigung zwischen den Geschlechtern. Dem Schulbesuch von Mädchen kommt dabei eine Schlüsselfunktion zu. Schulbildung ermöglicht Wissen über Gesundheit, Ernährung sowie Familienplanung und erhöht das Durchschnittsalter für Heirat und Schwangerschaft. Beim Zugang zur Gesundheitsversorgung sind vier Maßnahmen ausschlaggebend:



- Sexuaufklärung und Familienplanung
- Schwangerenvorsorge
- Betreuung während und nach der Geburt durch qualifiziertes Personal
- Sofortige medizinische Hilfe in geburtshilflichen Notfällen

Die Schwangerenvorsorge – nur bedingt geeignet zur Prognose von Komplikationen unter der Geburt

In den meisten wirtschaftlich armen Ländern liegt die Geburtenrate bei drei bis fünf Prozent im Jahr gegenüber etwa einem Prozent in Deutschland.

Schwangerenvorsorge wird idealerweise für Frauen über einen Zeitraum von etwa sechs Monaten ihrer Schwangerschaft durchgeführt. Damit ist der Anteil der Schwangeren, die einer Betreuung bedürfen, recht hoch und liegt in den meisten Ländern konstant bei 1,5 – 2,5 Prozent der Gesamtbevölkerung!

Die Schwangerenvorsorge hat drei Ziele:

- Risikoschwangere zu finden, um diese der gezielten Überwachung und Behandlung zuzuführen
- Gesundheitsprobleme, die für die schwangere Mutter oder das Neugeborene entstehen können, durch Impfungen und Vorsorge zu vermeiden, sowie
- Gesundheitsberatung

Da für die Schwangerenvorsorge weder Krankenhäuser noch ärztliches Personal notwendig sind, werden auch in vielen wirtschaftlich armen Ländern oft bei über 90 Prozent der Schwangeren regelmäßige Vorsorgeuntersuchungen durchgeführt.

Bei der Vorsorge werden so genannte Risikofaktoren erfasst. Risikofaktoren, die mit einer erhöhten Müttersterblichkeit einhergehen, sind vorausgegangene Komplikationen, die Anzahl der Geburten und der Geburtenabstand sowie das Alter der Mutter. Sehr junge und sehr alte

Mütter sind nur zum Teil aus biologischen Gründen mehr gefährdet, denn sie sind häufig arm und sozial benachteiligt.

Viele andere Risikofaktoren werden aber ebenfalls erfasst, zum Beispiel Gewebswasser-einlagerungen (Ödeme) an den Beinen, die praktisch keinen Vorhersagewert für den Ausgang der Schwangerschaft haben. Für zwei der Hauptursachen der mütterlichen Todesfälle, nämlich Blutung und Infektion, sind sogar überhaupt keine prognostisch bedeutsamen Risikofaktoren bekannt. Die große Mehrheit der Frauen, die sterben, wird zuvor nicht als Risikoschwangere erkannt, selbst wenn sie regelmäßig in der Schwangerenvorsorge betreut wurde.⁴ Eine Studie zeigte, dass bei 71 Prozent der Frauen, bei denen tatsächlich eine Geburtsverzögerung vorlag, diese nicht vorhergesehen wurde. Und unter den Frauen, die innerhalb der Schwangerschaftsvorsorge als Risikoschwangere eingestuft wurden, trat bei 90 Prozent tatsächlich keine verzögerte Geburt ein.⁵

Obgleich die gezielte Betreuung von Risikoschwangeren eine Maßnahme darstellt, die innerhalb der Schwangerenvorsorge unbestritten ihre Bedeutung hat, ist jede andere schwangere Frau ebenfalls einem gewissen Risiko für direkte Komplikationen unter der Geburt ausgesetzt. Es lässt sich also nicht vorhersagen, ob und bei welcher Geburt eine Komplikation auftreten wird.

Die Gesundheitsdienste legen Wert auf die Anzahl der durchgeführten Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen. Aber die Frage, wie groß der Anteil der auffälligen Schwangerschaftsbefunde ist, aus denen erfolgreiche Konsequenzen gezogen werden, wird selten gestellt. Die große Anzahl der Vorsorgeuntersuchungen führt zu einer Bindung von Arbeitskräften und Ressourcen, so dass beispielsweise für die Gesundheitsberatung keine Zeit mehr bleibt.⁶

Ein weiteres Problem betrifft die Organisation

und Qualität der Schwangerschaftsvorsorge. Wenn das Gesundheitssystem für die meisten der Frauen keine erreichbare Möglichkeit zu einem Kaiserschnitt bieten kann, macht die Erkennung voraussichtlicher Schwangerschafts-Komplikationen solange keinen Sinn, bis die übergeordneten medizinischen Institutionen zu einer Versorgung erreichbar sind.

Das beschriebene Dilemma der Schwangerschaftsvorsorge hat seinen Ursprung darin, dass die wirtschaftlich armen Länder zum Großteil ein Modell übernommen haben, das im frühen letzten Jahrhundert in Europa entwickelt und nicht angepasst wurde.

Bereits 1996 wurde in einer Studie in Simbabwe nachgewiesen, dass bei einer Reduzierung der Schwangerschaftskontrollen auf vier statt sechs Besuche während einer Schwangerschaft nicht mehr Schwangerschaftskomplikationen als vorher unerkannt blieben. Im Gegenteil konnte die Anzahl der vorzeitigen Geburten durch eine verbesserte Qualität der Schwangerschaftskontrollen deutlich reduziert werden.⁷ Dementsprechend empfiehlt die Weltgesundheitsorganisation (*WHO*), nur vier Vorsorgeuntersuchungen innerhalb einer normalen Schwangerschaft durchzuführen.⁸

So zeigt sich: Im Rahmen der Schwangerschaftsvorsorge können bestehende Probleme während der Schwangerschaft entdeckt und behandelt werden. Komplikationen kann durch prophylaktische Maßnahmen vorgebeugt werden. Probleme, die unter der Geburt zum Tode von der Mutter oder des Neugeborenen führen, können damit aber meist nicht vorhergesehen werden.

Behandlung bestehender Schwangerschaftsprobleme

Als direkte Komplikationen der Schwangerschaft können Blutungen, Fehlgeburt, Bauchhöhlenschwangerschaft oder ein durch die Schwangerschaft induzierter Bluthochdruck auftreten. Letzterer kann bei regelmäßigen Vor-

sorgeuntersuchungen entdeckt und rechtzeitig behandelt werden.

Die Gesundheitsberatung während der Schwangerschaft sollte die Frauen dazu befähigen, gefährliche Zeichen selbst zu erkennen. Daneben müssen die Bereiche Ernährung, Familienplanung, Stillen und Geschlechtskrankheiten einschließlich HIV/Aids angesprochen werden. Schwangeren und Wöchnerinnen sollte ein freiwilliger HIV-Test mit individueller Beratung und medikamentöser Verhütung der HIV-Übertragung bei der Geburt oder auch anschließender antiretroviraler Behandlung angeboten werden, sofern dies möglich ist. Grundsätzlich soll das Stillen gefördert werden. Im Falle einer bekannten oder auch nur zu vermutenden HIV-Infektion gilt es, das Risiko einer Übertragung auf das Kind durch die Muttermilch gegen andere Risiken für das Kind abzuwägen.

Andere Krankheiten, wie Tuberkulose und Malaria sowie Geschlechtskrankheiten, insbesondere die Syphilis, müssen während der Schwangerschaft erkannt und behandelt werden.

Zur Vermeidung des Wundstarrkrampfes beim Neugeborenen sollte bei allen schwangeren Frauen ein vollständiger Tetanus-Impfschutz erreicht werden. Je nach Region erhalten die Frauen zusätzlich Malariaphylaxe und Jodtabletten.

Eine leichte Anämie (Blutarmut) ist eine natürliche Folge der Schwangerschaft. Sie wird durch Faktoren wie Mangelernährung, Wurm- und Malariaerkrankungen verschlimmert. In endemischen Gebieten sind neben Kleinkindern besonders Schwangere durch die Malaria stark gefährdet. Neben direkten Auswirkungen verursachen Malariainfektionen Anämien. Deshalb sollten Schwangere eine medikamentöse Eisen-Phylaxe gegen Anämien erhalten. Kann eine ausgeprägte Anämie nicht vermieden werden, ist eine Bluttransfusion unumgänglich. Allerdings besteht auch bei getestetem Blut das Risi-

ko einer HIV-Übertragung.

Mit der Vorbeugung und Behandlung der Anämie während der Schwangerschaft lassen sich einige wichtige indirekte Ursachen der mütterlichen Todesfälle verhindern. Allerdings sind diese nur zu einem kleineren Teil für die Müttersterblichkeit verantwortlich.⁹

Die Zugänglichkeit geburtshilflicher Notfallversorgung

Die Möglichkeiten, geburtshilfliche Notfälle zu versorgen, sind von entscheidender Bedeutung für die Verringerung der Müttersterblichkeit. Oft sind Gesundheitsdienste unzugänglich.

Ein Grund kann sein, dass weder das Geld für den Transport zum Krankenhaus noch für die Krankenhausbühren zur Verfügung stehen. Zudem hängt die Müttersterblichkeit in großem Maße von der Infrastruktur einer Region ab. Die Wegezeiten zu Gesundheitszentren, die Qualität von Straßen, das Fehlen öffentlicher Transportmittel oder von Telefonen haben großen Einfluss darauf, ob ein Notfall rechtzeitig versorgt werden kann oder nicht.

Ausgebildete Geburtshelfer/innen werden dringend gebraucht

Weder Schwangerenvorsorge noch die Betreuung der Entbindung durch traditionelle Geburtshelferinnen konnten die Müttersterblichkeit in den wirtschaftlich armen Ländern senken. Dagegen ist die Betreuung der Geburt durch ausgebildete Geburtshelfer/innen, die auch die Erstversorgung des Neugeborenen und die Nachsorge für Mutter und Kind übernehmen, eine nachweisbar erfolgreiche Maßnahme.¹⁰

Während für die Schwangerenvorsorge weder Krankenhäuser noch ärztliches Personal notwendig sind und die so genannte primäre Gesundheits-Versorgungsebene dies leisten kann, sind für die geburtshilfliche Notfallver-

sorgung Gesundheitszentren und Krankenhäuser mit Fachpersonal, die sekundäre Versorgungsebene, und funktionierende Überweisungsstrukturen notwendig.

