Aktionsbündnis gegen AIDS

HIV/Aids - Ethisch-theologische Fragen und Antwortversuche

Fachkreis Ethik, Theologie und HIV/AIDS
des Aktionsbündnisses gegen AIDS

Tübingen, 2004

Inhalt

Vorwort ... 3
Was bedeutet HIV/Aids für die Kirchen? ... 4
Kann Krankheit eine Frage von individueller Schuld sein? ... 6
Spiegelt HIV/Aids die Schuld einer globalisierten Welt wider? ... 8
Warum prägen Metaphern unser Bild der Krankheit? ... 9
Warum trifft die Pandemie arme Länder überproportional? ... 12
Warum sind Frauen besonders betroffen? ... 14
Wie verändert HIV/Aids den Dialog mit den osteuropäischen Partnern? ... 17
Ist die normative Sexualethik angesichts von HIV/Aids am Ende? ... 19
Welche Maßstäbe setzt die Bergpredigt für die Prävention? ... 21
Verändert HIV/Aids unseren Umgang mit Sterben und Tod? ... 23
Die Sprache (wieder)finden? ... 26
Verzeichnis der Autoren und Autorinnen ... 28

Vorwort

„Wir sollten nicht Jesu Botschaft vom Leben und beispielhafte Praxis vergessen, die in vier Punkten zusammengefasst werden kann: Weine nicht, sterbe nicht, stehe auf und gehe los. So sollte auch die Kirche sein: Handeln, Aktionen, Dinge aufgreifen und nicht nur Situationen mit Worten beschreiben." So der lutherische Bischof Dr. Z. Kameeta aus Namibia auf einer Tagung zum Thema Wirtschaft, Kirchen und HIV/Aids in Johannesburg.

Die vorliegende Broschüre ist dennoch voller Worte: Antwortversuche auf Fragen, die wir in kirchlichen Zusammenhängen implizit oder explizit oft gehört haben, wenn HIV/Aids zur Sprache kam. Sie bietet Basisinformationen, ethisch-theologische Gedankengänge und eher meditative Zugänge, die sich mit HIV/Aids in der kirchlichen Wirklichkeit Deutschlands auseinander setzen. Anregungen wollen wir mit dieser Broschüre anbieten, keine großen, neuen theologischen Entwürfe. Und Impulse setzen, aufzustehen und loszugehen und in Gruppen und Kreisen, in Gesprächen und auf der Kanzel die Botschaft des Lebens, der Liebe und der Versöhnung in Zeiten von HIV/Aids konkret und menschennah zu verkündigen.

Die Artikel stammen aus dem Fachkreis Ethik, Theologie und HIV/ Aids des *Aktionsbündnis gegen AIDS*, der sich aus Theologinnen, Theologen und kirchlich Engagierten beider Konfessionen zusammensetzt. Die vielfältigen Erfahrungen, Interessen und kirchlichen Prägungen der einzelnen Autorinnen und Autoren sind in die unterschiedlichen Texte eingeflossen.

Das Anliegen des Fachkreises ist es auch, über die Grenzen des Aktionsbündnisses hinaus die theologische Diskussion und die kritische Auseinandersetzung mit den Herausforderungen, die für die Kirchen mit der Pandemie verbunden sind, voranzutreiben. Die vorliegenden Texte sollen ein Beitrag dazu sein.

Matthias Börner
Ute Hedrich

für den Fachkreis Ethik, Theologie und HIV/ AIDS
des *Aktionsbündnis gegen AIDS*

Was bedeutet HIV/Aids für die Kirchen?

Wenn ein Teil leidet, so leiden alle Teile mit

In welcher Beziehung stehen die Kirchen zu HIV/Aids? Ist die Pandemie ein Problem, das von außen an sie herangetragen wird? Müssen sie sich aus christlicher Nächstenliebe der Betroffenen annehmen? – Wenn wir bedenken, dass von den über 40 Millionen Menschen, die HIV-infiziert sind, 25 bis 30 Millionen getaufte Christen sind, dann können die Kirchen, können wir Christen uns nicht mehr distanzieren. Können nicht sagen, Aids sei ein Problem von „denen da draußen", der Armen, der Drogensüchtigen und Prostituierten, sondern müssen erkennen: Aids prägt das Angesicht der Kirche.

Als Christen sind wir durch den Geist Christi zu einer Einheit zusammengefügt: *Wenn ein Glied leidet, so leiden alle Glieder mit* (1 Kor 12, 26). Damit ist auch theologisch begründet, dass jede Distanzierung der Christen und der Kirchen vom Thema HIV/Aids und vor allem von den Menschen, die mit HIV/Aids leben, ausgeschlossen ist. Wir Christen – wie auch die Kirchen – „haben" Aids. Deshalb sind wir verpflichtet, im Namen Jesu mit allen zur Verfügung stehenden Mitteln gegen HIV/Aids und für das Leben von Millionen von Menschen zu kämpfen.

