

Wolfram Schaffar

HIV-Positive als politische Akteure in Thailand: Vernetzung, Selbstorganisation und Wiederaneignung*

Zwischen Dezember 2005 und April 2006 entfaltete sich in Thailand eine soziale Bewegung mit erstaunlicher Dynamik. In beinahe täglichen Massendemonstrationen forderte ein breites Spektrum von Bewegungen, Gewerkschaften und NGOs den Rücktritt von Premierminister Thaksin Shinawatra. Thaksin war im Jahre 2001 mit seiner Partei *Thai Rak Thai* (Thais lieben Thais) an die Macht gekommen, beherrschte als Medienmogul die Presse und monopolisierte durch seinen autoritären und von Gewalt gekennzeichneten Regierungsstil weite Teile des politischen Lebens. Gleichzeitig verfolgte er jedoch eine ambitionierte Sozialpolitik, die zwar als populistisch kritisiert wurde, faktisch aber eine reale Verbesserung für viele Bedürftige bedeutete, so dass er eine breite Anhängerschaft unter den Armen und unter der ländlichen Bevölkerung an sich binden konnte. Nach seiner fulminanten Wiederwahl im Februar 2005 galt er daher als politisch unbesiegbar. Der Aufstand gegen ihn stellt vor diesem Hintergrund einen bemerkenswerten Vorgang von politischer Auseinandersetzung dar (Schaffar & Pye 2006), deren weitere Entwicklung allerdings wenige Monate später durch einen Putsch und die Machtübernahme des Militärs beendet wurde (Pye 2006).

Unter den Demonstranten, die im Februar und März zum Teil mehrere Tage lang auf dem Sanaam Luang (Königsfeld), dem zentralen Platz Bangkoks ausharrten, waren auch HIV-Positive, die landesweit unter dem Dach TNP+ (*Thai Network of People Living with HIV/AIDS*) organisiert sind. Die Teilnahme dieser Gruppe an der Revolte gegen Thaksin ist in mehrfacher Hinsicht interessant: Zum einen wird TNP+ aus den Töpfen des Gesundheitsministeriums finanziert, was eine pointiert

* Die Informationen, auf denen diese Arbeit basiert, stammen aus Interviews mit verschiedenen Akteuren, die am Kampf um Zugang zu antiretroviralen Medikamenten in Thailand beteiligt waren. Mein besonderer Dank gilt Wirat Purahong von TNP+, Prof. Jiraporn Limpananont und Prof. Niyada Kiatying-Angsulee von der *Drug Study Group*, Saree Aongsomwang von der *Foundation for Consumers* sowie Nathan Ford und Paul Cawthorne von *Ärzte ohne Grenzen* sowie zahlreichen Aktivisten, die ich am Rande verschiedener politischer Kampagnen, Workshops und Demonstrationen kennen lernen durfte. Ebenso danke ich den Gutachtern der Zeitschrift PERIPHERIE für die wertvollen Kommentare und Verbesserungsvorschläge.

regierungskritische Positionierung zunächst nicht erwarten lässt. Zum anderen waren HIV-Infizierte sowohl als Nutznießer von Thaksin Sozialprogrammen als auch als Opfer seiner Polizeiaktion direkt von den Herrschaftsmethoden der Regierungspartei erfasst. Um so erstaunlicher ist es, dass sie sogar als Motor der Bewegung gegen das US-thailändische Freihandelsabkommen (US-Thai FTA) bei der Entstehung des Aufstandes gegen Thaksin eine zentrale Rolle spielten.

Im Folgenden steht jedoch nicht eine Darstellung und Analyse von TNP+ als Netzwerk im Vordergrund. Obwohl TNP+ die Bezeichnung „Netzwerk“ im Namen führt, ist die Organisationsstruktur und die Unterteilung in Regional- und Lokalgruppen vergleichbar mit anderen NGOs und Patientengruppen. Es geht mir vielmehr um die Arbeit und den Charakter des aus nationalen und internationalen Akteuren bestehenden Netzwerks, in das TNP+ eingebunden war und als dessen Teil TNP+ eine medikamentöse Behandlung von HIV-Infektionen auf der Grundlage von in Thailand produzierten generischen Medikamenten durchgesetzt hat. Auf Basis dieser Darstellung werde ich die Frage diskutieren, in wie weit das heutige politische Engagement der in TNP+ organisierten HIV-Positiven auf die Mitarbeit in diesem Netzwerk zurückzuführen ist.

HIV-Positive unter der Herrschaft von Thaksin

Bei seiner ersten Wahl im Jahre 2001 trat Thaksin als Mann der Bewegungen und NGOs an und nahm zahlreiche Forderungen von Bewegungen als Wahlversprechen in sein Programm der neu gegründeten Partei *Thai Rak Thai* auf. So erreichte er mit der Zusage eines Schuldenmoratoriums für Kleinbauern, einem Entwicklungsprogramm für ländliche Regionen und besonders mit der Ankündigung einer steuerfinanzierten universellen Gesundheitsversorgung die Unterstützung weiter Teile der armen und marginalisierten Bevölkerung, die seit 1997 unter den Folgen der Asienkrise und besonders unter den Auflagen des Internationalen Währungsfonds litt.

Parallel zu seiner offensiven Sozialpolitik, die seine Gegner aus dem neoliberalen Lager als Populismus zu diskreditieren versuchten, verfolgte Thaksin in seiner Wirtschaftspolitik eine forcierte Liberalisierung. Diese schlug sich nieder in Privatisierungsvorhaben der großen Staatsbetriebe, einer aggressiven Umstellung der Landwirtschaft auf weltmarktorientierte Exportwirtschaft, der Förderung von Freihandelsverträgen, und der regionalen wirtschaftlichen Integration wie der APEC und verschiedenen bilateralen Freihandelsverträgen. Diese verschärfte, aber durch gezielte Sozialprogramme abgefederte Liberalisierungspolitik entspricht den Prinzipien des erweiterten Washington-Konsenses, nach dessen Leitlinien dem Staat erneut eine stärkere ausgleichende und sozialpolitische Funktion gegenüber dem Markt zugeteilt wird (vgl. Gibbs 2006, Kohlmorgen

2004). Im Fall Thaksins trat neben die Sozialpolitik der gezielte Einsatz von Gewalt zur Herrschaftssicherung.

In Anspielung auf den Zungenschlag der US-amerikanischen Außenpolitik seit dem 11. 9. 2001 ließ Thaksin verschiedene Polizeiaktionen unter dem Titel „Krieg gegen Drogen“, „Krieg gegen Korruption“ etc. durchführen, wobei im „Krieg gegen Drogen“ in den ersten Monaten des Jahres 2003 zwischen 2000 und 3000 Menschen bei außergerichtlichen Tötungen ums Leben gebracht wurden. Durch die mediale Aufbereitung dieser Aktionen, bei der die Zahl der getöteten angeblichen Drogendealer stolz in den Nachrichten verkündet wurden, schuf Thaksin während seiner ersten Amtsperiode eine Atmosphäre der Angst, die die meisten sozialen Bewegungen, die nicht in das Projekt Thaksins integriert waren, lähmte. So konnte Thaksin eine für Thailand ungewöhnlich große Machtfülle entfalten, die ihm zu einem erdrutschartigen zweiten Wahlsieg im Februar 2005 verhalf.

Dass sich in dieser Atmosphäre wenige Monate später HIV-Positive als Opposition artikulieren, überrascht aus folgenden Gründen: Zum einen bedeutete die Einrichtung des 30-Baht-Gesundheitsprogramms einen für ein Entwicklungsland einzigartigen Zugang zu medizinischer Versorgung, von dem seit der Berücksichtigung von antiretroviralen Medikamenten in diesem Programm seit 2001 auch HIV-Patienten in besonderem Maß profitierten. Von seinen Unterstützern, die Thaksin im Zuge der politischen Auseinandersetzungen im März 2006 mobilisierte, wurde die Einrichtung der Gesundheitsversorgung als ein zentrales Argument für die anhaltende Popularität angeführt (Pye & Schaffar, erscheint). Auf der anderen Seite waren intravenöse Drogennutzer eine der am stärksten vom „Krieg gegen Drogen“ betroffenen Gruppen, und im Zustand von Kriminalisierung und Rechtlosigkeit brachen ab dem Frühjahr 2003 alle Nadel- und Spritzenaustauschprogramme für Drogennutzer zusammen.

Die Gruppe TNP+, die sich als Vertretung aller Infizierten ohne Unterschied des Geschlechts, sexueller Orientierung, sozialer Herkunft oder Infektionsweg versteht, ist an dieser Politik nicht zerbrochen, sondern im Gegenteil, engagierte sich seit dem Jahr 2004 an der Seite von Kleinbauern, Gewerkschaften und vielen weiteren, von sehr unterschiedlichen Interessen geleiteten Gruppen in einem Bündnis gegen das US-thailändische Freihandelsabkommen, das Thaksin im Rahmen seiner Liberalisierungspolitik seit dem APEC-Gipfel in Bangkok 2003 verfolgte. Die Proteste, durch die die organisierten HIV-Positiven als Teil des *FTA-Watch*-Bündnisses die internen Widersprüche von Thaksins Politik in die Öffentlichkeit trugen und dadurch zu einem wichtigen Akteur in der Anti-Thaksin-Bewegung wurden, sind jedoch in Bezug auf die angewendete Strategie spektakulär.