Professionelles Fachpersonal, wie Ärzte/innen und Hebammen, ist oft nicht vorhanden. Allerdings sollte die Betreuung der Geburt zumindest durch ausgebildete Geburtshelfer/innen, also ambulantes Fachpersonal, angestrebt werden. Traditionelle Geburtshelferinnen zählen nicht zu diesem Fachpersonal. Eine Notfallversorgung muss immer die Behandlung akuter Folgen unsachgemäßer Schwangerschaftsabbrüche einschließen.

Untersuchungen haben gezeigt:

- Jede schwangere Frau ist dem Risiko von Komplikationen ausgesetzt und muss Zugang zu geburtshilflicher Notfallversorgung haben
- Dazu gehören auch diejenigen Frauen, die während ihrer Schwangerschaftsvorsorge als nicht mit einem Risiko behaftet eingestuft werden
- Durch Vorsorgeuntersuchungen können diejenigen Frauen, die geburtshilfliche Notfallversorgung benötigen werden, nicht erkannt werden

Programme zur Qualitätssicherung innerhalb der Geburtshilfe

Wesentliche Voraussetzungen einer qualitativ guten Versorgung von Mutter und Kind während der Geburt sind der fachkundige Beistand durch ausgebildete Geburtshelfer/innen und Faktoren, die kompetentes Handeln ermöglichen. Theoretisch ließen sich dadurch 90 Prozent der mütterlichen Sterbefälle vermeiden.

Bisher weiß man wenig über die Fähigkeiten der Geburtshelfer/innen und die genauen Umgebungsfaktoren. Mit dem Begriff „Geburtshelfer/in“ wird Gesundheitspersonal verschiedenster Ausbildung bezeichnet, wie Ärzte/innen,

Hebammen, Schwestern und Pfleger. 2002 wurde eine größere Studie in Benin durchgeführt, einem Land mit einer Müttersterblichkeit von 884 pro 100 000 Lebendgeburten. 65 Prozent der Geburten werden dort von ausgebildetem Gesundheitspersonal, hauptsächlich Hebammen, begleitet. Damit sind die Verhältnisse in Benin besser als in vielen anderen wirtschaftlich armen Ländern.

Es wurde geprüft, wie kompetent die Hebammen in der Behandlung der häufigsten geburts-hilflichen Notfälle sind. Dabei wurde theoretisches Wissen abgefragt und praktisches Handeln beobachtet. Die Ergebnisse zeigten, dass selbst von den ausgebildeten Hebammen einige sehr notwendige, lebensrettende Praktiken nicht beherrscht werden. Viele Maßnahmen werden gemäß den Handlungsrichtlinien zur

Überwachung einer Geburt durchgeführt, oft aber nur ungenügend.

Zu den Faktoren, die kompetentes Handeln ermöglichen, gehören die Verfügbarkeit von unentbehrlichen Medikamenten und Instrumenten sowie die Auffrischung von Wissen. In der genannten Studie fiel besonders auf, dass den Hebammen nach ihrer Ausbildung nur selten neues Fachwissen vermittelt wird.¹¹

Dies zeigt: Laufende Gesundheitsprogramme müssen daraufhin geprüft werden, ob die begrenzten Ressourcen so eingesetzt werden, dass die hohe Müttersterblichkeit reduziert werden kann. Qualitätssicherung hat ihren Platz, wenn es darum geht, Leitlinien mit Überweiskriterien oder Behandlungsrichtlinien innerhalb der Geburtshilfe zu erstellen und die erfolgreiche Anwendung derselben regelmäßig zu überprüfen.

-
- 1 Steffen Kröhnert: Sterblichkeit und Todesursachen, Institut für Weltbevölkerung und globale Entwicklung, Berlin, www.berlin-institut.org/pdfs/Kroehnert_Sterblichkeit.pdf
 - 2 H. Welsch: Müttersterblichkeit während Schwangerschaft und post abortum, in: *Der Gynäkologe* 30, Bd. 9, 1997, S. 682-693
 - 3 UNICEF, Kinderhilfswerk der Vereinten Nationen: Todesursache: Schwangerschaft und Geburt. UNICEF-Information zum Thema Müttersterblichkeit, 1998, www.unicef.de/download/i_0087.pdf
 - 4 D. Maine: Maximizing Access and Quality Initiative (MAQ) in: USAID's Office of Population and Reproductive Health, Safe Motherhood Programs: Options and Issues, 1991, pp 31-33
 - 5 The Kasongo Project Team: Antenatal screening for fetopelvic dystocias. A cost-effective approach to the choice of simple indicators for use by auxiliary personell., in: *Journal of Tropical Medicine and Hygiene* 87(4), 1984, pp. 173-183
 - 6 J. Villar J et al.: WHO antenatal care randomised trial for the evaluation of a new model of routine antenatal care, in: *The Lancet* 357 (2001), pp. 1551-1564
 - 7 SP Munjanja, G Lindmark and I Nyström: Randomised controlled trial of a reduced-visits programme of antenatal care in Harare, Zimbabwe, in: *The Lancet* 348 (1996), pp. 364-369
 - 8 World Health Organization (WHO): Antenatal care. Report of a technical working group, Geneva, Switzerland 1996; J. Villar, G. Carroli, D. Khan-Neelofur, G. Piaggio, M. Gülmezoglu: Pattern of routine antenatal care for low risk pregnancy, in: *Cochrane Review*, August 2001
 - 9 LG Cuervo, K. Mahomed: Treatments for iron deficiency anaemia in pregnancy, in: *The Cochrane Library*, Issue 1, 2004
 - 10 G. Carroli, C. Rooney, J. Villar: How effective in antenatal care in preventing maternal mortality and serious morbidity? An overview of the evidence, WHO, January 2001
 - 11 S. Gbangbade, S., S.A. Harvey, W. Edson, B. Burkhalter, C. Antonakos: Safe Motherhood Studies – Results from Benin, Competency of skilled birth attendants, the enabling environment for skilled attendance at delivery in-hospitals delays in obstetric care, quality assurance project USAID, 2003

Frauen im Neuen Testament – von Jesus geachtet und aufgerichtet

In vielen Ländern leben Frauen unter krank machenden Lebensumständen. In den von HIV/Aids am meisten betroffenen Ländern sind Frauen häufiger infiziert und aidskrank als Männer und sie sind diejenigen, die an den Folgen der Erkrankung am meisten leiden. Sie pflegen die Kranken, müssen durch den Ausfall vieler Arbeitskräfte Mehrarbeit leisten. Frauen sind von Krankheiten mehr betroffen als Männer und sind die Hauptträgerinnen von Krankheitsfolgen.

Warum? Eine der Ursachen, dass Frauen häufiger krank sind als Männer, liegt in der Ungleichheit der Geschlechter, der Benachteiligung der Frauen gegenüber den Männern. In wirtschaftlich armen Ländern haben Frauen weniger Zugang zu Bildung, zu Informationen und zur Gesundheitsversorgung. Dies führt zu einem mangelnden Wissen zum Beispiel in Bezug auf die Prävention von HIV/Aids und auch zu einer Abhängigkeit der Frauen von ihren Männern.

Aber auch in den reichen Ländern sind Frauen oft über ihre Grenzen belastet und von Krankheiten mehr als Männer betroffen, etwa in Folge ihrer Doppelrolle als Hausfrauen und Berufstätige. Und auch in unserer Gesellschaft ist die Gleichwertigkeit von Männern und Frauen noch nicht allgemein anerkannt und verwirklicht. Frauen haben – weltweit – eine Geschichte der Unterdrückung, die bis heute nicht zu Ende ist.

Jesus brachte die gute Botschaft in erster Linie den Armen und Unterdrückten, und zu diesen gehörten zur damaligen Zeit auch die Frauen. Jesus hat sich Frauen in ganz besonderer Weise zugewandt, vorbehaltlos und liebevoll. Frauen spürten in seiner Nähe, von Gott angenommen zu sein.

Die Stellung der Frau in der mediterranen Gesellschaft

Im vierten Kapitel des Johannesevangeliums

führt Jesus am Jakobsbrunnen ein langes Gespräch mit einer samaritanischen Frau.

Beate Jakob

Als die Jünger Jesu dazu kommen, bemerkt der Evangelist: „Sie wunderten sich, dass er mit einer Frau redete“ (Joh 4, 27). Was für uns heute eine Selbstverständlichkeit ist – ein Mann und eine Frau unterhalten sich öffentlich – war zur Zeit Jesu ungewöhnlich, ja anstößig.

Wie in diesem Fall setzte sich Jesus auch sonst durch sein Verhalten den Frauen gegenüber über viele Normen und Regeln seiner Zeit hinweg. Jesus lebte und wirkte in einer Welt, die im privaten und öffentlichen Bereich weitgehend von der Vorherrschaft des Mannes geprägt war. So war der häusliche Bereich der Frau zugeordnet, für den Öffentlichkeitsbereich war fast ausschließlich der Mann zuständig, und Frauen waren hier oft gar nicht präsent. Die wichtigste Funktion der Frau war, Kinder zu gebären und zu versorgen.¹ Wenn eine Frau aus dem Haus ging, um einzukaufen oder einen Besuch zu machen, so musste sie von einem Mann begleitet werden. Dies nicht so sehr, weil der Begleiter die Frau schützen musste, sondern um zu verhindern, dass der gute Name des Ehemannes durch ungebührliches Verhalten der Ehefrau in Zweifel gezogen würde. Ein Mann, der sich an die Frau wenden wollte, durfte die Frau nicht direkt ansprechen, sondern musste dies durch ihren Begleiter tun.²

Im zeitgenössischen Judentum waren die Frau-

en im kultischen und im rechtlichen Bereich den Männern nicht gleich gestellt. Frauen waren zum Beispiel keine vollwertigen Mitglieder der Kultgemeinde. Sie wurden nicht zu der für eine Gemeindebildung erforderlichen Anzahl von Mitgliedern hinzugezählt.³ Und vor Gericht galt das Zeugnis einer Frau bis auf wenige Ausnahmen als nicht gültig.⁴

Aus diesen Beispielen eine Unterdrückung der Frauen speziell und besonders im Judentum abzuleiten, wäre falsch. Dass die Frauen den Männern nicht gleich gestellt waren, war ein Charakteristikum der griechisch-römisch geprägten antiken Kultur, die im gesamten Mittelmeerraum vorherrschte. Im Gegenteil – im Alten Testament und bei den Rabbinern finden wir positive Aussagen über die Frau, durch die sich das Judentum zu einem gewissen Grad von der umgebenden Kultur absetzte.