Die Kirchen brechen ihr Schweigen

Lange Zeit haben viele Kirchen weltweit zum Thema HIV/Aids geschwiegen oder nicht das gesagt, was hilfreich und befreiend gewesen wäre. Die 1986 gegründete Arbeitsgruppe „Aids-Bekämpfung in Entwicklungsländern" (heute: Arbeitsgruppe Gesundheitsdienste und HIV/Aids) von Misereor und dem Missionsärztlichen Institut in Würzburg war eine Ausnahme. In den vergangenen Jahren jedoch setzte in vielen Kirchen ein Umdenken ein. 1991 wurde zum Beispiel in Rom die *„Caritas Working Group on HIV/AIDS"* gegründet. Der *Ökumenische Rat der Kirchen* (ÖRK) rief im Jahr 1994 eine Arbeitsgruppe zu HIV/Aids ein, die ein Grundsatzdokument erarbeitete mit dem Titel „AIDS und die Kirchen". Im Dezember 2000 wurde die *Ecumenical Advocacy Alliance* (EAA) ins Leben gerufen, der Kirchen und kirchennahe Organisationen aus allen Kontinenten angehören. Eines der Schwerpunktthemen der Allianz für die nächsten Jahre ist HIV/Aids. Der Kampf gegen HIV/Aids soll weltweit ein Hauptanliegen von Kirchen und kirchlichen Hilfswerken werden. Das *Aktionsbündnis gegen AIDS* in Deutschland entstand auf dem Hintergrund dieses globalen ökumenischen Aktionsbündnisses.

In Afrika wie auch auf anderen Kontinenten finden seit 2001 zahlreiche Konsultationen von Kirchenvertreterinnen und -vertretern statt, die HIV/Aids sowie die Rolle der Kirchen in diesem Zusammenhang thematisieren. All dies zeigt: Die Kirchen haben ihr Schweigen zu HIV/Aids gebrochen und stellen sich den Herausforderungen.

Der Einsatz der kirchlichen Ressourcen im Kampf gegen HIV/Aids

Die Kirchen verfügen über einzigartige Möglichkeiten, um einen wesentlichen Beitrag in der Bekämpfung von HIV/Aids zu leisten. Denn sie haben in allen Ländern der Welt Netzwerke und sind in lokalen Strukturen verwurzelt. Wie keine andere Institution haben sie die Chance, Woche für Woche ihre Mitglieder zu erreichen. Und sie sind für die Menschen – vor allem in Afrika, Asien und Lateinamerika – eine anerkannte Autorität. Eine besondere Ressource sind die freiwilligen Helferinnen und Helfer aus den Gemeinden, die beispielsweise in der Betreuung von Kranken und der Sorge um Waisenkinder unschätzbare Dienste leisten. In vielen Ländern der Erde decken kirchliche Einrichtungen einen großen Teil der Gesundheitsversorgung der Menschen ab. Man schätzt, dass weltweit jeder dritte, wenn nicht sogar jeder zweite Aidskranke in einer Einrichtung und von Mitgliedern der christlichen Kirchen versorgt wird.

Nahezu alle Bereiche in der Bekämpfung von HIV/Aids – von der Erziehung, Information und Aufklärung der Allgemeinheit bis hin zur Pflege und Behandlung der Kranken – können von kirchlichen Einrichtungen abgedeckt werden. Aufgrund ihres diakonischen Auftrages waren Mitglieder der Kirchen oft die Ersten, die sich der Betroffenen angenommen haben. In Zukunft geht es darum, alle den Kirchen zur Verfügung stehenden Ressourcen zu mobilisieren und noch intensiver im Kampf gegen HIV/Aids zu nutzen. Die Kirchen haben die Chance, in enger Kooperation mit allen anderen wichtigen gesellschaftlichen Gruppen einen Wendepunkt in der Geschichte der Pandemie herbeizuführen!

Christen müssen Stellung nehmen

Die Kirchen und die Christen müssen Stellung nehmen zu ethischen und sozialen Fragen im Zusammenhang mit HIV/Aids. Oft haben Kirchen sich verstanden als Hüter einer strengen Sexualmoral, so dass auch heute noch weltweit viele Christen beim Thema HIV/Aids nicht primär an Krankheit denken, sondern an Sünde, moralisches Versagen und Promiskuität. Schuldzuweisung, Stigmatisierung und Diskriminierung der Betroffenen und eine Tabuisierung des Problems waren und sind die Folge. Auch zu Fragen der sozialen Gerechtigkeit und der Stellung der Frauen, die im Rahmen von HIV/Aids dringend bearbeitet werden müssen, haben sich die Kirchen bisher nur zögernd geäußert.

Dieser Artikel – wie auch die anderen Beiträge dieses Heftes – bezieht deshalb zu ethischen und sozialen Fragen im Zusammenhang mit HIV/Aids Stellung und will so Grundlagen für Gespräche darüber geben.

Beate Jakob

Kann Krankheit eine Frage von individueller Schuld sein?

Ist Aids eine Strafe Gottes für begangene Schuld? Diese Frage wird oft gestellt, und mit der Antwort „HIV-Infizierte und Aids-Kranke sind selbst schuld an ihrem Schicksal" weisen manche eine eigene Betroffenheit durch HIV/Aids und eine eigene Verantwortung von sich.