AIDS-Aktivistinnen und -Aktivisten und die Entstehung der Anti-Thaksin-Bewegung

Anfang Januar 2006 war in der nordthailändischen Stadt Chiangmai die sechste und entscheidende Runde der Verhandlungen des bilateralen Freihandelsvertrags zwischen der USA und Thailand angesetzt. Das Bündnis *FTA Watch* konnte aus diesem Anlass eine sehr heterogene Gruppe von NGOs und Bewegungen mobilisieren: Kleinbauern wiesen auf die Erfahrung der ruinösen Konkurrenz durch chinesische Bauern, die zunehmende Abhängigkeit von patentiertem Saatgut und die Gefahr von Biopiraterie hin. Sie machten deutlich, dass diese Politik der Ausgangspunkt für eine weitere Verschärfung der Schuldenkrise auf dem Lande würde und damit Thaksins Strategie, den Bauern durch ein Schuldenmoratorium neuen Handlungsspielraum zu verschaffen, zuwider lief. AIDS-Aktivistinnen und -Aktivisten analysierten, wie durch verschärfte Patentbestimmungen der Zugang zu lebenswichtigen Medikamenten beschränkt und das Gesundheitssystem im Ganzen unterminiert werden würde. So trat *FTA Watch* nicht als bloße Sammlung verschiedener Gruppen mit unzusammenhängenden Einzelinteressen auf, sondern artikulierte eine grundlegende Kritik an dem auf Export ausgerichteten Entwicklungsparadigma (Kannika 2005, Sorachai 2005, Chanida & Bamford 2005). Kurz: *FTA Watch* schaffte es, am Beispiel des bilateralen Freihandelsvertrags die Widersprüche in Thaksins Sozial- und Wirtschaftspolitik zu benennen.

Bemerkenswert an den Protesten in Chiangmai war jedoch nicht nur das Bündnis aus AIDS-Aktivistinnen und -Aktivisten und Kleinbauern, das den Unmut auf die Straße trug, und die Allgemeinheit, in der die Kritik vorgetragen wurde, sondern besonders die Entschiedenheit und Militanz, mit der die Protestler voringen: An allen Verhandlungstagen waren politische Aktionen organisiert, die neben Demonstrationen in der Stadt auch Informationsveranstaltungen für die Bevölkerung Chiangmais umfassten. Bei den Demonstrationen selbst bewegte sich der Block aus Kleinbauern und AIDS-Aktivistinnen und -Aktivisten mit einem Tanzschritt durch die Straßen, begleitet von Trommeln und anderen Instrumenten und unterbrochen von regelmäßigem Niederknien. Eine andere Gruppe machte auf sich aufmerksam, indem sie den Fluss Ping durchschwamm, um zum Verhandlungsort, dem am Flussufer gelegenen Sheraton-Hotel im Süden Chiangmais, zu gelangen.

Am Verhandlungsort selbst steigerten die Demonstranten den Druck schrittweise und drängten in drei aufeinanderfolgenden Offensiven die Polizei immer weiter zurück, durchbrachen schließlich eine Absperrung, inszenierten einen symbolischen Sturm des Konferenzortes und erreichten so eine kurzzeitige Unterbrechung der Verhandlungen, die daraufhin in ein nahegelegenes Golf-Ressort verlegt wurden (Pennapa 2006). Unter dem Eindruck dieser massiven Oppositi-

on trat wenige Tage später der thailändische Verhandlungsführer zurück und trotz wiederholter Absichtserklärungen kamen die Gespräche seitdem nicht mehr in Gang. Bei der Demonstrationsstrategie und den direkten Aktionen handelte es sich um eine Nachahmung von Proteststrategien der koreanischen Bauern, die einen Monat zuvor bei der WTO-Konferenz in Hongkong Aufsehen erregt hatten. Das tanzartige Voranschreiten, die Idee, durch das Hafengebiet zum Konferenzzentrum zu schwimmen, und das symbolische Durchbrechen der Polizeiabsperungen fand Eingang in die weltweite Berichterstattung und wurde als besonders militant etikettiert (vgl. Hagelüken 2005). Die thailändischen HIV-Positiven und Kleinbauern, die nach Hongkong gereist waren, um sich an den Protesten zu beteiligen, orientierten sich an den koreanischen Bauern als Bezugsgruppe, wurden schließlich mit ihnen verhaftet und durchlitten zusammen mit ihnen die entwürdigende Behandlung im Hongkonger Gefängnis (vgl. Hong Kong People's Alliance on WTO 2006). So wurden die Protestmethoden aus Korea nach Nordthailand importiert und trugen durch das starke Medienecho in den Zeitungen in Bangkok zu einem Stimmungswechsel unter den sozialen Bewegungen und NGOs im ganzen Land bei (Pye & Schaffar, erscheint).

Wie kam es zu diesem politischen Engagement, das die HIV-Positiven über den Umweg von Hongkong zu einem zentralen Akteur der thailändischen Politik werden ließ? Diese Frage ist nicht nur im Kontext Thailands interessant, sondern auch im internationalen Vergleich: Anders als Kleinbauern haben Patientengruppen erst seit kurzer Zeit die politische Bühne als Akteure betreten. Sie sind seither aber auch zu Objekten der Interessen der Pharmaindustrie geworden, die sie zu Marketinginstrumenten für Medikamentenhersteller machen will (Bouma & Brandt 2005, House of Commons, Health Committee 2005, Wagner 2005). In Thailand arbeitet z.B. die renommierte *Population and Community Development Association* (PDA), deren Namen mit der erfolgreichen HIV-Prävention der 1990er Jahre verbunden wird, heute mit dem Pharmahersteller Pfizer zusammen und bietet im *Pfizer-PDA Positive Partnership Project* (PPPP) Kleinkredite zur Unternehmensgründung und Verbesserung der ökonomischen Lage HIV-Positiver an. (PDA, undatiert, Pfizer Thailand Foundation, undatiert). Charakteristischerweise bleiben in der Projektbeschreibung und den Pressemitteilungen dieses Projekts zum Welt-AIDS-Tag die hohen Medikamentenpreise, die der Grund für die ökonomischen Probleme von HIV-Positiven sind, unerwähnt (Chularat 2006), und die PDA reihte sich auch nicht in die politischen Kämpfe gegen Thaksin ein.

Die allgemeine Forderung nach einer anderen Wirtschafts- und Entwicklungspolitik, die die HIV-Positiven von TNP+ im Verlauf der Jahre 2005 und 2006 an der Seite von Kleinbauern und Gewerkschaften zu artikulieren begannen, wurde vorbereitet von einem speziellen Kampf um Zugang zu antiretroviralen Medikamenten. Diesen Kampf führten die HIV-Positiven über einen Zeitraum von meh-

renen Jahren als Teil eines internationalen Netzwerks, das besonders durch seine Heterogenität auffällt: NGOs, AktivistInnen, AkademikerInnen/Intellektuelle, JuristInnen, aber auch staatliche Stellen führten über vier Jahre zwei Prozesse gegen die US-amerikanische Pharmafirma *Bristol-Myers Squibb* um das Recht, ein für die Behandlung von HIV-Patienten unverzichtbares Medikament, Didanosin (ddI) als generisches Medikament produzieren zu dürfen und damit in Thailand eine bezahlbare und auch für arme Menschen erreichbare Behandlung zu ermöglichen.

Der Kampf um Zugang zu antiretroviralen Medikamenten

Die ersten HIV-Infektionen traten in Thailand in den 1980er Jahren auf. Die folgenden Jahre waren gekennzeichnet von dem für Entwicklungsländer typischen rasanten Anstieg der Infektionszahlen, die ihren Höhepunkt mit 140.000 Neuinfektionen im Jahre 1991 erreichten (UNAIDS 2004: 28) und zu düsteren Zukunftsprognosen über die zu erwartende Ausbreitung der Epidemie führten. Anders als in fast allen anderen Ländern des Südens gelang es jedoch in Thailand durch eine multi-sektorielle Zusammenarbeit von staatlichen Stellen (Ministerien, lokale und regionale Verwaltungseinheiten, Polizei) mit zivilgesellschaftlichen Gruppen (NGOs, anderen privaten Initiativen) und den Medien, die Entwicklung der Infektionsrate umzukehren. Kern des Präventionsprogramms waren Aufklärungskampagnen und die 100%-Kondom-Kampagne, mit der zeitweise eine flächendeckende Kondomnutzung in der heterosexuellen Sexindustrie erreicht werden konnte (Beyrer 1998). Mitte der 1990er Jahre galt Thailand neben Uganda als einziges Entwicklungsland, in dem die Ausbreitung des Virus unter Kontrolle gebracht werden konnte. Auch wenn die Infektionsrate nicht weiter anstieg, so bedeutete jedoch die Stagnation der Infektionsrate eine Stagnation auf hohem Niveau. Mit 20-30.000 Neuinfektionen pro Jahr und einer Gesamtzahl von über 600.000 infizierten Erwachsenen weist Thailand mit einer Infektionsrate von 1,8 % einen über 20-fach höheren Wert als Deutschland auf. D.h. auch wenn Thailand nicht wie einige afrikanische Staaten vor dem wirtschaftlichen und sozialen Zusammenbruch steht, ist das gesellschaftliche Problem, das von HIV und AIDS ausgeht, massiv.

Seit der Welt-AIDS-Konferenz in Vancouver im Jahre 1996, in der die Studien zur sog. HAART (Highly Active Antiretroviral Therapy) einer breiten Öffentlichkeit zugänglich gemacht wurden, gilt die Behandlung mit der Kombinationstherapie medizinisch als etabliert (Schaaber 2005: 101ff)¹. Die Erfolge sind dabei so nachhaltig, dass in den meisten Industrieländern, in denen die ärztliche Betreuung und Versorgung mit Medikamenten gewährleistet ist, eine HIV-Infek-

tion in der Öffentlichkeit mittlerweile eher als chronische Krankheit denn als tödliche Infektion wahrgenommen wird.