Und Jesus, der sich als Jude immer mit dem Judentum identifizierte, wollte durch sein Verhalten den Frauen gegenüber in keiner Weise das Judentum kritisieren oder sich davon distanzieren. Jesus ging es einzig allein darum, den Frauen zu zeigen, dass sie von Gott geliebt und geachtet sind. Wenn Jesus Frauen aufwertet und befreit, dann ist sein Verhalten nicht antijudaistisch, sondern antipatriarchal.

Und so geht es der feministischen Exegese, wenn sie die besondere Wertschätzung der Frauen durch Jesus hervorhebt, in keiner Weise darum, das Judentum als „Negativfolie“ zu verwenden, von dem sich Jesus als „Feminist“ absetzt, sondern es geht darum, Frauen von heute zu zeigen, dass Jesu Botschaft mit jeglicher Benachteiligung von Menschen, in diesem Fall Frauen, nicht vereinbar ist.⁵

Das Neue Testament wurde zwar, soweit wir wissen, ausschließlich von Männern geschrieben, aber wir lesen darin viel von Frauen: von kranken Frauen, von Frauen in sozialer Not und von Frauen, die wichtige Funktionen in den urchristlichen Gemeinden innehaben.

An zwei Frauenheilungsgeschichten – die Heilung der Frau mit den Blutungen und der Frau mit dem verkrümmten Rücken – wird beispielhaft gezeigt, wie intensiv und für seine Zeit ungewöhnlich sich Jesus den Frauen zuwandte.

Jesus und die Frau mit den Blutungen

Im fünften Kapitel des Markusevangeliums wird folgende Situation geschildert: Viele Menschen umdrängen Jesus, „und da war eine Frau, die hatte den Blutfluss seit zwölf Jahren und hatte viel erlitten von vielen Ärzten und all ihr Gut dafür aufgewandt; und es hatte ihr nichts geholfen, sondern es war noch schlimmer mit ihr geworden“ (Mk 5, 25f).

In welcher Situation befindet sich diese Frau? Sie hat zwölf Jahre lang geblutet und ist von einem Arzt zum anderen gegangen – ohne Erfolg. Dazu kommt noch, dass sie verarmt und vom Kult ausgeschlossen ist, da sie nach den Reinheitsgesetzen im dritten Buch Mose als kultisch unrein gilt.

Die Frau ist isoliert, ausgeschlossen und abgeschnitten vom Leben. Sie darf an keiner gottesdienstlichen Feier teilnehmen und muss sich vom Leben der Gemeinschaft fern halten. Nur Aussätzige sind damals in einer ähnlichen Situation. Die Frau ist im wahrsten Sinne des Wortes ausgeblutet, ihre Lebenskraft ist gewichen, sie ist körperlich und seelisch am Ende.

Diese Frau nun setzt ihre ganze Hoffnung auf Jesus, von dem sie schon viel gehört hat. Sie denkt sich: „Wenn ich nur seine Kleider berühren könnte, so würde ich gesund“ (Mk 5, 28). Indem die Frau von hinten an Jesus herantritt, übertritt sie das Blut-Tabu und das Berührungsverbot. Aber nun wird – im Gegensatz zur Logik des Unreindenkens – Jesus nicht unrein, sondern die Frau wird rein, sie wird von ihrer Blutung geheilt.

Nun könnte diese Heilungsgeschichte ja zu Ende sein – die körperliche Krankheit der Frau ist beseitigt. Aber – nein – es geht noch weiter und die Heilungsgeschichte kommt eigentlich

erst jetzt zum Wesentlichen: Jesus spürt, dass etwas geschehen ist, dass ihn jemand berührt hat. Und er will der Sache auf den Grund gehen. Obwohl er von einer großen Menschenmenge umdrängt ist und natürlich von vielen berührt wird, geht Jesus dieser besonderen Berührung nach. Als Jesus den Blickkontakt mit ihr aufnimmt, gibt sich die Frau zu erkennen, voller Furcht und Zittern. Denn eigentlich hat sie etwas Verbotenes getan, eigentlich müsste sie nun in aller Öffentlichkeit beschimpft werden. Aber Jesus handelt ganz anders: Nachdem die Frau vorher das Gewand Jesu berührt hatte, berührt Jesus sie nun im Innersten ihres Wesens und sie erzählt ihm – wie wir hören – die „ganze Wahrheit“. Jesus wendet sich der Frau, die ihn nur äußerlich berührt hatte, ganz zu.

Und nachdem es nun zu dieser Begegnung auf einer ganz anderen Ebene zwischen Jesus und der Frau gekommen ist, sagt Jesus zu ihr: „Meine Tochter, dein Glaube hat dich gesund gemacht; geh hin in Frieden und sei gesund von deiner Plage!“ (V. 34). Jesus bezeichnet die Frau als Tochter. Vorher noch verachtet und ausgeschlossen, ist die Frau jetzt angenommen. Jesus gibt der Frau die körperliche Gesundheit und – was für sie wahrscheinlich noch wichtiger ist – ihre Würde als Mensch und Frau zurück.⁶

Eine Frau wird aufgerichtet

Eine weitere Heilungsgeschichte verdeutlicht Jesu Haltung den Frauen gegenüber:

„Jesus lehrte in einer Synagoge am Sabbat. Und siehe, eine Frau war da, die hatte seit achtzehn Jahren einen Geist, der sie krank machte; und sie war verkrümmt und konnte sich nicht mehr aufrichten. Als aber Jesus sie sah, rief er sie zu sich und sprach zu ihr: Frau, sei frei von deiner Krankheit! Und legte die Hände auf sie; und sogleich richtete sie sich auf und pries Gott. Da antwortete der Vorsteher der Synagoge, denn er war unwillig, dass Jesus am Sabbat heilte, und er sprach zu dem Volk: Es sind sechs Tage,

an denen man arbeiten soll; an denen kommt und lasst euch heilen, aber nicht am Sabbattag.

Da antwortete ihm der Herr und sprach: Ihr Heuchler! Bindet nicht jeder von euch am Sabbat seinen Ochsen oder seinen Esel von der Krippe los und führt ihn zur Tränke? Sollte dann nicht diese, die doch Abrahams Tochter ist, die der Satan schon achtzehn Jahre gebunden hatte, am Sabbat von dieser Fessel gelöst werden?“ (Lk 13, 10-16).

Achtzehn Jahre lang mit einem stark verkrümmten Rücken zu leben, gebeugt durchs Leben zu gehen, das blieb nicht ohne Auswirkungen auf das Leben der Frau, von der hier die Rede ist. Wir wissen nicht, welche Lasten sie gebeugt haben, welches Schicksal sie drückte – aber sie ist „gebrochen“, körperlich, aber wohl auch seelisch, zumal ihre Erkrankung auch als dämonisch verursacht angesehen wurde. Sie konnte anderen nicht aufrecht begegnen, in die Augen schauen und wurde auch von ihren Mitmenschen nicht beachtet.

Von Jesus aber berichtet der Evangelist: Jesus sieht sie, spricht sie an und ruft sie zu sich. Gerade dieser Kranken wendet Jesus nun seine ganze Aufmerksamkeit zu. Aus der großen Menge der Menschen ist sie es, die Verachtete, die nun Beachtung findet. Diese Zuwendung Jesu heilt die Frau, richtet sie auf, dass sie vor Gott und den Menschen gerade stehen kann. Man kann nachvollziehen, wie die Frau dieses aufgerichtet Werden spürt, wie sich unter der heilenden Berührung durch Jesus ihre Fesseln lösen und sie sich aufrichtet. Und jetzt preist sie Gott.

Jesus heilt diese Frau, obwohl er damit eigentlich gegen die Sabbatruhe verstieß. Die Heilung dieser Frau ist Jesus dringlich genug, das Sabbatgebot zu übertreten. Dass es gerade eine Frau ist, die Jesus am Sabbat heilt, macht deutlich: Jesus richtet Frauen auf. Und er bezeichnet die Frau als „Tochter Abrahams“. Diese Anrede ist ungewöhnlich, denn in der Regel wurden nur männliche Israeliten „Söhne Abra-

hams“ genannt. Wenn Jesus eine Frau „Tochter Abrahams“ nennt, sieht er sie als vollwertiges Mitglied des Gottesvolkes an.⁷

Die Wertschätzung der Frauen durch Jesus – weitere Hinweise

■ Jesu Aussagen zur Ehe (vgl. Mk 10, 2-12 und Mt 19, 1-9) bedeuten eine Aufwertung der Würde der Frauen, die im Eherecht des Judentums benachteiligt waren. Jesus lehnte die Scheidungspraxis, nach der die Männer die Frauen auf Grund oft geringer Verstöße aus der Ehe entlassen konnten, ab, und er betont den Wert der ehelichen Treue, zu der beide Partner in gleicher Weise verpflichtet sind.⁸

■ In der Erzählung von Jesus und der Ehebrecherin, die in Joh 8, 1-11 berichtet ist, kommt Jesu Verhalten den Frauen gegenüber besonders schön zum Ausdruck: Als eine Frau zu ihm gebracht wird, die beim Ehebruch ertappt wurde, lässt Jesus sich nicht auf eine Diskussion über das Gesetz ein. Jesus gibt keine Meinung ab, ob es nun rechtens ist, die Frau zu steinigen, sondern er schützt die Frau in genialer Weise, indem er zu den Klägern sagt: Wer unter euch ohne Sünde ist, der werfe den ersten Stein auf sie“ (Joh 8, 7).⁹