Mit drei Hinweisen soll aufgezeigt werden, dass es theologisch nicht haltbar ist, HIV-Infizierten und Aids-Kranken eine persönliche Schuld für ihr Befinden zuzuschreiben.

Der Tun-Ergehen-Zusammenhang im Alten und Neuen Testament

Die Überzeugung, dass zwischen dem Tun des Menschen und seinem Ergehen ein Zusammenhang besteht, ist im altorientalischen Denken – wie auch räumlich und zeitlich weit darüber hinaus bis ins Hier und Heute – weit verbreitet. Für diesen Tun-Ergehen-Zusammenhang finden wir in einigen Schichten des Alten Testaments (AT) zahlreiche Zeugnisse. Zum Beispiel in den Geschichtswerken (vgl. 2 Chr 26, 16-23: Der König Usija wird aussätzig, weil er in priesterliche Rechte eingegriffen hat) und in der Weisheitsliteratur (vgl. Spr. 21, 21: *Wer nach Gerechtigkeit und Güte strebt, findet Leben und Ehre.* Oder Spr. 26, 27: *Wer eine Grube gräbt, fällt selbst hinein*). Ziel dieser Aussagen ist es, die Verantwortlichkeit des Menschen für sein Tun zu betonen.

Im Mittelteil des Buches Hiob jedoch, einer jüngeren Schicht des AT, wird dieses Denken aufgebrochen und der Tun-Ergehen-Zusammenhang zurückgewiesen. Hiob lehnt alle Theorien seiner Freunde ab, die seine schlimme Situation als Folge von persönlicher Schuld erklären wollen. Hiob ist sich keiner Schuld bewusst, stellt die Warum-Frage, klagt Gott sein Leiden und wagt sogar die Anklage Gottes.

Auch in der Verkündigung Jesu wird die Verantwortlichkeit des Menschen für sein Tun betont. Jesus spricht von Lohn, Strafe und Vergeltung. Mindestens an zwei Stellen jedoch weist Jesus den direkten Zusammenhang zwischen persönlicher Schuld und einem Unglück beziehungsweise einer Krankheit zurück: In Lk 13, 1-3 verneint Jesus den Rückschluss auf persönliche Schuld von galiläischen Pilgern, die Pilatus umbringen ließ, sowie von Menschen, die beim Einsturz des Turms am Siloahteich umkamen. Und im neunten Kapitel des Johannes-Evangeliums antwortet Jesus seinen Jüngern auf die Frage, ob ein Blinder oder seine Eltern durch ihre Sünden an seiner Krankheit schuld seien, mit einem eindeutigen „Nein" (Joh 9, 2f). Jesus verneint zwar nicht prinzipiell den Zusammenhang zwischen Schuld, Sünde und Krankheit, wie er auch die Verantwortlichkeit des Menschen für sein Tun nicht negiert. Er warnt aber davor, im Einzelfall Rückschlüsse auf die Schuld eines bestimmten Kranken zu ziehen. Jesus liegt es fern, Menschen zu verurteilen. Vielmehr offenbart er die Barmherzigkeit des Vaters, der niemanden zurückweist und mahnt uns: *Richtet nicht, damit ihr nicht gerichtet werdet!* (Mt 7, 1).

Paul Tillich: die kosmische Dimension von Krankheit und Schuld

Paul Tillich greift die biblische Sicht des Buches Hiob und des Johannes-Evangeliums auf und weist die individuelle Verrechnung von Schuld und Krankheit zurück, indem er auf den transpersonalen Charakter von Schuld verweist. Er sieht Krankheit zwar in der Tat als Folge von Sünde beziehungsweise von Schuld, jedoch in universaler Dimension. Krankheit ist Folge der Sünde, der Trennung der Menschheit von Gott, an der alle Menschen teilhaben: „Kosmische Krankheit ist kosmische Schuld. Niemand ist von dieser Schuld ausgeschlossen. Sie muss universal verstanden werden, und so steht die Schuld immer auch in Verbindung mit natürlichen, sozialen, körperlichen und geistigen Krankheiten. Der universale Charakter von Krankheit und Schuld macht es unmöglich, sie in einem speziellen Fall von einem speziellen Akt herzuleiten. Alle Hochreligionen haben solch berechnenden Moralismus im Hinblick auf Krankheit und Schuld bekämpft, am deutlichsten das Buch Hiob und das vierte Evangelium. Krankheit und Schuld sind, weil sie kosmischer Natur sind, zwar nicht der persönlichen Verantwortung enthoben, aber sie sind nicht eine Sache proportionaler Berechenbarkeit, gerade weil sie etwas Kosmisches sind und jedem individuellen Akt vorausgehen."[1]

Die Relativität der individuellen Freiheit und Schuld

Wenn wir „Schuld" und „schuldig sein" definieren als „sich mit Wissen und Freiheit gegen eine eingesehene sittliche Verpflichtung zu entscheiden", dann wird es sehr schwer zu beurteilen, wer wirkliche Schuld trägt. Bis in die Gegenwart hinein wird in unserer westlichen Kultur Schuld als ausschließliches Problem des Einzelnen und seiner individuellen Freiheit gesehen. Diese individualistische Vorstellung von Verantwortung und Schuld wird jedoch zunehmend fragwürdig.