Weil ärztliche Betreuung begleitend zur Einnahme nötig ist, eine strikte Kontinuität bei der Einnahme gewährleistet werden muss, und wegen der hohen Preise der Medikamente galt ein systematischer Einsatz der antiretroviralen Therapie (ARV-Therapie) in Entwicklungs- und Schwellenländern jedoch lange Zeit als nicht praktikabel (Jones 2004, vgl. die Debatte Piot u.a. 2002, die auf den Artikel von Marseille u.a. 2002 folgte). Auch in Thailand kam nach einem Pilotprojekt der Weltbank die Evaluation zu dem Schluss, dass ein Einsatz von Medikamenten nicht infrage komme, weil die Kosten in keinem Verhältnis zum Nutzen stünden (Ford u.a. 2004). Es wurde empfohlen, die begrenzten Ressourcen an ARV-Medikamenten für die Behandlung von opportunistischen Infektionen in späten Stadien der Erkrankung und für die Verhinderung von vertikaler Übertragung (Mutter-zu-Kind-Übertragung) während der Schwangerschaft und Geburt zu konzentrieren. Eine Langzeitbehandlung, wie sie in den westlichen Industrieländern umgesetzt wurde und die Grundlage für den Rückgang der Mortalitätsrate war, wurde aus Kostengründen ausgeschlossen.

Erst ab dem Jahr 2001 wendete sich das Blatt in der von internationalen Organisationen verfolgten Strategie zur Bekämpfung von HIV und AIDS. An die Stelle einer Spaltung der Welt in Industrieländer, in denen die medikamentöse Behandlung Standard war, und Entwicklungsländer, in denen einer Präventionsstrategie der Vorrang gegeben werden sollte, wurde das Kontinuum aus Prävention – Pflege – Behandlung gesetzt (Tarantola 2001). Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) stellte sich zeitweise an die Spitze der Verfechter des Behandlungsprinzips, nahm im Jahre 2002 elf ARV-Medikamente in die Liste unentbehrlicher Arzneimittel auf und beschränkt im Jahre 2003 durch das Programm *3-by-5* (Zugang zu ARV-Medikamenten für 3 Millionen HIV-Patienten in Ländern mit mittlerem und niedrigem Einkommen bis zum Jahr 2005, WHO & UNAIDS 2003, Kohlmorgen 2004) engagiert den Weg hin zu einer weltweiten Etablierung der ARV-Behandlung.

Der Weg von den ersten ablehnenden Expertisen hin zur allgemeinen Akzeptanz des Behandlungsprinzips und der Forderung nach bezahlbaren Medikamenten beruhte jedoch nicht auf medizinischen oder epidemiologischen Erkenntnissen, sondern war das Ergebnis eines politischen und sozialen Kampfes, der von einem weltweiten Netzwerk aus verschiedenen Gruppierungen geführt wurde und wird. Das größte Verdienst dieses Einsatzes war es zu zeigen, dass auch in Ländern mit mittlerem und niedrigem Einkommen durch eine enge Kooperation zwischen Infizierten, Ärzten und Kliniken die organisatorischen und medizinischen Voraussetzungen für den Einsatz von ARV-Medikamenten geleistet werden können und sich das Problem der Behandlung auf die prohibitiv hohen Kosten der Medikamente selbst reduziert. Die Kosten wiederum, so konnte gezeigt werden,

waren dabei nicht auf hohe Produktions- oder Entwicklungskosten zurückzuführen, sondern auf die Preispolitik der Pharma-Unternehmen, die bei patentierten Medikamenten als Monopolanbieter auftreten und den Preis selbst bestimmen (Borell & Watal 2002, Schaaber 2005).

Neben den sozialen und juristischen Kämpfen, die in Südafrika, Brasilien und anderen Ländern geführt wurden (Schaaber 2005: 124ff.), war ein Prozess vor dem Patentgericht Thailands, in dem zwei HIV-Infizierte und die *Access*-Stiftung gegen ein Patent der Firma *Bristol-Myer Squibbs* klagten, ein Meilenstein der Bewegung für Zugang zu medikamentöser Behandlung. Dieser Prozess wurde erst durch die Zusammenarbeit verschiedener Gruppen ermöglicht und kann als Paradebeispiel für die Funktionsweise von Netzwerken und deren spezifische Stärke gelten, die Expertise verschiedenster Gruppen zusammen zu bringen. Gleichzeitig legte dieser Prozess und die Einbindung der HIV-Patientengruppen in ein Netzwerk aus verschiedenen Akteuren, den Grundstein für die Politisierung der HIV-Gruppen.

Das Netzwerk im Kampf gegen das ddI-Patent

Auf den Druck der USA reformierte Thailand bereits im Jahre 1992 seine Patentgesetze, so dass in Thailand ein 20-jähriger Patentschutz ermöglicht wurde, acht Jahre vor dem Zeitpunkt, zu dem ähnliche Patentbestimmungen in Schwellenländern über das Patentabkommen (TRIPS) der WTO zum weltweiten Standard erhoben wurden.

Bereits wenige Wochen vor Inkrafttreten des Gesetzes meldete die US-amerikanische Firma *Bristol-Myers Squibb* bei der thailändischen Patentbehörde ein Patent auf das ARV-Medikament Didanosine (ddI) in der Darreichungsform von Tabletten der Dosis zwischen 5 und 100 mg an (Weeraboon 2004: 110, Ford u.a.2004). Dieser Wirkstoff, der zur ersten Generation der HIV-Medikamente gehört, wurde ursprünglich von den staatlichen *National Institutes of Health* in den USA entwickelt, die auch das US-amerikanische Patent besitzen. Lediglich die weltweite Vermarktung wurde an die Firma *Bristol-Myers Squibb* abgetreten, unter der Bedingung, dass diese es zu einem „fairen“ Preis anbieten solle (Schaaber 2005: 90-92), und frühe Versuche von *Bristol-Myers Squibb*, aufgrund einer Weiterentwicklung der Darreichungsform ein Patent für den US-amerikanischen Markt zu erhalten, scheiterten. Das thailändische Patentamt akzeptierte jedoch den Patentantrag und sprach *Bristol-Myers Squibb* nicht nur das Patent für den thailändischen Markt zu, sondern gestattete auch wenig später die Ausdehnung des Patents auf alle ddI-Produkte in Tablettenform unabhängig von deren Dosierung.

Das thailändische Gesundheitsministerium begann im Jahre 1992 damit, in Krankenhäusern für AIDS-Patienten eine Monotherapie auf der Grundlage von

Zidovudin (AZT) anzubieten, und weitete das Programm 1995 auf eine Dualtherapie aus, mit der jedoch nur ungefähr 25 % der symptomatischen Patienten in öffentlichen Krankenhäusern erreicht werden konnten. Der Grund waren die hohen Kosten der Medikamente, da zu diesem Zeitpunkt alle wichtigen ARV-Medikamente patentgeschützt waren und die Therapie mit Originalprodukten durchgeführt werden musste. Bereits seit Anfang der 1990er Jahre hatte die staatliche Pharmaorganisation (*Government Pharmaceutical Organization* GPO) damit begonnen, die Möglichkeit einer eigenen Produktion von ARV-Medikamenten zu erforschen. Ab dem Jahr 1993 konnte ein Nachahmerprodukt für Zidovudin (AZT) auf den Markt gebracht werden und durch die Preiskonkurrenz sank der Preis von 324 US\$ auf 87 US\$ für die monatliche Ration eines Patienten. Begleitet wurde die Politik der staatlichen Stellen, eine ARV-Behandlung auf der Grundlage in Thailand produzierter generischer Medikamente zu etablieren, von NGOs wie der *Foundation for Consumers*, einer NGO zum Schutz von Konsumenteninteressen, und der *Drug Study Group*, einer Arbeitsgruppe von sozial engagierten Akademikerinnen der pharmazeutischen Fakultät der Chulalongkorn-Universität und der internationalen NGO *Ärzte ohne Grenzen* (*Médecins sans frontières*, MSF). Im Jahre 1998 produzierte die GPO bereits Stavudin (d4T) und die Vorbereitungen für die Produktion von generischem Didanosin (ddI) waren in vollem Gange, als *Bristol-Myers Squibb* mitteilen ließ, dass sie als Patentinhaber die Produktion untersagen. Statt dessen bot *Bristol-Myers Squibb* an, als alleiniger Vertreiber von ddI und d4T die Medikamente zu einem Vorzugspreis anzubieten, der jedoch um ein Vielfaches über dem Preis lag, den die generische Variante kostete (Weeraboon 2004: 32).

Nach dem Abbruch der erfolglosen Verhandlungen zwischen der GPO und *Bristol-Myers Squibb* suchten die involvierten Gruppen zunächst einen Ausweg in der Möglichkeit, eine Zwangslizenz für ddI zu erwirken, über die das Medikament auch ohne Zustimmung der Patentinhaber hätte produziert werden können. Sowohl das thailändische Patentschutzgesetz als auch die WTO-Bestimmungen des TRIPS sehen die Möglichkeit solcher Zwangslizenzen explizit vor, wenn in einem Land besondere gesundheitliche Gefahren gebannt werden müssen. In der Praxis wurden jedoch lange Zeit weltweit so gut wie keine Zwangslizenzen erteilt, was auf den direkten Druck der westlichen Industrieländer zurückzuführen ist (Ford u.a. 2004: 560, von Schoen-Angerer & Jiraporn 2001). Auch die Bitte der GPO im November 1999, eine Zwangslizenz für die Produktion von ddI-Tabletten zu erhalten, wurde von den zuständigen Behörden abschlägig beantwortet, obwohl ein breites Netzwerk mittlerweile national und international mit Aktionen auftrat, um dem Gesuch Nachdruck zu verleihen. Durch die Zusammenarbeit mit internationalen NGOs war der thailändische Patentstreit zum Thema auf der WTO-Konferenz in Seattle geworden und die Empörung über die

negativen Auswirkungen einer restriktiven Auslegung des TRIPS hatte zum historischen Scheitern dieser Ministerkonferenz beigetragen. Darüber hinaus hatten thailändische HIV-Patienten im Dezember 1999 ein Protest-Camp vor dem Gesundheitsministerium errichtet und waren damit zum ersten Mal bei einer öffentlichen Demonstration in Erscheinung getreten. Und zuletzt konnten die Aktivistinnen und Aktivisten sogar einen persönlichen Brief des damaligen Präsidenten Bill Clinton erwirken, der zusicherte, dass eine Zwangslizenz keine negativen Auswirkungen auf die thailändisch-US-amerikanischen Beziehungen haben würde. Die Regierung blieb jedoch bei ihrem Standpunkt und bis zur ersten Zwangslizenz, die erst Ende November 2006 auf ein ARV-Medikament erteilt wurde, vergingen knapp sieben Jahre.