■ Jesus lässt sich von einer Frau umstimmen: Eine nichtjüdische, eine „heidnische“ Frau, bittet Jesus, ihre kranke Tochter zu heilen. Jesus lehnt die Bitte der Frau ab mit den ungewöhnlich harten Worten: „Lass zuvor die Kinder satt werden; es ist nicht recht, dass man den Kindern das Brot wegnehme und werfe es vor die Hunde“ (Mk 7, 27). Jesus bringt damit zum Ausdruck, dass er eigentlich nur zum jüdischen Volk gesandt sei. Die Frau aber gibt nicht etwa auf, sondern fordert Jesus schlagfertig heraus, indem sie sagt: „Ja, Herr; aber doch fressen die Hunde unter dem Tisch von den Brosamen der Kinder“ (V. 28). Daraufhin erfüllt Jesus die Heilungsbitte der Frau – es ist das einzige Mal, dass Jesus nach den uns vorliegenden Berichten eine zuvor abgeschlagene Bitte erfüllt. Und es ist eine

Frau, der es gelingt, Jesus umzustimmen!¹⁰

■ Der Besuch Jesu bei den Schwestern Maria und Marta (Lk 10, 38-42) zeigt uns, „wie wenig Jesus sich von traditionellen Klischees und Konventionen beeindrucken ließ.“¹¹ So ist es schon sehr ungewöhnlich, wenn Jesus sich als Mann von zwei Frauen einladen lässt und es dann noch zulässt, dass Maria sich zu seinen Füßen setzt, um seinen Worten zuzuhören. Ihre Schwester Martha dagegen kommt ihren hausfraulichen Pflichten nach und äußert Jesus gegenüber Unmut über Marias Verhalten. Jesus aber fordert Martha auf, Maria in ihrer Rolle als Hörerin zu belassen. Durch Jesus wird hier also keinesfalls „die häusliche Geschäftigkeit der Frau ... als typisch frauliches Charisma bestätigt.“¹²

■ Jesus redet nicht nur öffentlich mit Frauen, sondern Frauen gehören auch zum Kreis seiner Gefolgschaft, zu seinem Jüngerkreis. Der Evangelist Lukas bezeugt dieses ungewöhnliche Phänomen, indem er schreibt: „... die Zwölf waren mit ihm, dazu einige Frauen, die er gesund gemacht hatte von bösen Geistern und Krankheiten, nämlich Maria, genannt Magdalena, von der sieben böse Geister ausgefahren waren, und Johanna, die Frau des Chuzas, eines Verwalters des Herodes, und Susanna und viele andre, die ihnen dienten mit ihrer Habe“ (Lk 8, 1-3).

„Sie dienten ihm mit ihrer Habe“ – diese Aussage muss auf Grund der Wortwahl im Griechischen nicht auf eine finanzielle Unterstützung Jesu beschränkt werden, sondern kann übersetzt werden: „Sie dienten ihm im Rahmen der Möglichkeiten, die ihnen zur Verfügung standen.“ Und dies umfasst mehr als Geld, nämlich den Einsatz für Jesus und die Solidarität mit ihm – ein Jüngerinnen-Sein in verschiedener Hinsicht.¹³

■ Frauen sind Zeuginnen des Leidens Jesu und sind die ersten Auferstehungszeuginnen. Während die Jünger bei Jesu Gefangennahme die Flucht ergreifen (vgl. Mk 14, 50), bleiben die Frauen dabei, sowohl bei der Kreuzigung als

auch bei der Grablegung (Mk 15, 40f.47). Und nach dem Zeugnis aller vier Evangelisten erhalten die Frauen, die ja nach dem geltenden Recht kein gültiges Zeugnis ablegen konnten, als erste die Osterbotschaft.¹⁴ Dies ist ein wichtiges und in seiner Bedeutung oft nicht richtig gewürdigtes Faktum.

■ Die Evangelisten Matthäus, Markus und Johannes berichten übereinstimmend von der ersten Erscheinung Jesu vor Maria von Magdala. Im Neuen Testament gilt die Begegnung mit dem auferstandenen Jesus als ein Ausweis für die Berufung zum Apostelamt – darauf beruft sich besonders Paulus (vgl. 1 Kor 9,1). Dementsprechend wurde Maria von Magdala in der Alten Kirche als „Apostelin der Apostel“ bezeichnet.¹⁵

Diese Hinweise zeigen Jesu Grundhaltung der Wertschätzung von Frauen und der liebenden Zuwendung zu ihnen. Von Jesus ist uns kein einziges negatives Wort über Frauen überliefert. Jesus heilt Frauen von Krankheiten und Verletzungen und stellt sich in einer von Männern dominierten Welt eindeutig an ihre Seite.

Gegenläufige Tendenzen

In den Briefen des Neuen Testaments stehen jedoch auch andere Texte, die mit den bisherigen Aussagen zur Stellung der Frau nur schwer zu vereinbaren sind. Da lesen wir zum Beispiel, der Mann sei das Haupt der Frau (1 Kor 11, 3), die Frau soll in der Gemeindeversammlung schweigen (1 Kor 14, 34), und die Frau soll sittem, keusch, haushälterisch und ihrem Mann untertan sein (Tit 2, 4f).

Im Neuen Testament sind bezüglich der Stellung der Frau Widersprüche nicht zu übersehen, es gibt zwei parallele Linien: Die eine Linie beginnt mit den Erzählungen von Jesu ungewohntem Umgang mit Frauen und der Darstellung befreiter Frauen im Umkreis Jesu. Dem entspricht auch, dass im Christentum der Aufnahmeeritus, die Taufe, von Anfang an in gleich-

er Weise bei Frauen und bei Männern vollzogen wurde. Nirgendwo im Neuen Testament finden wir Hinweise auf eine Diskussion darüber, ob Frauen getauft werden sollen oder nicht. Dies ist ein gravierender Unterschied zum Judentum, in dem das Bundeszeichen der Beschneidung an das männliche Geschlecht gebunden war.

Diese Linie geht weiter: In den Paulusbriefen und in der Apostelgeschichte lesen wir, dass in den urchristlichen Gemeinden Frauen sich mit Männern zusammen für das Evangelium einsetzten, öffentlich redeten und Leitungsfunktionen in den Gemeinden innehatten.¹⁶

Die Schriftstelle, die für diese erste Linie gleichsam programmatisch ist, ist die Aussage des Paulus in Gal 3, 28: „Hier ist nicht Jude noch Grieche, hier ist nicht Sklave noch Freier, hier ist nicht Mann noch Frau; denn ihr seid allesamt einer in Christus Jesus.“

Während also hier die Gleichwertigkeit von Frau und Mann begründet ist, finden wir nun auch zahlreiche andere Aussagen im neutestamentlichen Kanon, die die Frau als dem Manne nachgeordnet betrachten.¹⁷

Wie ist diese Ambivalenz innerhalb der Bibel zu erklären? Auf Jesus selbst kann sich niemand berufen, der die Frau als dem Manne nicht gleichwertig betrachtet. Die Ursache für diese „Rückentwicklung“ bezüglich der Stellung der Frau liegt in erster Linie in der Anpassung der christlichen Gemeinden an die soziologischen Gegebenheiten ihrer Umwelt. Aus den überschaubaren Gemeinden der Anfänge entwickelten sich mit der Zeit Institutionen, die mehr und mehr die zeitgenössischen, im griechisch-römischen Kulturkreis verwurzelten patriarchalen Strukturen übernahmen. Und im Zuge dieser Entwicklung wurden Frauen immer mehr von Führungsaufgaben ausgeschlossen und auf untergeordnete, so genannte typisch „frauliche“ Rollen beschränkt.¹⁸

An einem Beispiel lässt sich zeigen, dass im Zuge dieser Entwicklung die ursprüngliche Praxis der Christen verdrängt wurde: In Röm 16, 7

erwähnt der Apostel Paulus „Andronicus und Junia“, die unter den „apostoloi“ hervorragend seien. Es konnte nun gezeigt werden, dass der Name Junia in der Alten Kirche als Frauennamen und dementsprechend Junia als Apostelin verstanden wurde. Die These, dass es sich um einen männlichen Apostel mit dem Namen Junias handelte, kommt erst im 13. Jahrhundert auf, wird danach Allgemeingut und hält sich in unseren Bibelübersetzungen bis heute. Und dies, obwohl ein Männername Junias für die damalige Zeit nicht zu belegen ist.

Man hielt im Christentum an Gal 3, 28, dem Prinzip der Gleichwertigkeit von Frau und Mann, zwar insofern fest, dass man sagte: Vor Gott sind

alle Menschen in Christus gleich, aber im irdischen Bereich gelten die vorhandenen sozialen Strukturen. Und diese Strukturen waren zur Zeit der ersten christlichen Gemeinden eindeutig patriarchalisch, es galt das Gesetz der Unterordnung der Frau unter den Mann.

In den folgenden Jahrhunderten bis in die Neuzeit hinein wurden in Theologie und Kirche immer mehr diejenigen neutestamentlichen Bibeltexe in den Vordergrund gestellt, die dieser zweiten Linie entsprechen. Weniger beachtet und befolgt wurde die Praxis Jesu, die für die Frauen damals und heute befreiend und heilend war und ist. – Es ist Zeit, im Namen Jesu für die Rechte und die Würde der Frauen einzutreten!