Wir müssen verschiedene Dimensionen beziehungsweise Bedingungen von Schuld unterscheiden und bei Schuldzuweisungen berücksichtigen:

Die psychologische Dimension: Mit der Entwicklung der Psychologie wurden Zwänge und Einflüsse sichtbar gemacht, unter denen menschliches Verhalten steht, die den Freiheitsraum des Menschen erheblich geringer erscheinen lassen, als oft angenommen.

Die soziale Dimension: Wer ein Mensch ist, wie er sich entwickelt und wie er reagiert, ist abhängig von den Bedingungen, in die er hinein geboren wurde. Wir sind eingebunden in Strukturen, die unsere Handlungs- und Entscheidungsmöglichkeiten erheblich beeinträchtigen. In manchen Unrechtsstrukturen können Menschen nur überleben, indem sie sich „schuldig" machen (vergleiche hierzu die Vorstellung von „struktureller Sünde" in Gesellschaftssystemen).

Die geschichtliche Dimension: Jeder Mensch steht auch unter dem Einfluss der Geschichte. Jede Tat eines Menschen ist Glied in einer Kette von Taten, Entscheidungen und Denkweisen, die ihm die Geschichte vorgibt.[2]

Diese drei Hinweise wollen nicht dazu führen, die Möglichkeit wirklicher Schuld zu leugnen oder wegzudiskutieren. Aber sie zeigen, wie schwierig es ist, das jeweils individuelle Verhalten von Menschen zu beurteilen oder gar zu verurteilen. Die Aussage: „HIV-Infizierte und Aids-Kranke sind an ihrem Befinden selbst schuld", ist theologisch nicht haltbar.

Beate Jakob

---

[1] Paul Tillich, Die religiöse Substanz der Kultur. Schriften zur Theologie der Kultur, in: Gesammelte Werke Bd. IX, Stuttgart 1967, 247

[2] Vgl. hierzu: Urs Baumann, Karl-Joseph Kuschel, Wie kann denn ein Mensch schuldig werden? Literarische und theologische Perspektiven von Schuld, München 1990, 71-93

Spiegelt HIV/Aids die Schuld einer globalisierten Welt wider?

Häufig ist zu beobachten, dass von Aids nicht gesprochen wird, ohne nach der Schuld des Menschen zu fragen, der mit HIV/Aids lebt.

Deutlich wird dies, wenn von armen „unschuldigen Aidsopfern" die Rede ist, Kindern etwa oder Blutern. Wenn es „unschuldige" Aidskranke gibt, dann impliziert diese Redeweise natürlich auch, dass es Schuldige gibt. Hinter diesem Begriff von Schuld steht allerdings weniger der biblische als der „gutbürgerliche" Moralkodex.

Natürlich finden sich in der Bibel Gebote, die Hilfestellung geben wollen beim Vollzug alltäglicher Entscheidungen, die Zehn Gebote etwa. Pointiert zusammenfassen lassen sich diese im Liebesgebot (Röm. 13, 10). Die Aufforderung zur Liebe will sich jedoch nicht als Anordnung verstanden wissen, sondern als Entgegnung auf die erfahrene Gottesliebe. Liebe ist immer schon Antwort. Sie basiert auf der konkreten Erfahrung göttlicher Wirklichkeit, wie sie sich im Gottesnamen JHWH als „Ich bin da" – im Sinne von „Ich bin für dich da" – vorstellt (siehe Ex 3, 14). Liebe in diesem Sinne entfaltet sich als Gottesliebe, Selbstliebe und Nächstenliebe (Lk 10, 25ff). Ein Mensch, der Liebe praktiziert, erweist sich als Gerechter und handelt nach der biblischen Auffassung von Gerechtigkeit gemeinschaftsgemäß. So ist es relevant, in welchen Strukturen ein Mensch lebt und wie er oder sie sich zu Mitmenschen und Mitgeschöpfen verhält.

Besondere Fürsprache erfahren in der Bibel die „Armen" und „Geringen".[1] Wer sich mit den Armen solidarisch zeigt, gegen globale Ungerechtigkeit kämpft und sich für die Verbesserung von Lebensbedingungen anderer einsetzt, steht unter dem besonderen Segen Gottes (vergleiche Jes 58, 6ff). In diesem Zusammenhang gewinnt die Tatsache Brisanz, dass Millionen Menschen mit Aids der Zugang zu menschenwürdiger Versorgung und lebensverlängernder Therapie verwehrt bleibt.

Neben fehlender Infrastruktur hängt der Ausschluss von Behandlung auch an den immer noch zu hohen Medikamentenpreisen. Daneben erschweren Patentschutz und Welthandelsabkommen, dass billigere Nachahmerprodukte produziert und eingeführt werden können – und das, obwohl durch die Infektionsraten manche Länder vor dem Kollaps stehen; vom menschlichen Leid ganz zu schweigen. Überleben ist eine Frage des Geldes und der Profite geworden.