Nachdem der Weg über eine Zwangslizenz versperrt schien, entschlossen sich die involvierten Gruppen, das Patent direkt anzugreifen. Unstimmigkeiten im Genehmigungsprozess, die fehlende Neuigkeit der Erfindung, die verhinderte, dass *Bristol-Myers Squibb* ein eigenes Patent in den USA erhalten konnte, und eine spätere Änderung des Patents selbst, bei dem das Patent auf alle Dosierungen ausgeweitet worden war, ließen ein Verfahren gegen das Patent erfolgreich erscheinen. Unter der Leitung der *Drug Study Group*, der *AIDS Access Foundation* und der *Health and Development Foundation* wurde eine Arbeitsgruppe ins Leben gerufen, in der die Fäden des breiten Netzwerks zusammenliefen und der Prozess vorbereitet wurde. Die *Law Society of Thailand*, die gesetzliche Landesvertretung der thailändischen Rechtsanwälte, stellte ein ehrenamtlich arbeitendes Anwalts-*team*, *Ärzte ohne Grenzen* unterstützte die Arbeit der Koordinierungsgruppe durch einen hauptamtlichen Projektmitarbeiter (Weeraboon 2004: 44ff).

Im Mai 2001 reichten zwei HIV-Patienten und die NGO *AIDS Access Foundation* Klage beim *Thai Central Intellectual Property and International Trade Court* gegen *Bristol-Myers Squibb* ein, die Firma habe zusammen mit der Patentbehörde das Patent auf ddI manipuliert, indem in den Jahren zwischen 1992 und 1998 die Spezifikation der Dosierung aus dem Patent verschwanden und dadurch das Patent ausgedehnt wurde. Mehr noch als die Frage nach Verfahrensfehlern ging es bei diesem Prozess um die Frage, ob Patienten überhaupt in einem Patentstreit als Kläger gegen ein Unternehmen auftreten können. Weltweiter Standard ist, dass nur Unternehmen als geschädigte Partei zugelassen werden (Weeraboon 2004: 57, Ford u.a. 2004: 561). Durch sein Urteil im Oktober 2002, in dem die Kläger Recht bekamen, akzeptierte das Gericht ausdrücklich die Patienten als geschädigte Partei und vermerkte in der Begründung, sowohl dass Medikamente qualitativ von anderen Konsumgütern zu unterscheiden seien, als auch dass der mangelnde Zugang zu Medikamenten aufgrund von hohen Preisen das Menschenrecht eines Patienten auf medizinische Versorgung verletze (Ford u.a. 2004: 561).

Im gleichen Maß, in dem das Urteil ein Novum in der thailändischen Rechtsprechung darstellte, wurde damit ein Präzedenzfall in der weltweiten Rechtsprechung geschaffen, wobei das Urteil sowohl den Wandel in der Strategie der HIV-Bekämpfung, als auch eine Änderung in der internationalen Bewertung von Patentregimen widerspiegelt: Bei der Ministerkonferenz Ende 2001 in Doha, Katar, reagierte die Welthandelsorganisation zum ersten Mal explizit auf die Kritik vieler Entwicklungsländer, NGOs und sozialer Bewegungen und bekräftigte in der sog. Doha-Erklärung die Möglichkeit der Zwangslizensierung von wichtigen Medikamenten und das Recht von Patienten auf Behandlung (WTO 2001).

Obwohl *Bristol-Myers Squibb* und die thailändische Patentbehörde umgehend in die Berufung gingen, nutzte die Arbeitsgruppe unter Führung der *Drug Study Group* die Gerichtsentscheidung, um in einer zweiten Klage nun das Patent selbst anzugreifen. Wieder traten drei HIV-Patienten und eine NGO, diesmal die *Foundation for Consumers*, als Kläger auf, und die Arbeitsgruppe des Netzwerks koordinierte das Vorgehen innerhalb und außerhalb des Gerichts. Um einem weiteren Urteil mit Präzedenzcharakter zuvorzukommen, bot *Bristol Myers Squibb* den Klägern Ende 2003 einen Vergleich an. Ermüdet von der jahrelangen Auseinandersetzung, während der mehrere Mitglieder der HIV-Patientengruppen z.T. wegen mangelnder Behandlungsmöglichkeiten verstorben waren, willigte TNP+ und die *Drug Study Group* ein, und unter der Bedingung, dass die Details der außergerichtlichen Einigung geheim bleiben, gab *Bristol-Myers Squibb* das Patent zurück (Weeraboon 2004: 64-66).

Was hat das Netzwerk erreicht? Ironischerweise konnte das Netzwerk auf dem Gebiet, auf dem es angetreten war, dem Gerichtsprozess, am wenigsten erreichen. Als einziger Erfolg lässt sich die im ersten Urteil implizierte Akzeptanz von Patienten als Geschädigte eines Patentstreits ausmachen. Die Frage, ob das ddi-Patent trotz seiner Verfahrensmängel rechtmäßig war, wurde nicht entschieden, und die grundsätzliche Frage, ob Patente auf unverzichtbare Medikamente zulässig sind, stand nie zur Debatte. Wie wenig juristische Fragen grundsätzlich geklärt wurden, zeigen die erneuten Offensiven von Pharmaunternehmen, Patente auf verschiedene unverzichtbare ARV-Medikamente in Thailand durchzusetzen. Erst kürzlich versuchte die Firma *Glaxo Smith Klein* das Medikament *Combivir* patentieren zu lassen, um damit die Produktion der GPO zu unterbinden, die die gleiche Wirkstoffkombination unter dem Namen *GPO-vir Z* zu einem Bruchteil des Preises anbietet. Wieder wurde ein Aufgebot von HIV-Aktivisten, Rechtsanwälten und NGOs nötig, um diese drohende Gefahr für den Zugang zu ARV-Therapie abzuwenden. So stellt sich bei jedem Medikament erneut das Problem der Patentierung, was besonders bei der ARV-Therapie problematisch ist, da der Erfolg auf einer Kombination mehrerer Wirkstoffe und gelegentlicher Substitution einzelner Komponenten beruht, und die zweite und dritte Generation von

Wirkstoffen wegen ihres jüngeren Datums der Patentierung z.T. in unerreichbar weite Ferne rückt.

So gering der juristische Erfolg auch war, der politische Erfolg der Lobbyarbeit der im Netzwerk involvierten Gruppen des Rechtsstreits selbst war immens. Nicht nur trug der thailändische Patentstreit zum Umschwung in der weltweiten Wahrnehmung von Patentregimen und deren Einfluss auf medizinische Versorgung bei, auch in Thailand zeitigte er ganz konkrete Folgen und bewirkte, dass im Jahre 2001 das Gesundheitsministerium ein Programm zur flächendeckenden ARV-Behandlung auf der Basis generischer Medikamente umzusetzen begann. Der Preis für eine Kombinationstherapie verringerte sich um das 27-Fache, und ab dem Jahr 2003 wurde die Kombinationstherapie in die Leistungen des 30-Baht-Gesundheitsprogramms aufgenommen und dadurch im Prinzip allen Bewohnern Thailands zugänglich gemacht (zu einer Bestandsaufnahme der Zugänglichkeit vgl. Niyada u.a. 2006).

Im November 2006 zeigte sich zeitversetzt ein weiterer politischer Effekt: Zum ersten Mal in der Geschichte der thailändischen Patentgesetzgebung erteilte das Gesundheitsministerium der GPO eine Zwangslizenz zur Herstellung von Efavirenz, einem ARV-Medikament der zweiten Generation, das seit 2005 knapp und teuer geworden war (Arthit 2006).

Politisierung von TNP+ durch die Einbindung in ein Netzwerk

Wenn der Erfolg der Arbeit des Netzwerks hauptsächlich auf der politischen Ebene lag, lässt sich dann damit die Politisierung der HIV-Patientengruppen aus der Mitarbeit im Netzwerk und dem Engagement im Gerichtsprozess erklären? Bis zu einem gewissen Grad ist das möglich. Zur Diskussion dieser Frage stelle ich einige der Akteure skizzenartig vor.

- *Government Pharmaceutical Organisation (GPO, Staatsunternehmen)*: Die staatliche Pharmaorganisation GPO geht zurück auf eine im Jahre 1937 gegründete Abteilung des thailändischen Gesundheitsministeriums und wurde im Jahre 1966 als Staatsunternehmen selbstständig. Sie hat den Auftrag, die Versorgung des thailändischen Gesundheitswesens mit bezahlbaren Medikamenten zu gewährleisten (Government Pharmaceutical Organisation, undatiert). Im Zuge der groß angelegten Privatisierungsmaßnahmen plante die Regierung Thaksin seit Frühjahr 2004 einen Börsengang. Da jedoch der als Vorreiter geplante Börsengang des staatlichen Energieunternehmens wegen des Widerstands der Gewerkschaften und einer Gerichtsentscheidung verschoben werden musste, wurden die Privatisierungspläne der GPO zunächst nicht weiter verfolgt (Anon. 2004, Wichit 2005).