1 Vgl. hierzu z.B. M.S. Heister, D. Henze et. al.: Frau und Mann, Stuttgart 1980, 70f; H. Ringeling:

Art. Frau, in TRE 11 (1983) 417-436, S. 428f

2 R. Saunders: Frauen im Neuen Testament. Zwischen Glaube und Auflehnung, Darmstadt 1999, S.23

3 L. Swidler: Jesu Begegnung mit den Frauen. Ein Plädoyer für Gleichheit und Gleichberechtigung der Frau, in: Diakonia 3 (1972) 29-236, S. 230f

4 K.H. Schelke: Der Geist und die Braut. Die Frau in der Bibel, Düsseldorf 1977, S. 54

5 zum Vorwurf des Antijudaismus gegenüber der feministischen Theologie vgl. B. Brooten: Jüdinnen zur Zeit Jesu. Ein Plädoyer für Differenzierung, in: ThQ 161 (1981) 281-285; L. Schottruff, M.-Th. Wacker: Kompendium Feministische Bibelauslegung, Gütersloh 1999, S. 502f

6 vgl. hierzu J. Blank: Frauen in den Jesusüberlieferungen, in: Die Frau im Urchristentum (QD 95), Freiburg 1983, S. 14f; M. Niggemeyer: Frauen begegnen Jesus – Jesus begegnet Frauen. Anregungen zum Bibelgespräch, München 1988, S. 37-43; L. Schottruff, M.-Th. Wacker: Kompendium Feministische Bibelauslegung, Gütersloh 1999, S. 502f

7 vgl. hierzu J. Blank: Frauen in den Jesusüberlieferungen, in: Die Frau im Urchristentum (QD 95), Freiburg 1983, S. 60-63; P. Gaidetzka, B. Schmidt: Zeuginnen des Glaubens. Predigtvorlagen, Würzburg 1990, S. 50-52; R. Saunders: Frauen im Neuen Testament. Zwischen Glaube und Auflehnung, Darmstadt 1999, S. 52-55; K.H. Schelke: Der Geist und die Braut. Die Frau in der Bibel, Düsseldorf 1977, S. 148

8 vgl. hierzu E. Moltmann-Wendel (Hrsg.): Frauenbefreiung.

Biblische und theologische Argumente, München 1986, S. 216;

L. Swidler: Jesu Begegnung mit den Frauen. Ein Plädoyer für Gleichheit und Gleichberechtigung der Frau, in: Diakonia 3 (1972) 29-236, S. 235; A. Weiser: Die Frau im Umkreis Jesu und in den urchristlichen Gemeinden, in: Pissarek-Hudelist, H. (Hrsg.), Die Frau in der Sicht der Anthropologie und Theologie, Düsseldorf 1989, S. 123

9 J. Blank: Frauen in den Jesusüberlieferungen, in: Die Frau im Urchristentum (QD 95), Freiburg 1983, S. 60-63; P. Gaidetzka, B. Schmidt: Zeuginnen des Glaubens. Predigtvorlagen, Würzburg 1990, S. 82-88; L. Swidler: Jesu Begegnung mit den Frauen. Ein Plädoyer für Gleichheit und Gleichberechtigung der Frau, in: Diakonia 3 (1972) 29-236, S. 232f

10 J. Blank: Frauen in den Jesusüberlieferungen, in: Die Frau im Urchristentum (QD 95), Freiburg 1983, S. 60-63; P. Gaidetzka, B. Schmidt: Zeuginnen des Glaubens. Predigtvorlagen, Würzburg 1990, S. 16-18; L. Schottruff, M.-Th. Wacker: Kompendium Feministische Bibelauslegung, Gütersloh 1999, S. 504f

11 E. Gerstenberger, W. Schrage: Frau und Mann, Stuttgart 1980, S. 116

12 E. Gerstenberger, W. Schrage: Frau und Mann, Stuttgart 1980, S. 116; vgl. hierzu auch E. Moltmann-Wendel (Hrsg.): Frauenbefreiung. Biblische und theologische Argumente, München 1986, S. 217f

13 vgl. hierzu S. Burster et al.: FrauenBande. Feministisch-theologische Themen für die praktische Arbeit mit Frauengruppen, Düsseldorf 1999, S. 65f; L. Schottruff, M.-Th. Wacker: Kompendium Feministische Bibelauslegung, Gütersloh 1999, S. 521

-
- 14 Vgl. hierzu D. Pape: Wir Frauen und Gott. Was sagt uns das Neue Testament? Marburg 1981, S. 44; L. Schottruff: Die Frauen und die Parteilichkeit Gottes im Neuen Testament, in: Hochgrebe, V., Pilters, M., Geteilter Schmerz der Unterdrückung. Frauenbefreiung im Christentum, Stuttgart 1984, S. 27f; A. Weiser: Die Frau im Umkreis Jesu und in den urchristlichen Gemeinden, in: Pissarek-Hudelist, H. (Hrsg.), Die Frau in der Sicht der Anthropologie und Theologie, Düsseldorf 1989, S. 125
- 15 S. Burster et al.: FrauenBande. Feministisch-theologische Themen für die praktische Arbeit mit Frauengruppen, Düsseldorf 1999, S. 67
- 16 L. Schottruff: Die Frauen und die Parteilichkeit Gottes im Neuen Testament, in: Hochgrebe, V., Pilters, M., Geteilter Schmerz der Unterdrückung. Frauenbefreiung im Christentum, Stuttgart 1984, S. 29
- 17 Vgl. hierzu I. Raming: Von der Freiheit des Evangeliums zur versteinerten Männerkirche. Zur Entstehung und Entwicklung der Männerherrschaft in der Kirche, in: Concilium 16 (1980) 230-235, S.232
- 18 M. Fander: „Und ihnen kamen diese Worte vor wie leeres Geschwätz, und sie glaubten ihnen nicht“ (Lk 24, 11). Feministische Bibellektüre des Neuen Testaments. Eine Reflexion, in: Schaumberger, Chr., Maaßen, M. (Hrsg.), Handbuch Feministische Theologie, Münster 1989, S. 302; E. Schüssler Fiorenza: Die Rolle der Frau in der urchristlichen Bewegung, in: Concilium 12 (1976) 3-9, S. 8
- 19 Vgl. hierzu M. Fander: „Und ihnen kamen diese Worte vor wie leeres Geschwätz, und sie glaubten ihnen nicht“ (Lk 24, 11). Feministische Bibellektüre des Neuen Testaments. Eine Reflexion, in: Schaumberger, Chr., Maaßen, M. (Hrsg.), Handbuch Feministische Theologie, Münster 1989, S. 299f; L. Schottruff, S. Schroer, M.Th.: Feministische Exegese. Forschungserträge zur Bibel aus der Perspektive von Frauen. Darmstadt 1995, S. 223f

Gott, das Böse und das Leiden – die Theodizeefrage und die Frage nach dem Umgang mit dem Leiden

Das Böse, das Übel, und die dadurch verursachten Leiden durchziehen die Geschichte der Welt und der Menschen wie ein roter Faden. Das Böse hat viele Gesichter: Kriege, Morde, Lügen, Intrigen, Naturkatastrophen – und ebenso vielgestaltig ist das Leiden, das Menschen und Tiere trifft. Und wie die Erfahrung des Bösen und der Leiden zu den Grunderfahrungen der Menschen gehört, so gehört auch die Frage nach dem Warum und Woher des Bösen und der Leiden zu den Urfragen der Menschheit.

Beate Jakob

Warum? – Warum entflammen immer wieder schreckliche Kriege, warum ereignen sich Naturkatastrophen, die unschuldige Menschen ins Leiden stürzen? Warum trifft meinen Nachbarn ein so schwerer Schicksalsschlag, warum bin ich krank? Solche Fragen stellen wir uns immer wieder, und die Frage nach der Ursache des Bösen und der Leiden führt zur Frage nach dem Zusammenhang zwischen Gott und dem Leiden.

Die Tatsache des Bösen und die Erfahrung eigenen und fremden Leidens lassen viele an Gott zweifeln und verzweifeln und sind heute der wichtigste Einwand gegen die Existenz Gottes: Wenn es Gott gibt und wenn er allmächtig und gut ist, warum gibt es dann das Böse und das Leiden in der Welt?

Theodizee – das ist der Versuch des Menschen, Gott angesichts des Bösen und der Leiden mit den Mitteln der Vernunft zu rechtfertigen und am Glauben an Gott festzuhalten.

Was sagen Theologen und Philosophen zur Theodizeefrage und wie kann uns unser christlicher Glaube im Leiden tragen? – Das sind die Fragen, auf die im Folgenden eine Antwort versucht werden soll.

Theologiegeschichtliche Perspektiven – Klassische Versuche, die Existenz des Bösen und der Leiden zu erklären

Wenn Gott vollkommen und gut ist und alles geschaffen hat, woher kommt dann das Böse überhaupt? Außerchristliche Philosophen, zum Beispiel Epikur (341-270 v. Chr.), lösten das Problem, indem sie sagten: In der Welt gibt es das Gute, von Gott Geschaffene, und das Böse, das auf eine böse Schöpfermacht zurückgeht. Gott schuf nur Gutes, aber in der Welt gibt es Licht und Finsternis, sozusagen zwei Reiche, die miteinander ringen.¹

Gegen diese dualistische Weltansicht wenden sich die christlichen Denker mit aller Entschiedenheit und betonen, dass es nichts in der Welt gibt, was nicht von Gott geschaffen ist und nicht seiner Macht untersteht.

Die Antworten der christlichen Tradition auf die Frage des Ursprungs des Bösen und der Leiden gehen im Wesentlichen auf Augustinus (354 – 430) zurück und lauten, kurz zusammengefasst, so:

Gott hat alles geschaffen und er schuf nur Gutes. Er schuf die Menschen als Wesen mit freiem Willen, und die erste und eigentliche Ursache für die Existenz des Bösen und der Leiden ist die Entscheidung der Menschen, vom Baum der Erkenntnis zu essen. Auf Grund der

Vererbung dieser Ur-Sünde auf alle nachfolgenden Menschen ist jeder Mensch von seiner Zeugung an mit Schuld behaftet. Und jeder Mensch hat in seinem Leben die Möglichkeit, durch seinen freien Willen schuldig zu werden. Die Leiden in der Welt sind die Strafe Gottes für die Sünde der Menschen. Die Freiheit und die Schuldverfallenheit der Menschen sind schuld an den Leiden in der Welt.²

Zweitens ist Leiden auch ein pädagogisches Mittel Gottes, seine „bittere göttliche Medizin“, um den Menschen zum Guten zu erziehen. Und – drittens – ist das Leiden auch ein gottgewollter Heilsweg, im Leiden wird der Mensch Jesus gleichförmig und erreicht das ewige Heil.³

Augustinus vertritt ein negatives Menschenbild. Die eigentliche Schuld für die Leiden in der Welt wird dem Menschen aufgebürdet. Hinsichtlich der Leiden wird der Mensch belastet, Gott aber, der alles gut geschaffen hat, wird entlastet.