Dieser Schuldzusammenhang ist es, dem in diesem Kontext mehr Beachtung geschenkt werden muss. Denn in der biblischen Tradition wird beim Thema Schuld der Frage nach Gerechtigkeit mehr Bedeutung beigemessen als der Sexualmoral.[2] Ebenso wichtig wie das Aufzeigen von Schuldverstrickungen ist der biblischen Tradition auch die Einladung zur Umkehr. Voraussetzung dafür ist der mündige Umgang mit eigener Schuld.

Menschen, die sich von der göttlichen Liebe angenommen wissen und geborgen erfahren, sind in der Lage, eigene Schuldverstrickungen wahrzunehmen, die Verantwortung dafür zu übernehmen und umzukehren. Umkehr eröffnet einen neuen Horizont, trotz weiterem Schuldigwerden mehr Schritte zur Gerechtigkeit zu wagen. Sich Schuldigwerden einzugestehen und zuzugestehen, lebt von der Verheißung des göttlichen „Ich bin für Dich da".

Martina Link

Warum prägen Metaphern unser Bild der Krankheit?

Die Krankheit Aids berührt wie kaum eine andere zahlreiche Tabuthemen unserer Gesellschaft: Sexualität, Drogenkonsum, Krankheit und Tod. Das hat zur Folge, dass die Erkrankten in hohem Maße mit Ausgrenzung und Vorurteilen zu kämpfen haben, die eine zusätzliche Belastung für sie bedeuten. Wie wir über eine Erkrankung sprechen und denken, das hat zugleich auch ganz reale und praktische Auswirkungen, die sich bis in den Krankheitsverlauf hinein auswirken können. Daher kann man in diesem Zusammenhang auch von der metaphorischen Dimension einer Erkrankung sprechen. Die Stigmatisierung und ihre Metaphern haben unterschiedliche Facetten, denen im Folgenden nachgegangen werden soll.

Aids als Metapher für die Fremden

Moralische Wertungen und die Schuldzuschreibung an Kranke erfüllen für den „gesunden" Teil einer Gesellschaft wichtige psychologische Funktionen: Zunächst einmal ermöglichen sie es, verständliche Ängste vor einer eigenen Ansteckung zu beruhigen. Denn die Identifikation einer bestimmten Lebensweise oder bestimmter Haltungen, die zur „Ursache" einer Krankheit erklärt werden, erlaubt es denen, die sich selbst von derartig „verwerflichen" Verhaltensweisen distanzieren, mit Mitteln der Logik ihre eigene Sicherheit „rational" zu begründen. Daneben aber erfüllt eine derartige Argumentation auch noch eine zweite Aufgabe, denn sie bedeutet zugleich auch immer eine gefühlsmäßige Distanzierung von denen, die krank geworden sind. Diese Aufteilung in „Wir-Ihr-Schemata" wirkt also als emotionaler Schutzschild – sowohl vor den eigenen Ängsten als auch gegenüber den Leiden der Betroffenen.

Es hat also einen tieferen psychologischen Sinn, wenn wir dazu tendieren, den Kranken zum „Anderen", zum – im direkten oder im übertragenen Sinne – „Fremden" zu erklären. Dies führt dazu, dass nach dem „Ursprung" einer Krankheit in geographischen und moralischen Kategorien gesucht wird, während die sozialen Ursachen, die die Ausbreitung einer Epidemie in der Gesellschaft begünstigt haben, nicht enttarnt werden.[1]

Im Zusammenhang mit Aids hat diese Tendenz zur „Entfremdung" dazu geführt, dass lange Zeit eine erbitterte Diskussion darüber geführt wurde, ob es amerikanische Homosexuelle waren, die HIV von „Sexreisen" aus Afrika oder Haiti in die USA mitbrachten oder ob dieser „sextouristische Import-Exportweg" in umgekehrter Richtung verlief. Ergebnis dieser sinnlosen und unfruchtbaren Diskussion um die Herkunft von Aids und HIV war aber, dass für mehr als eine halbe Dekade die wissenschaftliche Zusammenarbeit zwischen westlichen und afrikanischen Forschern fast unmöglich war, und dass viele Menschen die tatsächliche Bedrohung ihrer eigenen Gesellschaft durch die Erkrankung ignoriert haben. Denn Aids, so scheint es, das ist immer ein Problem, das die „Anderen" haben. Daher wird Aids bei uns in der Öffentlichkeit vor allem als „afrikanisches Problem" registriert, während die steigenden Fallzahlen in Mittel- und Osteuropa[2] – also quasi direkt vor unserer eigenen Haustür – genauso wenig wahrgenommen werden, wie die steigenden Infektionsraten unter Heterosexuellen in Deutschland.