- *Ärzte ohne Grenzen (Médecins sans frontières MSF)*, humanitäre NGO mit internationaler stark integrierter Organisationsstruktur): Ärzte ohne Grenzen ist eine Nichtregierungsorganisation, die sich zur Hauptaufgabe gemacht hat, medizinische Nothilfe für die Zivilbevölkerung in Kriegsgebieten und von Naturkatastrophen betroffenen Gebieten zu leisten. Sie wurde im Jahre 1971 von französischen Medizinern gegründet, gliedert sich in 19 Ländersektionen und unterhält operationale Niederlassungen in einer Vielzahl von Ländern. In Thailand ist MSF seit 1982 aktiv und seit 1994 stellt die Hilfe für HIV-Patienten die Hauptaufgabe der belgischen Sektion von MSF in Thailand dar (Médecins sans frontières 2005).
- *Foundation for Consumers* (international vernetzte Nichtregierungsorganisation): Die *Foundation for Consumers* wurde 1995 gegründet und ging aus dem seit 1982 bestehenden *Coordinating Committee for Primary Health Care of Thai NGOs* (CCPN) hervor. Zwar zählen Aktionen zur Verbesserung des Gesundheitssystems bis heute zum Arbeitsbereich dieser Nichtregierungsorganisation, das heutige Arbeitsprogramm umfasst jedoch allgemein die Durchsetzung von Konsumenteninteressen verschiedener Bereiche. Die thailändische Konsumentenstiftung ist mit anderen Verbraucherschutzverbänden international vernetzt (Foundation for Consumers, undatiert).
- *Thai Law Society* (gesetzliche Standesvertretung): Die *Law Society* ist die Berufsvereinigung der thailändischen Rechtsanwälte und wurde vom thailändischen Gesetzgeber 1985 ins Leben gerufen. Die Mitgliedschaft für Rechtsanwälte ist verpflichtend und Voraussetzung für den Erhalt einer Anwaltslizenz. Neben der Lizenzvergabe ist die Aus- und Fortbildung von Rechtsanwälten eine Aufgabe der *Law Society* (Saphaa Thanaai Khwaam, undatiert).
- *Drug Study Group* (akademische Forschergruppe): Die *Drug Study Group* der Abteilung für Social Pharmacy an der Chulalongkorn-Universität in Bangkok ist eine interdisziplinär arbeitende Forschergruppe von Pharmakologinnen, fast ausschließlich Frauen, die sich zur Aufgabe gemacht hat, den Zugang zu Medikamenten, den rationalen Gebrauch von Medikamenten und andere soziale und politische Fragen zu untersuchen. Über die Mitgliedschaft im internationalen Netzwerk *Health Action International* pflegt die *Drug Study Group* weltweit Kontakte (Social Pharmacy Research Unit, undatiert).
- *Health Action International* (HAI, Internationales Netzwerk von Aktivisten im Gesundheitsbereich): *Health Action International* wurde im Jahre 1982 in Genf gegründet und arbeitet für rationalen Medikamenteneinsatz, qualitativ hochwertige und erreichbare medizinische Versorgung und erschwinglichen Zugang zu sicheren und effektiven essentiellen Medikamenten. Vier Regionalbüros unterstützen ein weltweites Netz aus Medizinern, Pharmazeuten und

- NGOs, zu dem auch die deutsche BUKO-Pharma-Kampagne zählt (Health Action International Asia-Pacific, undatiert).
- *Consumer Project on Technology* (CPTech, Think Tank/NGO aus dem liberalen Spektrum): Unter anderem finanziert durch Geldgeber wie *Rockefeller Foundation*, *Ford Foundation* und *Open Society Institute* arbeitet dieser Think-Tank zu Fragen der Wissensproduktion und dem Zugang zu Wissen. Neben der Arbeit im Bereich medizinischen und pharmazeutischen Wissens engagiert sich CPTech mit dem Projekt *Access to Knowledge* auch im Bereich *Open-Source-Software-Entwicklung* (Consumer Project on Technology, undatiert). In der Auseinandersetzung um das ddI-Patent unterstützte CPTech das Netzwerk durch umfangreiche Dokumentensammlungen, Studien und Pressemeldungen sowie durch den Informationsaustausch über die von CPTech betriebene Email-Liste IP-health.
 - *Act Up* (AIDS-Aktivistengruppe aus dem autonomen Spektrum): *Act Up* (AIDS Coalition To Unleash Power) wurde im Jahre 1987 in New York in Abgrenzung zu der humanitär und vermeintlich zu unpolitisch arbeitenden Gruppe *Gay Men's Health Crisis* gegründet und macht seitdem durch provokante Aktionen auf politische und soziale Probleme im Zusammenhang mit HIV aufmerksam. Unter anderem ist *Act Up* durch Aktionen gegen das Kondomverbot der katholischen Kirche oder die als zu bürokratisch kritisierte Zulassungspolitik für neue Medikamente der amerikanischen *Food and Drug Administration* hervorgetreten. Mit seinen provokanten öffentlichkeitswirksamen Aktionen spielten die *Act-Up*-Gruppen in New York, Paris und anderen Städten im Kampf um Zugang zu bezahlbaren Medikamenten eine wichtige Rolle (Act Up New York 2003).

Politisierung im wissensbasierten Netzwerk

Als wichtigen, vielleicht sogar als entscheidenden Effekt der gemeinsamen Arbeit im Netzwerk nennen Mitglieder von TNP+ und den anderen beteiligten HIV-Patientenorganisationen den Wissenszuwachs. Charakteristischerweise bezeichnen die Vertreterinnen und Vertreter von TNP+ heute die Weitergabe von Information als eine ihrer Hauptaufgaben: Juristisches Wissen um Patente, pharmazeutisches Wissen um die Funktionsweise von Medikamenten, medizinisches Wissen um den Verlauf von HIV-Infektionen und deren Behandlungsmöglichkeiten (Interview mit Wirat, TNP+, Bangkok 2006).

„Wenn ich an die Zeit vor 1997 zurückdenke, dann hatten die AIDS-NGOs und HIV-Patienten wenig Informationen zu HIV und keinen Zugang zu antiretroviralen Medikamenten, weil diese zu teuer waren und das Gesundheitssystem nicht adäquat entwickelt war. Sie konzentrierten sich darauf, sich ihren Lebensunterhalt zu

verdienen und sich selbst zu behandeln, und daher starben viele früher als es nötig gewesen wäre“ (Weeraboon 2004: 25).

„Vor dieser Zeit beschäftigten sich NGOs mit Kampagnen und Training, aber wegen dieser Angelegenheit musste ich mich mit antiretroviralen Medikamenten, Patenten, dem TRIPS und der WTO vertraut machen“ (Sangsiri Treemanka, Koordinator der *AIDS Access Foundation*, zitiert in Weeraboon 2004: 46).

„Ein großer Teil unserer Arbeit lag darin, Wissen zu vermitteln. Zum Beispiel haben wir wieder und wieder erklären müssen, was der Unterschied ist zwischen ‘Copy Right’ und Patent ist“ (Interview mit Paul Cawford, *Ärzte ohne Grenzen*, Bangkok 2005).

Wenn man die Zusammensetzung und den Charakter der am Netzwerk beteiligten Gruppierungen in Betracht zieht, lässt sich die Politisierung von TNP+ jedoch nicht als bloßer Effekt einer Übertragung von Wissen erklären, in dem Sinn, dass sich die HIV-Positiven das politische Engagement, eine bestimmte Organisationskultur oder Arbeitsstrategie von anderen Gruppen abgeschaut hätten. Dazu waren die beteiligten Gruppen zum einen zu divers was ihre Größe, Geschichte, Organisationsstruktur und internationale Ausdehnung angeht. Wir finden die wenige Wissenschaftlerinnen umfassende *Drug Study Group* als informelle Forschergruppe mit weltweiten, verschiedentlich intensiven Kontakten über das Netzwerk *Health Action International* neben der zahlenmäßig großen, organisatorisch stark integrierten internationalen NGO *Ärzte ohne Grenzen*. Ebenso variieren die beteiligten Gruppen maximal in ihrem Status auf dem Kontinuum zwischen staatlicher Institution und Gruppierung des autonomen Spektrums: Die gesetzliche Standesvertretung der thailändischen Rechtsanwälte und die Forschungsabteilung des staatlichen Generikaproduzenten fanden sich in einem Projekt wieder, für das Gruppierungen des autonomen Spektrums wie *Act Up* in New York und Paris mit ihren Aktionen auf die Straße gingen.

Zum anderen unterschieden sich die Gruppen auch in ihrer politischen Orientierung erheblich: Obwohl der Kampf gegen Patente als Thema der globalisierungskritischen Bewegung mit einem linken Spektrum in Verbindung gebracht wird, gehörte keine der an zentraler Stelle beteiligten Gruppen zur klassischen linken Szene des Landes, in dem sie auftrat, und die Beweggründe für den Kampf gegen Patente sowie die Lösungsansätze unterscheiden sich bei genauer Betrachtung der Publikationen enorm. Die *Ärzte ohne Grenzen* kommen aus einer humanitären Tradition, stellen heraus, dass sie parteiunabhängig sind und weisen in ihren Analysen darauf hin, dass nur eine verstärkte wirtschaftliche Konkurrenz zwischen Pharmaproduzenten zu niedrigen Preisen führen wird (Médecins sans frontières u.a. 2003). CPTech sieht von einem liberalen Standpunkt aus in Patenten und der dadurch hergestellten Monopolbildung eine Verzerrung im freien Zugang zu Informationen

(Love 2006), *Act Up* erkennt in der schlechten Zugänglichkeit zu ARV-Medikamenten ein Element der spezifischen Diskriminierung von Schwulen (und anderen Minderheiten, vgl. *Act Up* 1997). Analysen, die den mangelnden Zugang als Problem eines kapitalistischen Wirtschaftssystems darstellen, finden sich jedoch nicht an zentraler und einflussreicher Stelle des Netzwerks. Das heißt, TNP+ hat die Positionen, die die Organisation heute als Teil des *FTA-Watch*-Bündnisses und in ihrer Positionierung gegen Thaksin einnimmt, nicht einfach von einer der anderen Gruppierungen übernommen, so dass der Prozess der Politisierung als einfacher Übertragungseffekt von einer Gruppe auf die andere gesehen werden könnte. Vielmehr war die Politisierung bis zu einem gewissen Grad eine gemeinsame Entwicklung, die bei verschiedenen Gruppen des Netzwerks festzustellen ist: *Ärzte ohne Grenzen* entwickelte sich von einer humanitär arbeitenden Nothilfeorganisation zu einem ausgesprochenen WTO-Kritiker und trat bei den WTO-Ministerkonferenzen in Doha 2001 und Cancún 2003 mit einer Reihe engagierter Stellungnahmen an die Öffentlichkeit (*Médecins sans frontières* 2003, *Médecins sans frontières* 2006). Die Pharmazeutinnen der *Drug Study Group* zählen heute neben den HIV-Aktivistinnen und Aktivisten zu den Wortführern des Bündnisses gegen den Freihandelsvertrag (Sorachai 2005, Kannika 2005) und die *Foundation for Consumers* hat sich in der Bewegung gegen Thaksin profiliert. Die ehemalige Direktorin der staatlichen Pharmaorganisation GPO hat eine Reihe von Projekten in afrikanischen Ländern initiiert und leistet dort konkrete Aufbauhilfe für eine eigene Generikaindustrie (Clayton 2004).