Diese von Augustinus begründete klassische Deutung des Bösen und der Leiden wurde in der christlichen Theologie über die Jahrhunderte hinweg tradiert. Sie wurde von den christlichen Denkern des Mittelalters, vor allem von Thomas von Aquin, weiter geführt und wirkt bis heute nach.⁴

Kritik an den klassischen Leidensdeutungen und Protest-Atheismus am Beginn der Neuzeit

Seit dem Beginn der Neuzeit und besonders seit der Zeit der Aufklärung im 18. Jahrhundert, kam es jedoch zu einem entscheidenden Wandel: Die Menschen waren nicht mehr bereit, die Schuld für die Leiden gänzlich selbst zu übernehmen. So fragten sie zum Beispiel: Was ist mit denjenigen Leiden, die nicht auf menschliche Vergehen zurückzuführen sind? Für die Leiden in der Tierwelt und viele Naturkatastrophen kann nicht der Mensch verantwortlich gemacht

werden. Und insbesondere: Was ist mit dem Leiden unschuldiger Kinder?

Bislang hat die Frage nach dem Ursprung des Leidens und die Tatsache des Bösen und der Leiden nie zur Infragestellung Gottes selbst geführt. Nun aber wurde nicht länger nach der Vereinbarkeit des guten Gottes mit den Übeln in seiner Schöpfung gefragt, sondern es wurde nach der Existenz Gottes überhaupt gefragt.

In der Zeit der Aufklärung wird der Begriff „Theodizee“ von Gottfried Wilhelm Leibniz (1646-1716) geprägt und seither wird nach den strengen Regeln der Vernunft gefragt: Lässt sich die Existenz Gottes mit der Existenz des Bösen vereinbaren? Genauer gesagt: Es wird geprüft, inwieweit sich die Tatsache des Bösen mit den klassischen, von der griechischen Philosophie erarbeiteten Eigenschaften Gottes vereinbaren lässt. Diese klassischen Eigenschaften Gottes sind: die Allmacht, die Güte und die Verstehbarkeit.

Und seit der Neuzeit kommen immer mehr Menschen zu der Überzeugung: Das Böse und die Leiden sind ein Grund, an der Existenz Gottes zu zweifeln. Der Schriftsteller Georg Büchner prägte für diesen so genannten Protest-Atheismus in seinem Drama „Dantons Tod“ (1835) die klassische Formulierung: „... Warum leide ich? Das ist der Fels des Atheismus.“⁵

Das Leiden unschuldiger Menschen, vor allem von Kindern, wird für viele zum Argument gegen Gott. Der Philosoph Stendhal (MH Beyle, 1783-1842) formuliert das Dilemma so: „Die einzige Entschuldigung für Gott besteht darin, dass er nicht existiert.“⁶

Heutige atheistische Religionskritiker sind zum Beispiel Günther Streminger und Bernard Shaw.⁷ Sie, wie auch alle anderen, die die Tatsache der Leiden an Gott zweifeln und verzweifeln lässt, sagen im Kern: Wenn Gott existiert, müsste unsere Welt eine andere sein, eine

leidfreie oder doch eine entschieden weniger leidvolle Welt. Da aber unsere Welt so voller Leiden ist, kann Gott nicht existieren, zumindest nicht der allmächtige und gütige Gott, zu dem sich die monotheistischen Religionen bekennen.

Während Vertreter dieses Protest-Atheismus die Existenz Gottes ganz in Abrede stellen, wählen andere Denker den Weg, eines der Gottesprädikate, eine der Eigenschaften Gottes aufzugeben, um die Existenz Gottes mit der Existenz der Leiden logisch in Einklang bringen zu können.

Heutige Theodizeewürfe

Der Abschied vom allmächtigen Gott: Der ohnmächtige und der leidende Gott

Der jüdische Religionsphilosoph Hans Jonas hielt 1984 in Tübingen eine viel beachtete Rede, in der er auf die Frage eingeht, wie Gott die Tragödie von Auschwitz zulassen konnte. In Bezug auf Auschwitz sagt er: „Doch kein rettendes Wunder geschah; durch die Jahre des Auschwitz-Wütens schwieg Gott ... Und da sage ich nun: Nicht, weil er nicht wollte, sondern weil er nicht konnte, griff er nicht ein.“⁴⁸

Nach Hans Jonas hat Gott mit der Erschaffung der Welt auf seine Allmacht verzichtet, hat sich selbst zurückgenommen und der Schöpfung eine Art Selbstverantwortung gegeben.

Gott ist nicht der allmächtige Herrscher und Weltenlenker. Deshalb hat der Mensch auch eine ganz besondere Verantwortung. Es liegt in der Hand des Menschen, Macht zu kontrollieren und Machtmissbrauch, zum Beispiel solche Katastrophen wie Auschwitz, zu verhindern.

Der amerikanische Rabbi Harold Kushner stellt die Frage „Warum lässt Gott das Leiden zu?“ auf Grund seines persönlichen Schicksals. Sein Sohn litt an einer angeborenen unheilbaren Krankheit und starb im Alter von 14 Jahren. Dadurch tief erschüttert und in seinem Glauben

an Gott verunsichert, fragt Harold Kushner, warum ihn, der er sich keiner Schuld bewusst war, ein solches Schicksal traf. Harold Kushner kann sein Leiden mit den ihm wohl vertrauten Leidensdeutungen nicht erklären: Gott als Strafer, als fürsorglicher Erzieher, als der, der unseren Glauben prüft und läutert – alle diese möglichen Deutungen helfen ihm nicht in der furchtbaren Situation, als er sein geliebtes Kind leiden und sterben sehen muss.

Seine Erfahrungen und Deutungen legt Harold Kushner nieder in einem Buch mit dem Titel „Wenn guten Menschen Böses widerfährt“. Darin schreibt er: „Gott will nicht, dass jemand krank oder verkrüppelt ist, Er will nicht, dass jemand jetzt oder später leiden muss, aber er ist machtlos dagegen. Wofür ist er also da? Gott verhilft uns zu Tapferkeit in Krankheit und im Leid. Er gibt uns die Gewissheit, dass wir mit unseren Ängsten und Schmerzen nicht allein gelassen werden.“⁴⁹

Ist die Vorstellung von Gott als allmächtigem Weltenlenker aufgegeben, dann ist der Schritt nicht mehr weit, ja es ist geradezu konsequent, Gott selbst als leidend zu denken.

Diese Sicht bringt Elie Wiesel, ein Überlebender von Auschwitz, in erschütternder Weise durch seine Gedanken zum Tod eines jüdischen Jungen in Auschwitz zum Ausdruck: „Die SS erhängte zwei jüdische Männer und einen Jungen vor der versammelten Lagermannschaft. Die Männer starben rasch, der Todeskampf des Jungen dauerte eine halbe Stunde. 'Wo ist Gott? Wo ist er?' fragte einer hinter mir. Als nach langer Zeit der Junge sich immer noch am Strick quälte, hörte ich den Mann wieder rufen: 'Wo ist Gott jetzt?' Und ich hörte eine Stimme in mir antworten: 'Wo ist er? Hier ist er... er hängt dort am Galgen...'“⁵⁰

Gott betrachtet – diese Sicht kommt hier zum Ausdruck – das Weltgeschehen nicht aus einer Position „in fernen Thronen“, sondern er ist

vom Leiden selbst betroffen, Gott selbst leidet in der Welt, er erleidet die Leiden der Menschen. Gott ist nicht der a-pathische, d.h. leidlose Gott, sondern der sym-pathische, das ist von der Wortbedeutung her der mitleidende Gott.

Für viele christliche Theologen und Philosophen hat das Bild vom leidenden Gott eine große Überzeugungskraft. Vom Leiden Gottes reden zum Beispiel Dietrich Bonhoeffer, Dorothee Sölle, Jürgen Moltmann und Walter Kasper.

Walter Kasper schreibt: „Der ‚sympathische‘ Gott, wie er in Jesus Christus offenbar wird, ist die endgültige Antwort auf die Theodizeefrage ... Wenn Gott selbst leidet, ist das Leiden kein Einwand mehr gegen Gott.“¹¹

Und es gibt in der Tat immer wieder Menschen, die persönlich erfahren, dass Gott selbst ihr Schicksal teilt. Eine Frau, die an Leukämie erkrankt war und schwere Krankheitstage zu bestehen hatte, sagte: „Ich glaube und ich spüre: Gott selbst leidet mit mir.“

Andererseits gibt es auch kritische Einwände, Stimmen, die davor warnen, Gott als ohnmächtig und leidend zu denken.

So fragt der Theologe Karl Rahner: Ist es für einen leidenden Menschen wirklich hilfreich, um einen Gott zu wissen, dem es selbst genauso schlecht geht wie ihm, der leidet und die Situation nicht ändern kann?¹²

Andere Anfragen und Einwände sind:

■ Besteht nicht die Gefahr, dass die Rede vom leidenden Gott die Menschen veranlasst, das Leiden zu suchen, anstatt ihm mit allen Mitteln zu widerstehen?

■ Können wir zu einem ohnmächtigen, leidenden Gott wirklich beten und ihn um Hilfe und Rettung bitten?¹³

■ Von der Bibel her ist einzuwenden: Im Alten Testament wird Gott nie mit Schwäche und Ohnmacht, sondern immer mit Kraft in Verbindung gebracht.¹⁴

Eine Variante des Abschieds vom allmächtigen Gott: Das Leiden als der „Preis der Freiheit“

Hans Jonas wandte sich gegen ein Verständnis von Allmacht in dem Sinne, dass Gott willkürlich und gewaltig in den Lauf der Welt, in die Natur und in das menschliche Schicksal eingreifen kann. Allmacht wird gedacht als Alleinmacht, als Übermacht.