Aids als Metapher für „schmutzige Sexualität"

Die Medizingeschichte zeigt, dass Krankheiten immer dann besondere Ängste auslösen, wenn ihre Übertragungswege mit Blut, Sperma, Muttermilch oder Vaginalsekreten in Verbindung stehen. Denn diese gelten als „Lebenssäfte", als Träger besonderer Kräfte und Energien, die mit dem Geheimnis des Lebens in Verbindung stehen. Als „Lebenssäfte" appellieren sie an menschliche Urinstinkte und lösen zugleich Verdrängungsmechanismen aus. Neben ihrem mythologischen Hinweischarakter besitzen diese Körperflüssigkeiten aber naturgemäß auch eine besondere Nähe zum Bereich der menschlichen Sexualität. Und obwohl uns die sexuelle Revolution eine nie zuvor erreichte Freiheit der Darstellung und des Umgangs mit diesem Tabubereich menschlichen Verhaltens beschert hat, besteht die alte Unantastbarkeit und Stigmatisierung für einige Teilbereiche der Sexualität weiterhin fort. Dies gilt insbesondere für die Themen Promiskuität, Homosexualität und Prostitution.[3]

Die ersten Berichte der Medien beschrieben Aids ausschließlich als Erkrankung homosexueller Männer. Gerade deren Sexualverhalten aber beurteilen viele in der Gesellschaft ohnehin pauschalisierend als zügellos, unmoralisch und „promiskuitiv". So kam es, dass das Auftreten von Aids von verschiedenen Seiten wenn nicht als Strafe, so doch zumindest als logische Folge dieses Sexualverhaltens interpretiert wurde. Aus tiefenpsychologischer Sicht muss an dieser Stelle angenommen werden, dass diese Strafvorstellungen oft nichts anderes sind als Reaktionen des Unterbewusstseins auf verdrängte Anteile der eigenen Person.[4] Das heißt, Aids ist somit auch eine Metapher für all das, was wir über uns selbst nicht wahrhaben wollen: verdrängte Anteile der eigenen Sexualität, eigene Wünsche nach dem Ausbrechen aus gesellschaftlichen Regeln, Frustrationen, etc. Im kirchlichen Zusammenhang muss hier darüber hinaus die Frage gestellt werden, inwieweit die Kirchen selbst durch ihre eigene Unfähigkeit zu einem unverkrampften und tabufreien Umgang mit dem Thema Sexualität einer solchen Stigmatisierung Vorschub geleistet haben.

Aids als Metapher für „Entstellung"

Betrachtet man mittelalterliche Märtyrerbilder, so zeigen diese das Gesicht des Märtyrers entrückt und vom Leiden unberührt, während der Körper oft schrecklichsten Folterqualen ausgesetzt ist. Damit wird angezeigt, dass das Intimste und Innerste der Leidenden unberührt und rein bleibt, die äußeren Leiden somit den eigentlichen Kern ihres Personseins nicht betreffen. Die Ursache dieser besonderen Bedeutung des Gesichts dürfte in der klassischen Trennung von Körper und Geist zu suchen sein, die dem Gesicht als Spiegelbild der Seele eine besondere Rolle zuwies. So wird es verständlich, dass es zu Beginn der Epidemie vor allem die durch das Kaposi-Sarkom – eine Hautkrebsform – verursachten Entstellungen des Gesichtes waren, die von vielen an Aids erkrankten Menschen als besonders bedrohlich empfunden wurden. Ähnliches gilt aber ebenso heute noch, da auch die Nebenwirkungen einiger retroviraler Medikamente zu Entstellungen im Gesichtsbereich führen können, die von den Betroffenen gefürchtet werden.

Aids als Metapher für „asoziales" Suchtverhalten

Die Benutzer intravenöser Drogen gehörten mit zu den Ersten, die im Zusammenhang mit Aids als sogenannte „Risikogruppe" identifiziert wurden. Hier war es vor allem die – hauptsächlich unter Heroinabhängigen häufig übliche – Praxis des „needlesharing", also der gemeinsamen Benutzung des Spritzbesteckes, die die explosionsartige Ausbreitung von Aids begünstigt hat. Neben der mangelhaften Verfügbarkeit sauberer Spritzen und Nadeln[5], die vielen Drogenabhängigen oft gar keine andere Wahl ließ und lässt, als bereits benutztes Spritzbesteck zu verwenden, hat dieses „Ritual" in einer Szene, die ansonsten in der Regel den rauen Gesetzen der Straße unterworfen ist, auch einen stark gemeinschaftsstiftenden Charakter. Dies hat dazu geführt, dass in den Drogenszenen einigen Städte Infektionsraten von bis zu 70 Prozent erreicht werden.

Allein schon die Doppeldeutigkeit des Begriffes „Risikogruppe", der im Konnex mit Aids teilweise noch immer gebraucht wird, zeigt, dass die mit Aids in Zusammenhang stehende Stigmatisierung durch die Verbindung mit dem Drogenbereich zusätzlich verstärkt wurde. Zumal das gesellschaftliche Stereotyp vom „schmutzigen Junkie" auch hier stark mit Tabubereichen der Sexualität (männliche und weibliche Beschaffungsprostitution, etc.) identifiziert.