Trotz dieser allgemeinen Politisierung der am Netzwerk beteiligten Gruppen scheint mir die Entwicklung der TNP+-Gruppen noch nicht erschöpfend erklärt. Ihre heutigen Bündnisse mit den organisierten Kleinbauern, die Verallgemeinerung ihrer Kritik und die Radikalität ihrer Proteste gehen einen Schritt über das Engagement von *Ärzte ohne Grenzen*, der *Drug Study Group* oder der staatlichen Pharmaorganisation hinaus. Im folgenden Abschnitt werde ich argumentieren, dass die Entwicklung der HIV-Positiven zum politischen Akteur nicht allein über die Zusammenarbeit oder die Wissensvermittlung des Netzwerks stattfand, sondern dass daneben andere Erfahrungen relevant waren, nämlich die Erfahrung von Selbstorganisation und Aneignung.

Selbstorganisation, Aneignung, Verallgemeinerung

Zur Zeit sind 932 Gruppen von HIV-Patienten mit jeweils 70-80 Mitgliedern unter dem Dach von TNP+ organisiert. TNP+ unterhält sieben Regionalbüros verteilt in ganz Thailand und ein zentrales Büro in Bangkok. Die Gruppen, die sich später unter dem Dach der TNP+ organisierten, begannen als selbstorganisierte Gruppen von Patienten in den Krankenhäusern, in denen seit Mitte der 1990er Jahre HIV-

und AIDS-Patienten behandelt wurden. Einige dieser Gruppen entstanden durch die Inspiration und mit der Hilfe von NGOs, andere Gruppen entstanden völlig ohne organisatorische Hilfestellung in den Warteräumen der Hospitäler, in denen HIV-Patienten aufeinandertrafen. Eine wichtige Rolle spielte dabei die äußerst prekäre Situation vieler HIV-Patienten, die hier aufeinandertrafen.

„Es ist wichtig zu erwähnen, dass nur die Patienten, die an klinischen Studien teilnahmen, die Chance bekamen, mit ARV-Medikamenten behandelt zu werden. Die meisten dieser Studien hatten jedoch keine Antwort darauf, wie die Patienten mit ihrer Situation nach Ablauf der Programme umgehen sollten, oder was in Fällen zu tun ist, wenn ein Medikament eine unerwünschte Nebenwirkung bei einem Patienten zeigte“ (Weeraboon 2004: 29-30).

Als Teilnehmer von medizinischen Versuchsprogrammen oder als Nutznießerinnen von Programmen zur Prävention von Mutter-zu-Kind-Übertragungen kamen viele von ihnen über einen kurzen Zeitraum in den Genuss von ARV-Medikamenten, wurden jedoch nach Ablauf des jeweiligen Programms ohne Nachbehandlung oder adäquate medizinische Betreuung fortgeschickt. Für den Krankheitsverlauf bedeutet das in vielen Fällen eine spürbare Verbesserung des Gesundheitszustands für die Zeit der ARV-Behandlung und eine rapide Verschlimmerung des Zustands nach Absetzen der Medikamente. Zugespitzt formuliert kam es zu der Situation, dass HIV-PatientInnen, nachdem ein Pilotprojekt ausgelaufen war, ohne weitere Behandlung nach Hause geschickt wurden, obwohl eine Behandlung prinzipiell möglich und medizinisch in jedem Fall geboten gewesen wäre. Genau zu diesem Zeitpunkt fällt die Weltbank nach dem Auslaufen eines Pilotprojekts die ökonomisch begründete Entscheidung jenseits aller politischen Moral von Menschenrechten, dass der Nutzen der ARV-Behandlung in keinem Verhältnis zu den Kosten stünde.

Selbstorganisation

In dieser Situation griffen die HIV-Patienten zur Selbsthilfe und organisierten ihre medizinische Behandlung auf eigene Faust. Wirat Purahong (Interview, Bangkok 2006) bezeichnet die Gründung der TNP+-Gruppen als einen „Akt der Selbstermächtigung“. Wenn früher die Behandlung von Patienten allein den Ärzten und Krankenschwestern und -pflegern vorbehalten war, die über den Einsatz, die Dosis und die Dauer von ARV-Medikamenten entschieden, traten die organisierten Patienten nun an zu beweisen, dass sie in Kooperation mit den Kliniken die Behandlung verbessern können, eine niedrigere Rate von Krankenhauseinweisungen erreichen, eine kontinuierliche Einnahme der Medikamente organisieren und so die Gefahr von Resistenzbildungen durch Therapieunterbrechungen zurückdrängen können.

Die Gruppen verlangten von den Ärzten und Pflegeern, als mündige Patienten mit in die Planung der Behandlung einbezogen zu werden, was einigen Ärzten einen schwer zu bewerkstellenden Mentalitätswechsel abverlangte. Durch die Kooperation bei der Planung und Durchführung der Behandlung konnten die Unzulänglichkeiten des thailändischen Gesundheitssystems als Hürde auf dem Weg zu einer ARV-Therapie überwunden werden, wie sie von internationalen Institutionen oft als Hinderungsgrund für die Etablierung des Behandlungsprinzips in Entwicklungsländern vorgebracht wurde. Damit war jedoch das zweite große Problem, der Preis der ARV-Medikamente, noch nicht gelöst.

Aneignung

Um die Versorgung mit den Medikamenten zu gewährleisten, griffen die Gruppen von TNP+ abermals zur Selbsthilfe und etablierten ein Netz aus sog. *Buyers' Clubs* (Niprapa u.a., 2005, TNP+, undatiert), die über die Vermittlung von *Ärzte ohne Grenzen* schnell über Thailand hinaus Schule machten und heute in verschiedenen Ländern mit ähnlicher Problematik erfolgreich eingesetzt werden. Ein *Buyers' Club* ist zunächst nur eine Struktur, in der die Beschaffung und Ausgabe von ARV-Medikamenten von den Patienten selbst in Kooperation mit den bestehenden Strukturen des öffentlichen Gesundheitssystems organisiert wird.

Der erste *Buyers' Club* entstand in einem Krankenhaus in Rayong, in dem eine Pflegekraft von *Ärzte ohne Grenzen* aufgrund des unhaltbaren Zustands der Medikamentenversorgung anregte, an den Strukturen der öffentlichen Medikamentenbeschaffung vorbei die Medikamente von der Patientengruppe und *Ärzte ohne Grenzen* besorgen und verwalten zu lassen. Nach anfänglichem Zögern und juristischen Bedenken wurde der Gruppe von TNP+ ein gesonderter Raum für die Lagerung der Medikamente zur Verfügung gestellt. Durch dieses Konstrukt wurde die Selbstorganisation der Behandlung auf die Beschaffung der Medikamente ausgedehnt und legte den Grundstein für eine weitergehende Aneignungspraxis – dem systematischen Import von generischen Medikamenten. Als die ersten *Buyers' Clubs* zu arbeiten begannen, waren die meisten ARV-Medikamente nur als Markenprodukte erhältlich, und in dieser Notsituation reisten Vertreter der *Buyers' Clubs* privat nach Indien, um generische Produkte nach Thailand einzuführen. Dieser Akt war ein offener Bruch von internationalen Patentbestimmungen, wie er auch in Südafrika praktiziert wurde und dort durch die Einbeziehung der Medien als öffentlichkeitswirksame politische Aktion inszeniert wurde (Boseley 2002). In Thailand verfolgte man diese Praxis mit weniger öffentlicher Aufmerksamkeit.

Auf ihrem Höhepunkt sicherten 21 Zweige der *Buyers' Clubs* landesweit die Medikamentenversorgung von über 1.000 Patienten, von denen viele anderen-

falls ohne Behandlung geblieben und verstorben wären (Niprapa u.a. 2005: 10). Durch die Ausweitung der ARV-Programme der staatlichen Einrichtungen, haben mittlerweile viele der *Buyers' Clubs* die Medikamentenbeschaffung wieder abgegeben. Die Patientengruppen, die in diesem System aktiv waren, spielen jedoch was die Unterstützung der ärztlichen Behandlung angeht bis heute eine Schlüsselrolle in den staatlichen ARV-Programmen.

Ganz offensichtlich war die Selbstorganisation der Patienten und ihre Praxis der Aneignung von Medikamenten eine Schlüsselerfahrung, die den Ausgangspunkt für das heutige politische Engagement gelegt hat. Wenn Patente ein Mittel zur Inwertsetzung von Wissen sind und eine zentrale Rolle in der Wissensökonomie spielen (Gorz 2004), kann die Durchsetzung des Patents auf Medikamente wie Stavudin (d4T) durch BMS im Jahre 1998 oder der Patentantrag von *Glaxo Smith Klein* im Jahre 2005 auf die Wirkstoffkombination Combivir als Enteignung gewertet werden (Zeller 2006). Im Verlauf der Jahre 2002 und 2003 erfuhren die HIV-Patienten diese Enteignung als einen Entzug ihrer Lebensgrundlage: Während vor Gericht um das Patent gestritten wurde, verstarben drei der dreizehn HIV-Patienten, die sich als Zeugen zur Verfügung gestellt hatten (Weeraboon 2004: 59). Diese Erfahrung der Enteignung wurde noch verstärkt, als nach dem ersten Urteil das Patentamt bei seinem Antrag auf Revision eine Verschiebung der Urteilsvollstreckung beantragte und diesen Antrag damit begründete, dass durch einen Aufschub niemand geschädigt werde. Für die HIV-Positiven, die täglich auf den Beginn der Produktion generischer ARV-Medikamente warteten, war das ein nicht zu begreifender Akt der Menschenverachtung (Mukdawan 2003, Weeraboon 2004).