Dagegen entwickelte der dänische Philosoph Sören Kierkegaard (1813-1855) eine interessante, andere Vorstellung von Gottes Allmacht. Er sieht Gottes Allmacht in Zusammenhang mit Gottes Güte und definiert sie als die Fähigkeit, den anderen überhaupt sein zu lassen und ihn frei zu machen. S. Kierkegaard sagt: „Das Höchste, das überhaupt für ein Wesen getan werden kann, höher als alles, wozu einer es machen kann, ist dies: es frei zu machen. Eben dazu, dies tun zu können, gehört Allmacht.“¹⁵ Dieser Gedanke hat durchaus etwas für sich und wurde von verschiedenen Theologen weiter geführt und heute vertreten. Er ist eine Variante des Arguments der menschlichen Freiheit, das schon Augustinus vertreten hatte:

Gott erschafft in seiner Allmacht freie Menschen, Menschen, die die Freiheit haben, zu lieben oder nicht. Und dabei geht er sozusagen das Risiko der Leiden ein. Gott respektiert in seiner Liebe zum Menschen dessen Freiheit so sehr, dass er in Kauf nimmt, dass der Mensch diese Freiheit missbraucht und so das Böse entsteht.

Das Leiden ist – so kann man formulieren – der „Preis der Freiheit“, der „Preis der Liebe“ Gottes zu uns Menschen. Für Gott sind die Geschöpfe, die in Freiheit die anderen Geschöpfe und ihn selbst lieben können, ein unschätzbar hohes Gut, ja alles wert.¹⁶

Diese Gedanken sind zunächst einmal sehr überzeugend – doch auch hier melden sich Einwände: Ist der „Preis“, den Gott hier „zahlt“, nicht manchmal zu hoch? Müsste Gott in seiner Liebe und Allmacht nicht dann einschreiten,

wenn die menschliche Freiheit solche Gräueltaten wie Auschwitz hervorbringt, oder wenn unschuldige Kinder gequält werden?¹⁷

Der Abschied vom allgütigen Gott – Wirkt Gott das Böse?

Auch die Eigenschaft der Güte wurde und wird im Versuch der Beantwortung der Theodizeefrage von einigen Denkern aufgegeben. Das Problem nämlich ist: Wenn Gott der einzige Urgrund der Wirklichkeit ist, dann muss in Gott auch der Grund der Möglichkeit des Bösen gedacht werden.

Der erste, der diesen Gedanken konsequent dachte und biblisch begründete, war Johannes Calvin (1509 - 1564). Er führt in diesem Zusammenhang folgende Bibelstelle aus Jesaja an: „Ich bin der Herr, und sonst keiner mehr, der ich das Licht mache und schaffe die Finsternis, der ich Frieden gebe und schaffe Unheil. Ich bin der Herr, der dies alles tut“ (Jes 45, 6f).

Diese Bibelstelle zeigt Johannes Calvin: Gottes Wille verursacht und bewirkt auch das Übel. Nun aber wird betont: Gott ist für das Übel verantwortlich, aber er fügt es in seinen guten Plan mit den Menschen ein. Insofern wird nach diesem Entwurf Gott die Eigenschaft der Güte eigentlich nicht abgesprochen, aber Gott ist nicht „gut“ nach unseren menschlichen kurz-sichtigen Vorstellungen.¹⁸

Gott als der, der das Böse schafft, aber langfristig einen guten Plan mit den Menschen hat – diese Antwort auf die Theodizeefrage mag logisch einleuchten, hilft aber den von einem Leiden betroffenen Menschen nicht weiter in der Suche nach einer Antwort auf ihre Frage: Warum denn gerade ich? Und können wir einem Gott, von dem wir wissen, dass er auch das Unheil bewirkt, wirklich restlos vertrauen?¹⁹

Der Abschied von der Verstehbarkeit Gottes

Wenn wir jetzt weiter systematisch die Eigenschaften Gottes durchgehen, so kommt nun noch die Eigenschaft der Verstehbarkeit an die

Reihe. Wollen wir an der Allmacht und der Güte Gottes festhalten, dann müssen wir sozusagen die Verstehbarkeit „opfern“. Diesen Weg geht zum Beispiel der Theologe Karl Rahner. Er sagt: „Gott, so bekennt der christliche Glaube, ist das unbegreifliche Geheimnis“, und: „Die Unbegreiflichkeit des Leids ist ein Stück der Unbegreiflichkeit Gottes.“²⁰

Gott wäre nicht Gott, wenn wir Menschen ihn ganz verstehen könnten. Es gehört also geradezu zum Wesen Gottes, nicht in den Griff unseres Denkens gebracht werden zu können. Zu sagen: Wir haben eigentlich keine Antwort auf die Frage: "Warum lässt Gott das Leiden zu?" - dies ist nach K. Rahner „die konkrete Weise, in der wir Gott selbst annehmen und Gott sein lassen.“²¹

Gott und auch das Leiden als ein Geheimnis stehen zu lassen - dies entspricht auch der paulinischen Theologie. Nach Paulus ist all unser menschliches Erkennen „Stückwerk“ und „unvollkommen“ (vgl. 1. Korinther 13, 9.12). Und Paulus mahnt uns: „Mensch, wer bist du, dass du mit Gott rechten willst?“ (Röm. 9, 20).

Gott als unbegreifliches Geheimnis zu bezeichnen und die Frage nach dem Ursprung des Bösen als für den Menschen nicht beantwortbar stehen zu lassen – das fällt uns als Christen nicht schwer, ruft aber sehr schnell den Protest derer hervor, die das Problem des Bösen auf der rein denkerischen Ebene lösen wollen. Atheistische Religionskritiker (wie Günther Streminger und Bernward Gesang) sehen in einem solchen Rückzug auf das unbegreifliche Geheimnis eine „Immunsierungsstrategie des Glaubens“ am Werk: Der Glaube zieht sich, wo ihm die Argumente ausgehen, hinter die Grenzen der Vernunft zurück.²²

Das Scheitern aller Theodizee-Versuche

Es zeigt sich deutlich: Alle Versuche, die Theodizeefrage zu beantworten und Gott mit den Mitteln der Vernunft angesichts des Bösen und

der Leiden rechtfertigen zu wollen, enden in einer Sackgasse. Die Existenz des Bösen und der Leiden und die Existenz eines guten, allmächtigen und verstehbaren Gottes lassen sich argumentativ nicht vereinbaren.

Es gibt keine vernünftige Lösung des Dilemmas, das der Philosoph Epikur (341 - 270 v. Chr.) vor bald 2300 Jahren formulierte: „Entweder will Gott die Übel beseitigen und kann es nicht (dann ist er schwach, nicht allmächtig), oder er kann es und will es nicht (dann ist er missgünstig, nicht gut), oder er kann es nicht und will es nicht (dann ist er schwach und missgünstig zugleich), oder er kann es und will es – woher kommen dann die Übel und warum nimmt er sie nicht weg?“^{22,23}

Aber, auch wenn wir als Christen die Frage nach dem Ursprung des Bösen und der Leiden nicht beantworten können, besteht kein Anlass dazu, resigniert zu sagen: In Bezug auf das Leiden sind wir Christen hilflos und machtlos. Es geht nun darum, die Theorie zu verlassen und auf die Praxis zu blicken. Die Frage ist: Müssen wir im Leiden an Gott verzweifeln oder können wir uns auf Gott verlassen, an Gott festhalten? Und dabei geht es für jeden von uns um eine Entscheidung, um eine Lebensoption, die uns niemand abnehmen kann und die andere Gründe als Vernunftgründe hat.

Unser christlicher Glaube hilft nicht entscheidend dazu, das Böse und das Leiden zu verstehen, wohl aber gibt er uns Hilfen, das Leiden zu bestehen. Darum geht es im folgenden Teil.

Theodizee in praktischer Perspektive – die praktische Behauptung der Wirklichkeit Gottes angesichts des Bösen und der Leiden

1. Orientierungen aus der Bibel

Welche Hilfe gibt uns die Bibel im Hinblick auf das Leiden? Wer in der Bibel nach Antworten auf die Theodizeefrage sucht, wird nicht fündig, denn die Bibel kennt diese Frage eigentlich gar

nicht. Die Bibel zeigt uns Menschen in Not, die sich Hilfe suchend, schreiend und klagend, ja anklagend an Gott wenden. Sie fragen zwar, womit sie ihr Leiden „verdient“ hätten, aber an keiner Stelle wird theoretisch über die Tatsache der Existenz der Leiden spekuliert und schon gar nicht sind die Leiden ein Grund, die Existenz Gottes in Frage zu stellen.

Eine weitere Beobachtung: Die hebräische Sprache kennt kein Äquivalent für unseren Begriff „Allmacht“. Wo wir in unseren deutschen Bibelübersetzungen „Allmacht“ lesen, da ist im hebräischen Urtext von Gottes rettender und bewahrender Macht in einer konkreten geschichtlichen Situation die Rede. Es geht an keiner Stelle um eine abstrakte Eigenschaft Gottes, um die Macht Gottes, alles zu erreichen, was er will.²⁴

Ein wichtiges Charakteristikum des Gottes der Israeliten ist das „Bei seinem Volk Sein“. Gott ist kein apathischer Gott, der sich vom Schauplatz der Geschichte fern hält, sondern Gott ist „mittendrin“, er ist bei seinem Volk und ist für jeden Einzelnen ein persönlicher Gott, ein Du. Im Leiden geht es deshalb darum, Gottes Nähe und seinen rettenden Beistand anzurufen, anstatt über das Leiden zu philosophieren.

Wertvoll im Hinblick auf den Umgang mit dem Leiden ist uns besonders das Buch Hiob.

Der reiche und angesehene Hiob wird von einem Tag auf den anderen vom Leiden heimgesucht. Seine Kinder sterben und er verliert seinen Besitz. Darüber hinaus wird auch Hiob selbst krank. Hiob, der sich keiner Schuld bewusst ist, bringt sein Leid klagend vor Gott. In dieser Situation kommen Hiobs Freunde und deuten sein Leiden. Für Hiobs Freunde ist Gott der gerechte Richter und ihrem Gottesbild entsprechend ist klar: Hiob hat sich schuldig gemacht und hat sein Leiden „verdient“.