Es sind also vor allem Vorurteile gegenüber einer ganz bestimmten Untergruppe der Benutzer illegaler Drogen, die das gesellschaftliche Bild vom mit HIV-infizierten Suchtkranken bestimmen. Solche Klischees tragen freilich mit dazu bei, dass sich die übrigen Nutzer bewusstseinsverändernder Substanzen – nach der Devise: „Ich bin ja kein Junkie" – häufig nicht darüber im Klaren sind, dass auch sie zu einer durch HIV gefährdeten Bevölkerungsgruppe gehören. Dazu gehören beispielsweise diejenigen Personen, die sogenannte „Rekreative" Benutzer intravenöser Drogen sind. Mit dem Begriff „rekreativ" ist gemeint, dass diese Personengruppe ganz normal ihrer Arbeit nachgeht und illegale Drogen nur gelegentlich zu sich nimmt. Zu dieser Gruppe gehören auch die Benutzer von Modedrogen wie Kokain, Amphetaminen oder Ecstasy sowie letztlich auch die Konsumenten von Alkohol. Denn für all diese bewusstseinsverändernden Substanzen gilt: Wer sie exzessiv benutzt, der setzt damit auch seine normalen Hemmschwellen herab und steht daher in der Gefahr, unter Drogeneinfluss Dinge zu tun, die er in nüchternem Zustand nicht täte. Damit aber zählen alle Formen von übermäßigem Rauschmittelkonsum (unabhängig davon, ob es sich dabei um – nach unseren gesetzlichen Normen – legale oder illegale Substanzen handelt) zu den Faktoren, die die Ausbreitung von HIV in epidemiologischer Hinsicht begünstigen.

Auch hier wäre aus psychologischer Hinsicht die Frage zu stellen, inwieweit sich hinter der Metapher vom „schmutzigen Junkie" nicht häufig Dinge verbergen, die die Benutzer dieser Metapher über sich selbst nicht wahrhaben wollen, wie beispielsweise ihren eigenen Umgang mit Süchten, Abhängigkeiten und suchtgefährdenden Dingen.

Aids als Metapher für Tod und Sterben

Zu Beginn der HIV-Epidemie war es den Ärzten nicht möglich, Aids wirksam zu behandeln. Die Diagnose Aids kam daher – zumindest in der Vorstellung sehr vieler – einem Todesurteil gleich. Selbst heute noch impliziert die Konfrontation mit Aids daher auch eine direkte Konfrontation mit der eigenen Sterblichkeit; mit einem Bereich, der wie kein anderer in den letzten Jahrzehnten aus dem Bewusstsein unserer Gesellschaft hinausgedrängt worden ist. Aids bedeutet in diesem sozialen Umfeld eine ungeheuerliche Provokation gesellschaftlicher Konventionen, denn es erschüttert zutiefst den Glauben an einen – lange für möglich gehaltenen – endgültigen Sieg von Medizin und Technik über Krankheit und Tod.

Hans-Jürgen Steubing

Die eigenen blinden Flecken

Sich mit Aids auseinander setzen heißt: Sich mit den eigenen Schwächen und „blinden Flecken" auseinander setzen zu müssen. Stigmatisierung und Vorurteile behindern einen sachgemäßen und vernünftigen Umgang mit Aids. Erst wenn es gelingt, diese aufzuarbeiten, wird es weltweit möglich sein, dieser Epidemie Herr zu werden. Denn soviel ist klar: Die Ausbreitung keiner anderen pandemischen Infektionskrankheit des 20. Jahrhunderts wurde durch Ignoranz und Stigmatisierung mehr begünstigt als die von HIV.

Ohne diese Aufarbeitung drohen notwendige Entscheidungen im politischen und im medizinischen Bereich immer wieder an mangelndem Willen zur Durchsetzung zu scheitern. Bis dahin werden auch weiterhin oft die Gelder fehlen, die zu einer effizienten Bekämpfung der Epidemie im weltweiten Maßstab notwendig sind.

---

[1] Dieser psychologische Mechanismus lässt sich exemplarisch bei einer Betrachtung der Geschichte der Syphilis-Epidemie belegen. Denn während es vor allem die durch Kriege und soziale Umbrüche ausgelösten gesellschaftlichen und moralischen Veränderungen waren, die es der Syphilis erst ermöglichten, epidemieartige Ausmaße anzunehmen, beschäftigte sich ganz Europa damit, die „Schuld" an dieser Erkrankung seinen jeweiligen Nachbarn zuzuschieben. Je nachdem, wo derartige Betrachtungen angestellt wurden, wurde sie zur spanischen, französischen oder zur italienischen Krankheit erklärt.

[2] Zur Entwicklung der HIV/Aids- Situation in Osteuropa siehe auch „7. Wie verändert HIV/Aids den Dialog mit osteuropäischen Partnern"

[3] Diese Tabuisierung hat zur Folge, dass selbst mit einfachen medizinischen Mitteln kontrollierbare Erkrankungen wie Syphilis und Gonorrhöe im letzten Jahrzehnt einen deutlichen Anstieg erlebt haben.

[4] Implizit werden derartige pauschalisierende Verurteilungen auch dann noch aufrecht erhalten, wenn infizierte Kinder oder die Empfänger von infizierten Blutkonserven und Blutprodukten unter dem Oberbegriff des „unschuldigen Opfers" zusammengefasst werden. Denn letztendlich wird damit impliziert, alle anderen (d.h. Bi- und Homosexuelle und die Konsumenten intravenöser Drogen sowie deren Sexualpartner) seien eigentlich selbst an ihrem Schicksal schuld, so als hätten sie sexuelle Handlungen oder Drogenkonsum mit dem Vorsatz durchgeführt, sich mit HIV zu infizieren.
Vgl. dazu auch M. Wright und M. Rodway, „Sexually Transmitted Diseases: Psychosocial Parameters and Implications for Social Work Practice", erschienen in: M. Rodway und M. Wright, "Decade of the Plague: The Sociopsychological Ramifications of STD", New York/London, 1988.