Wenn die Durchsetzung von Patenten als Akt der Enteignung im Bereich der Wissensökonomie erfahren wurde, dann war die Einfuhr von generischen Varianten aus Indien ein Akt der Wiederaneignung. Zugespitzt formuliert könnte man die Lesart vertreten, dass nicht das technische Verständnis der Patentbestimmungen zur Politisierung der Patienten geführt hat, sondern die Erfahrung, diese als ungerecht und lebensbedrohend erlebten Bestimmungen zu brechen und so das eigene Überleben zu sichern.

Diese Praxis der Selbstorganisation, der Selbstermächtigung und der Wiederaneignung bildet die Brücke zu anderen marginalisierten Bevölkerungsgruppen wie z.B. den Kleinbauern im Süden, Norden und Nordosten des Landes, die in ihrem Kampf um den Erhalt oder Wiedererlangung ihrer Lebensgrundlage ebenfalls Strategien der Wiederaneignung entwickelt haben: Die Besetzung von Plantagen und von Wäldern zum privaten Nutzen oder als Allmendewald (*Community Forestry*) sind Wiederaneignungsstrategien, die seit Jahren praktiziert werden, die jedoch abgesehen von wenigen spektakulären Fällen kaum die Aufmerksamkeit der Presse auf sich ziehen (Pye 2005, Pye & Schaffar, erscheint, Anon. 2003,

Anon. 2005). Diese Erfahrungen bilden den Hintergrund der Aktivistinnen und Aktivisten, die im Januar 2006 gegen die Verhandlungen eines Freihandelsvertrags zwischen Thailand und den USA in Chiangmai auf die Straße gingen.

Wiederaneignung versus paternalistische Sozialprogramme

Für Thaksins Wirtschaftspolitik spielte der Abschluss von Freihandelsverträgen eine entscheidende Rolle. Den kleinen Unternehmen, deren Gründung er durch seine ländlichen Entwicklungsprogramme anregte, sollten durch die Verträge Absatzmärkte für ihre spezialisierten Produkte erschlossen werden. Konkurrenzfähige und strategisch gut platzierte große Unternehmen, zu denen sein eigenes Telekommunikationsimperium, der Nahrungsmittelkonzern CP oder die auf ausländische Patienten spezialisierten privaten Krankenhäuser gehörten, sollten eine exklusive Chance erhalten, ihre Produkte und Dienstleistungen zu verkaufen und so zum Motor für ein Wirtschaftswachstum zu werden, durch das seine Sozialprogramme finanziert werden konnten. Dass eine solche Umstrukturierung in der Art einer strategischen Konzernentscheidung geplant und durchgesetzt werden müsse, entsprach seiner Regierungsphilosophie, ein Land als Unternehmen und einen Ministerpräsidenten als einen Aufsichtsratsvorsitzenden (CEO) zu begreifen. Dass es bei dieser Politik Gewinner und Verlierer geben würde, hat Thaksin ebenfalls nie geleugnet, sondern als Nebenwirkung seiner wirtschaftlichen Umstrukturierung in Kauf genommen.

Für HIV-Aktivistinnen und Aktivisten und Kleinbauern ging es bei den Verhandlungen über das Freihandelsabkommen mit den USA jedoch nicht um Einkommensverluste oder um einen erhöhten Druck, sich in einer globalisierten Wirtschaft „neu orientieren“ zu müssen (anders, als von Jeerawat 2006 und ähnlichen Kommentaren oft dargestellt). Es ging um das nackte Überleben, das beide Gruppen jedoch in ihrer früheren politischen Arbeit zu verteidigen gelernt hatten. Bei den HIV-Positiven paarte sich ein detailliertes juristisches und pharmazeutisches Wissen um den Zusammenhang zwischen Patentbestimmungen und der Generikaproduktion mit der Erfahrung und Bereitschaft, sich zu organisieren, sich die eigene Lebensgrundlage anzueignen und sie zu verteidigen. Es war diese Kombination, die sie gegen Thaksins paternalistische Kooptierungsangebote und autoritäre Einschüchterungsversuche immunisierte. So gelang es ihnen, durch ihre militanten und erfolgreichen Proteste gegen den Freihandelsvertrag den Widerspruch in Thaksins Politik offenzulegen und einen Stein ins Rollen zu bringen, durch den eine breite Bewegung gegen Thaksin ausgelöst wurde.

Anmerkung

- 1 Die verschiedenen bei der Kombinationstherapie eingesetzten Wirkstoffe werden nach ihrer Entstehungsgeschichte in Generationen unterteilt. Die anti-retrovirale Wirkung des ursprünglich als Krebsmedikament entwickelten Wirkstoffs Zidovudin (AZT) ist seit langem bekannt. Daneben zählen weitere fünf Wirkstoffe mit ähnlichem Wirkungsmechanismus zur ersten Generation der Medikamente (Schaaber 2005: 89ff). Die Entdeckung eines weiteren Wirkungsmechanismus, der die Reproduktion des Virus an einer anderen Stelle seines Reproduktionszyklus hemmt, führte zur Entwicklung der zweiten Generation von Medikamenten. Der Erfolg der Therapie beruht darauf, eine auf dem Virentypus und die körperliche Kondition des Patienten abgestimmte Kombination von verschiedenen Medikamenten zu verabreichen. Da das Virus im Laufe der Behandlung gegen einzelne Wirkstoffe resistent wird und sich dann wieder ungehemmt vermehren kann, ist eine ständige Kontrolle der Virenlast und gegebenenfalls die Substitution einzelner Wirkstoffe des Medikamente-Cocktails nötig, um einen dauerhaften Behandlungserfolg zu erreichen.

Literatur

- Act Up New York (2003): *The ACT UP Working Document 2003*. (<http://www.actupny.org/documents/workdoc.html>, letzter Zugriff am 5. 12. 2006)
- Act Up New York (1997): „This Is about People Dying: The Tactics of Early ACT UP and Lesbian Avengers in New York City“ Interview mit Maxine Wolfe. In: Ingram, Gordon Brent; Bouthillette, Anne-Marie; Retter, Yolanda (Hg.): *Queers in Space: Communities, Public Places, Sites of Resistance*. Seattle: Bay Press. (<http://www.actupny.org/documents/earlytactics.html>, letzter Zugriff am 5. 12. 2006)
- Anon. (2003): „Poor get Seized Land“. In *The Nation*, 22. 12. 2003.
- Anon. (2004): „Privatisation Plan: GPO union says cheap drugs at risk“. In: *The Nation*, 18. 3. 2004.
- Anon. (2005): „Land Reforms: 190,000 farmers to get plots“. In: *The Nation*, 27. 2. 2005.
- Arthit Khwankhom (2006): „Thailand to break HIV drug patent. AIDS groups praise ‘brave’ decision to make a cheap version of Efavirenz“. In: *The Nation*, 30. 11. 2006.
- Beyrer, Chris (1998): *War in the blood. Sex, politics and AIDS in Southeast Asia*. London/New York.
- Borell, Joan-Ramon; Watal, Jayashree (2002): *Impact of Patents on Access to HIV/AIDS Drugs in Developing Countries* (CID Working Paper, Nr. 92), Cambridge, MA.
- Boseley, Sarah (2002): „AIDS Drugs Bring Hope to South Africa. AIDS Activists Bring Gift of Life to South Africa“. In: *The Guardian*, 30. 1. 2002.
- Bouma, Joop; Brandt, Eveline (2005): „Farma-industrie krijgt patiëntenclubs in greep“. In: *Trouw, de Verdieping*, 5. 2. 2005.
- Cha-aim Pachanee; Suwit Wibulpolprasert (2006): „Incoherent policies on universal coverage of health insurance and promotion of international trade in health services in Thailand“. In: *Health Policy and Planning*, Jg. 21, Nr. 4, S. 310-319.
- Chanida Chanyapate Bamford; Bamford, Alec (Hg.) (2005): *Free Trade Agreements: Impact in Thailand*. Bangkok.
- Chularat Saengpassa (2006): „Life is Positive for the Positive. HIV-infected people tell how they have survived and prospered despite affliction“. In: *The Nation*, 1. 12. 2006.
- Clayton, Julie, (2004): „Out of Thailand, into Africa“. In: *Nature*, Nr. 430, S. 136-137.
- Consumer Project on Technology (undatiert): *Consumers Project on Technology*. Washington. (<http://www.cptech.org/>, letzter Zugriff am 5. 12. 2006).