Hiob aber protestiert gegen den Versuch seiner Freunde, ihm, der leidet, auch noch die

Schuld für sein Leiden in die Schuhe zu schieben. Er wendet sich direkt an Gott und sagt: „Das ist mein Begehren, dass der Allmächtige mir Antwort gibt“ (Hiob 31,35). Überraschenderweise erhält Hiob aber keine Antwort auf die Frage nach dem Grund seines Leidens, sondern Gottes „Antwort“ besteht darin, dass Gott sich Hiob zu erkennen gibt als der, der in seinem Leiden da ist. Hiob wird durch diese Gottesbegegnung erschüttert und er bekennt. „Vom Hörensagen nur hatte ich von dir vernommen; jetzt aber hat mein Auge dich geschaut“ (Hiob 42,5). Hiob lässt die Leidensdeutungen seiner Freunde hinter sich und findet im Leiden eine tragende Gottesbeziehung. Das Rätsel des Warum seines Leidens bleibt ungelöst, aber die Erfahrung der Nähe Gottes gibt Hiob die Kraft, es zu tragen. Wäre sein Leiden mit der Erfahrung der Gottferne verbunden, wäre Hiob im Leiden verzweifelt. Die hoffnungsvolle Botschaft des Hiob-Buches ist deshalb: Gott ergreift die Initiative und schlägt eine Brücke zum leidenden und Gott suchenden Menschen – Dort, wo das Leiden am größten ist, ist Gott am nächsten.²⁵

Das Alte Testament gibt uns also keine Antwort auf die Frage nach dem Ursprung des Bösen und der Leiden, aber wir bekommen Zusage: Gott ist da im Leiden, das Leiden kann ein Ort der Erfahrung der Nähe Gottes sein.

Auch im Neuen Testament wird Gottes Nähe zu den Menschen gezeigt und betont. Gottes Menschwerdung in Jesus ist die äußerste Konsequenz der Liebe und Nähe Gottes zu uns. Gott wird einer von uns. Jesus ist der Immanuel, d.h. der "Gott-mit-uns", und er zeigt uns diesen Gott, der uns nahe ist und den wir Vater nennen dürfen.

Jesus selbst nimmt extremes Leiden auf sich und überwindet es. Nach Jesu Tod und Auferstehung wissen wir: Jegliches Leiden ist nicht das Letzte, es wird verwandelt und aufgehoben

werden. Aus der österlichen Perspektive gibt es eigentlich kein hoffnungsloses Leiden mehr.

Allerdings dürfen wir es uns von Ostern her auch nicht zu einfach machen mit dem Leiden; der Ostersonntag macht den schrecklichen Karfreitag nicht ungeschehen. Jesu Auferweckung darf uns nicht vergessen lassen, dass er selbst furchtbar, bis an seine Grenzen, gelitten hat. Und des Weiteren dürfen wir uns angesichts von eigenem und noch mehr vom Leiden anderer nicht vorschnell zu einer Vertröstung auf das Jenseits retten. Es geht darum, hier und jetzt mit Leidenssituationen umzugehen.

Auch Jesus gibt uns keine Antwort auf die Frage: Warum lässt Gott das Leiden zu? Aber mit Jesus können wir das Leiden bestehen, da wir gewiss sein können: Gott verlässt uns nicht, er ist uns in allem Leiden nahe. Und die Erfahrung von Gottes Nähe kann auch dann heilend wirken, wenn es nach menschlichen Maßstäben keine Heilung gibt.

2. Lebenszeugnisse, die uns Mut machen und helfen können

Wir alle kennen Menschen, die angesichts des Leidens anderer Menschen nicht an Gott verzweifeln, sondern sich im Vertrauen auf Gott und seine Macht aktiv gegen das Leiden einsetzen. Martin Luther King und Mutter Teresa sind nur zwei Beispiele von Menschen, die uns die Leiden überwindende Macht Gottes zeigen und uns selbst Mut machen können.

Hilfreich im Umgang mit dem Leiden ist auch das Zeugnis von Menschen, die im eigenen Leiden nicht verzweifeln, sondern in Gott Halt finden. Wie etwa Dietrich Bonhoeffer, der – umgeben von unheilen Mächten und den Tod vor Augen – in der Gefängniszelle schreiben konnte: „Von guten Mächten wunderbar geborgen, erwarten wir getrost, was kommen mag. Gott ist mit uns am Abend und am Morgen und ganz gewiss an jedem neuen Tag.“

- 1 Vgl. hierzu H.-G. Janssen: Gott – Freiheit – Leid. Das Theodizee-
problem in der Philosophie der Neuzeit, Darmstadt 1989, S. 5f
- 2 Zu Augustinus: W. Groß, K.-J. Kuschel: „Ich schaffe Finsternis und
Unheil!“ Ist Gott verantwortlich für das Übel? Mainz 1995, S. 70-76
- 3 Vgl. hierzu J. Brantschen: Leiden – Ernstfall der Hoffnung.
Eine theologische Meditation, in: E.-M. Faber (Hrsg.), Warum?
Der Glaube vor dem Leiden (Schriftenreihe der Theologischen
Hochschule Chur Bd. 2), Freiburg Schweiz 2003, 49-65, S. 54
- 4 Vgl. hierzu A. Kreiner: Gott und das Leid, Paderborn 1994, S. 22-32
- 5 G. Büchner: Dantons Tod, in: G. Büchner, Sämtliche Werke,
Gütersloh 1963, 80f
- 6 Zitiert nach H. Kessler: Gott und das Leid seiner Schöpfung.
Nachdenkliches zur Theodizeefrage, Würzburg 2000, S. 42
- 7 B. Gesang: Angeklagt Gott. Über den Versuch, vom Leiden in der
Welt auf die Wahrheit des Atheismus zu schließen, Tübingen
1997; G. Streminger: Gottes Güte und die Übel in der Welt.
Das Theodizeeproblem, Tübingen 1992
- 8 Zitiert nach G. Schiwy: Abschied vom allmächtigen Gott,
München 1995, S. 7
- 9 H. Kushner: Wenn guten Menschen Böses widerfährt. 5. Aufl.,
Gütersloh 1997, S. 122; Vgl. hierzu A. Kreiner: Gott und das Leid,
Paderborn 1994, S. 74-79
- 10 E. Wiesel: Night, New York 1969 S. 75f
- 11 W. Kasper: Der Gott Jesu Christi, Mainz 1982, S. 244
- 12 Vgl. hierzu W. Groß, K.-J. Kuschel: „Ich schaffe Finsternis und
Unheil!“ Ist Gott verantwortlich für das Übel? Mainz 1995, S. 185
- 13 K. Berger: Wie kann Gott Leid und Katastrophen zulassen?
Stuttgart 1996, S. 200
- 14 W. Groß, K.-J. Kuschel: „Ich schaffe Finsternis und Unheil!“
Ist Gott verantwortlich für das Übel? Mainz 1995, S. 187
- 15 Zitiert nach G. Greshake: Der Preis der Liebe. Besinnung über das
Leid, Freiburg 1986, S. 34
- 16 Vgl. hierzu besonders G. Greshake: Der Preis der Liebe.
Besinnung über das Leid, Freiburg 1986
- 17 Vgl. hierzu H. Kessler: Gott und das Leid seiner Schöpfung.
Nachdenkliches zur Theodizeefrage, Würzburg 2000, S. 94ff
- 18 Zu Calvin vgl. W. Groß, K.-J. Kuschel: „Ich schaffe Finsternis und
Unheil!“ Ist Gott verantwortlich für das Übel? Mainz 1995,
S. 85-90; Vgl. hierzu H.-G. Janssen: Gott – Freiheit – Leid.
Das Theodizeeproblem in der Philosophie der Neuzeit,
Darmstadt 1989, S. 9f
- 19 Vgl. hierzu A. Kreiner: Gott und das Leid, Paderborn 1994, S. 78
- 20 K. Rahner: Warum lässt Gott uns leiden? In: Ders., Schriften zur
Theologie, Bd. 14, Zürich-Einsiedel-Köln 1980, 450-466, S. 462f
- 21 K. Rahner: Warum lässt Gott uns leiden? In: Ders., Schriften zur
Theologie, Bd. 14, Zürich-Einsiedel-Köln 1980, 450-466, S. 465
- 22 Vgl. B. Gesang: Angeklagt Gott. Über den Versuch, vom Leiden in
der Welt auf die Wahrheit des Atheismus zu schließen, Tübingen
1997; G. Streminger: Gottes Güte und die Übel in der Welt.
Das Theodizeeproblem, Tübingen 1992
- 23 Zitiert nach J. B. Brantschen; H. Schipperges, E. Ringel, E. Zenger:
Leiden, in: Christlicher Glaube in moderner Gesellschaft
Teilbd. 10 (hrsg. von F. Böckle et al.) Freiburg 1980, 6-50, S. 8
- 24 Zur göttlichen Eigenschaft der Allmacht vgl. W. Ritter: Der Allmäch-
tige. Annäherungen an ein unstrittenes Gottesprädikat (Biblich-
theologische Schwerpunkte Bd. 13), 2. Auflage, Göttingen 1997
- 25 M. Fieger: Hoffnung im Leid. Bibelpastorale Aspekte aus dem
Buch Ijob zum Thema Leid und Glaube, in: E.-M. Faber (Hrsg.),
Warum? Der Glaube vor dem Leiden (Schriftenreihe der Theologi-
schen Hochschule Chur Bd. 2), Freiburg Schweiz 2003, S. 35-47



Difäm

Deutsches Institut für Ärztliche Mission e.V.
Paul-Lechler-Straße 24 · 72076 Tübingen
Telefon 07071/206-512 · Fax 07071/206-510
Internet: www.difaem.de
E-Mail: info@difaem.de

Spendenkonto 406 660 (BLZ 600 606 06)
Evangelische Kreditgenossenschaft Stuttgart