- Ford, Nathan; Wilson, David; Onanong Bunjumong; von Schoen Angerer, Tido (2004): „The role of civil society in protecting public health over commercial interests: lessons from Thailand“. In: *The Lancet*, Nr. 363, S. 560-563.
- Foundation for Consumers (undatiert): *Foundation for Consumers*. Bangkok. (<http://www.consumerthai.org/about2.html>, letzter Zugriff am 5. 12. 2006).
- Gibbs, Terry (2006): „Business as unusual: What the Chávez era tells us about democracy under globalisation“. In: *Third World Quarterly*, Jg. 27, Nr. 2, S. 265-279.
- Gorz, André (2004): *Wissen, Wert und Kapital. Zur Kritik der Wissensökonomie*. Zürich.
- Government Pharmaceutical Organisation (GPO) (undatiert): *The Government Pharmaceutical Organisation. History*. (<http://inter.gpo.or.th/>, letzter Zugriff am 8. 9. 2006).
- Hagelüken, Alexander (2005): „So weit die Wut sie trägt – Mit ihrem gewalttätigen Protest machen sich Südkoreas Bauern auf dem Welthandels Gipfel in Hongkong sogar unter WTO-Gegnern unbeliebt“. In: *Süddeutsche Zeitung*, 19. 12. 2005, S. 3.
- Health Action International Asia-Pacific (undatiert): *About HAI AP*. Colombo, Sri Lanka. (<http://www.haiap.org/>, letzter Zugriff am 5. 12. 2006).
- Hong Kong People's Alliance on WTO (2006): *Human Rights Violations during the Policing, Arrests, and Detentions during the WTO Protests in Hong Kong, December 2005* (Submission to the 86th Session of the U.N. Human Rights Committee: Consideration of the Second Report of the Hong Kong Special Administrative Region of the People's Republic of China in light of the International Covenant on Civil and Political Rights, Prepared by: Hong Kong People's Alliance on WTO Asian Human Rights Commission, 15. 3. 2006), http://www.ahrchk.net/pdf/HKPA_AHRC-UNReport2006.pdf (letzter Zugriff am 25. 4. 2006).
- House of Commons, Health Committee (2005): *The Influence of the Pharmaceutical Industry* (Fourth Report of Session 2004-05, HC 42-I & II). London.
- Jeerawat Na Thalang (2006): „Chiang Mai Protesters' Fears are not Likely to Become Reality“. In: *The Nation*, 10. 1. 2006.
- Jones, Peris S. (2004): „When 'Development' Devastates: Donor Discourses, Access to HIV/AIDS Treatment in Africa and Rethinking the Landscape of Development“ *Third World Quarterly*, Jg. 25, Nr. 2, S. 385-404.
- Kannika Kijtiwatchakul (Hg.) (2005): *Khoon toklong kheetkaan khaa seerii thai – saharat ameerikaa. Phon krathop thii mii too prathet thai. Sovereignty not for sale Lem thii 2* (Das Freihandelsabkommen Thailand-USA. Auswirkungen auf Thailand, Souveränität nicht zu verkaufen, Bd. 2). Bangkok.
- Kohlmorgen, Lars (2004): „UNAIDS und Global Health Governance – Elemente eines globalen Integrationsmodus?“ In: *PERIPHERIE*, Nr. 93/94, S. 139-165.
- Love, James (2006): *Measures to Enhance Access to Medical Technologies, and New Methods of Stimulating Medical R&D*. Studie für das WIPO Open Forum on the draft Substantive Patent Law Treaty (SPLT), Genf, 1.-3. 3. 2006.
- Marseille, Elliot; Hofmann, Paul B.; Kahn, James G. (2002) „HIV Prevention Before HAART in Sub-Saharan Africa“. In: *The Lancet*, Bd. 359, 25. 5. 2002, S. 1851-1856.
- Médecins sans frontières, World Health Organisation, UNAIDS (2003): *Surmounting Challenges: Procurement of Antiretroviral Medicines in Low- and Middle-Income Countries. The Experience of Médecins Sans Frontières*. Genf.
- Médecins sans frontières (2003): *Doha Derailed: A Progress Report on TRIPS and Access to Medicines*. Médecins Sans Frontières Briefing for the 5th WTO Ministerial Conference, Genf. (<http://www.accessmed-msf.org/documents/cancunbriefing.pdf>, letzter Zugriff am 5. 12. 2006).
- Médecins sans frontières (2005): *Thailand: Assisting marginalized groups*. Genf (<http://www.msf.org/msfinternational/countries/asia/thailand/index.cfm>, letzter Zugriff am 5. 12. 2006).
- Médecins sans frontières (2006): *Access News. Toronto International HIV/AIDS Conference Special*. Genf (<http://www.accessmed-msf.org/documents/AccessNews.pdf>, letzter Zugriff am 5. 12. 2006).

- Mukdawan Sakboon (2003): „AIDS Drugs: Govt body under fire over appeal“. In: *The Nation*, 12. 1. 2003.
- Niprapa Kreudhutha; Boripat Donmon; Kamon Upakaew; Cawthorne, Paul; Onanong Bunjumong; Wilson, David; Ford, Nathan (2005): „Experience of a Community-Based Antiretroviral Buyers' Club in Thailand“. In: *Essential Drugs Monitor*, Bd. 34, S. 10-11.
- Niyada Kiatying-Angsulee; Luechai Sringernyuang; Niphattra Haritavorn (2006): *Beyond the Targets: Assessment of Public and Private ARV Treatment Programs. Thailand Country Working Paper*. Amsterdam/Bangkok.
- Population and Community Development Association (PDA) (undatiert): *The Positive Partnership Project. Micro Credit Loans for People Living with and Affected by HIV/AIDS in Thailand*. (http://www.pda.or.th/eng/posivite_project.htm, letzter Zugriff am 5. 12. 2006).
- Pennapa Hongthong (2006): „FTA Talks: Protesters Storm Trade Negotiations“. In: *The Nation*, 11. 1. 2006.
- Pfizer Foundation Thailand (undatiert): *Community Programs. Activities from Pfizer Foundation of Thailand that Thailand supports*. Bangkok (<http://www.pfizer.co.th/foundation/en/programs.htm>, letzter Zugriff am 5. 12. 2006).
- Piot, Peter; Zewdie, Debrework; Türmen, Tomris; Goemaere, Eric; Ford, Nathan; Marseille, Elliot; Hofmann, Pual B.; Kahn, James G.; Creese, Andrew; Floyed, Katherine; Alban, Anita; Guinness, Loma; Wilson David (2002): „Correspondence. HIV/AIDS Prevention and Treatment“. In: *The Lancet*, Nr. 360, Juli 2002, S. 86-89.
- Pye, Oliver (2005): *Khor Jor Kor – Forest Politics in Thailand*. Bangkok.
- Pye, Oliver (2006): „Weder Empörung noch Freude. Der Putsch in Thailand ist eine Verschlimm-besserung“. In: *iz3w*, Nr. 297 (November/Dezember 2006), S. 10-11.
- Pye, Oliver; Schaffar, Wolfram (erscheint): „Thaksin-Ok Pai!: An Analysis of the 2006 Anti-Thaksin Movement in Thailand“. In: *Journal of Contemporary Asia*.
- Saphaa Thanaai Khwaam, (Law Society of Thailand) (undatiert): *Saphaa Thanaai Khwaam*. Bangkok. (<http://www.lawyerscouncil.or.th/>, letzter Zugriff am 5. 12. 2006).
- Schaaber, Jörg (2005): *Keine Medikamente für die Armen? Hindernisse auf dem Weg zu einer gerechten Arzneimittelversorgung am Beispiel AIDS*. Frankfurt a.M.
- Schaffar, Wolfram; Pye, Oliver (2006): „Thailand nach der Thaksinokratie“, *Blätter für deutsche und internationale Politik*, Nr. 6/2006, S. 667-670.
- von Schoen-Angerer, Tido; Jiraporn Limpananont (2001): „US Pressure on Thailand“. In: *The Lancet*, Nr. 358.
- Social Pharmacy Research Unit (undatiert): *Social Pharmacy Research Unit*. Bangkok (<http://socialresearch.pharm.chula.ac.th/>, letzter Zugriff am 5. 12. 2006).
- Sorachai Jannian Damrongkarn, (Hg.) (2005): *Khoo toklong kheetkaan khaa seerii thai – saharat ameerikaa. Phon krathop thii mii too pratheet thai. Sovereignty not for sale* (Das Freihandelsabkommen Thailand-USA. Auswirkungen auf Thailand. Souveränität nicht zu verkaufen). Bangkok.
- Tarantola, Daniel (2001): „Facing the Reality of AIDS – a 15-year process?“ In: *Bulletin of the World Health Organisation*, Bd. 1002 79, Nr. 12, S. 1095 ([http://www.who.int/bulletin/archives/79\(12\)1095.pdf](http://www.who.int/bulletin/archives/79(12)1095.pdf), letzter Zugriff am 5. 12. 2006).
- TNP+ (undatiert): *Chomrom cat syy yaa*. Bangkok (<http://www.thaiplus.net/page4.html>, letzter Zugriff am 5. 12. 2006).
- UNAIDS (2004): *2004 Report on the Global AIDS epidemic*. Genf (Joint United Nations Program on HIV/AIDS).
- Wagner, Christian (2005): „Europäische PatientInnen von Industrie gekauft? EU PatientInnenverband im Zwielicht“. In: *BUKO-Pharmabrief* (Rundbrief der BUKO Pharma-Kampagne), Nr. 6-7, September 2005, S. 1-2.
- Weeraboon Wisartsakul (2004): *Civil Society Movement to Revoke the Thai Patent on ddl*. Bangkok.

- WHO; UNAIDS (2003): *Treating 3 Million by 2005. Making it Happen*. Genf (<http://www.who.int/3by5/about/en/>, letzter Zugriff am 3. 12. 2006).
- Wichit Chaitrong (2005): „EGAT Ruling: ‘Little impact’ on other share floats“. In: *The Nation*, 16. 11. 2005.
- WTO (2001): *Declaration on the TRIPS Agreement and Public Health*. (adopted on 14 November 2001), WTO Ministerial Conference, Fourth Session, Doha, 9-14 November 2001, WT/MIN(01)DEC/2.
- Zeller, Christian (2006): „Intellektuelle Eigentumsmonopole und die Erzielung von Renten in der globalen Enteignungsökonomie“. In: *PERIPHERIE*, Nr. 101/102, S. 119-146.

Anschrift des Autors:
 Wolfram Schaffar
 wolfram.schaffar@gmx.de



LATEIN AMERIKA
NACHRICHTEN

DIE MONATSZEITSCHRIFT ZU LATEINAMERIKA

Politik
Solidarität
Kultur
Meinung
Gesellschaft



Lateinamerika Nachrichten im Mehringhof
 Gneisenaustr. 2a D - 10961 Berlin
fon +49 [0]30 694 61 00 **mail** LN@ipn.de
www.lateinamerikanachrichten.de