[5] In manchen Ländern ist allein der Besitz von Spritzbestecken ohne vorliegende medizinische Indikation ein Straftatbestand.

Warum trifft die Pandemie arme Länder überproportional?

Annähernd 96 Prozent der weltweit von HIV/Aids Betroffenen leben in den sogenannten Entwicklungsländern. Diese haben die höchsten Zahlen an HIV-Neuinfizierten, an Aids Erkrankten und an Aids Verstorbenen. Gleichzeitig haben sie die geringsten Mittel, mit der Belastung fertig zu werden. Wo für die gesamten Gesundheitsdienste pro Person und Jahr nicht mehr als zwei bis acht US-Dollar ausgegeben werden können, ist Präventionsarbeit und die Behandlung mit antiretroviralen Medikamenten für die an Aids Erkrankten nicht möglich.

Wo Menschen in „Ungerechtigkeitsstrukturen" leben, ist die Chance, sich mit dem HI-Virus zu infizieren und an Aids zu erkranken und zu sterben um ein Vielfaches höher als für Menschen, die in gerechten Strukturen leben, die ihre Rechte einfordern können in Bezug auf Ausbildung, Gesundheit, Arbeit, soziale Sicherheit und Gleichberechtigung der Geschlechter. Ungerechtigkeit materiell gesehen bezieht sich auf ungenügendes Einkommen, Arbeitslosigkeit oder unterbezahlte Arbeit, Obdachlosigkeit oder schlechte Wohnverhältnisse, etc.; sozial gesehen auf mangelnden Zugang zu Gesundheitsdiensten und Schulbildung, Ungleichbehandlung von Frauen und Männern, Rechtlosigkeit für Randgruppen, etc. Ungerechtigkeit führt zu Armut und Verelendung.

Soziale Ungerechtigkeit betrifft und beeinflusst *Einzelne* besonders: Arme, Frauen, Kinder, Migranten, etc., ganz besonders aber auch *ganze Gesellschaften*. Gerade bei HIV/Aids in armen Ländern müssen wir verstärkt den „sozialen", also „gesellschaftsbezogenen" Aspekt berücksichtigen:

Es ist dort besonders die junge, dynamische Bevölkerung, die sich infiziert, erkrankt und stirbt. Das hat enorme psychische Folgen, aber es hat auch gesellschaftliche Konsequenzen. Die Menschen, die den Unterhalt sichern, fallen aus, das Bruttosozialprodukt sinkt. Alte und Gebrechliche können nicht mehr auf Versorgung hoffen.

Die Lebenserwartung sinkt vielerorts drastisch, eine soziale und wirtschaftliche Katastrophe.

Frauen können nicht selbstbestimmt leben. Sie können oft nicht entscheiden wo, wann und mit wem sie sexuelle Beziehungen haben wollen oder nicht. Junge Frauen infizieren sich früher und häufiger als junge Männer und sterben früher. Sie können ihre Kinder während der Schwangerschaft, Geburt und Stillzeit anstecken. In der Pflege Aidskranker sind Frauen mehrfach belastet, weil Pflege als „Frauensache" angesehen wird.

Kinder verlieren Eltern und Lehrer. (In Sambia starben 2001 und 2002 beinahe 4.000 Lehrer an Aids. Jährlich werden in Sambia weniger als 1.000 Lehrer ausgebildet.) Die Zahl der Waisen steigt, die der Straßenkinder und der sexuell missbrauchten Kinder auch. Die Kinderhaushalte nehmen rapide zu. Eine ganze Generation verliert die Kindheit.

Die direkten und indirekten Kosten für Krankheit und Tod aufgrund von HIV/Aids (Medikamente, Krankentransporte, Beerdigungen) nehmen zu und führen zu weiterer Verarmung und Verelendung. Lebensrettende Medikamente sind für die Armen nicht bezahlbar.

Soziale Sicherheit und Demokratisierungsprozesse sind bedroht.

Soziale Gerechtigkeit ist „global" zu definieren. Ungerechtigkeitsstrukturen werden oft international verursacht, begünstigt und perpetuiert: Reiche Länder bauen auf Kosten armer Länder ihren Reichtum weiter aus.

Wir müssen deshalb kritisch fragen nach:

- der Verfügbarkeit von Ressourcen,
- der Preisgestaltung für Rohstoffe und Bodenschätze,
- den offenen oder geschlossenen Märkten, sowie
- dem Nutzen der Globalisierung.

Und wir müssen Folgendes fordern:

- gerechte Preise für Rohstoffe und Bodenschätze,
- gerechte Lösungen der globalen Umweltfragen zu Klima, Wasser und Luft, sowie
- die Entschuldung der ärmsten Länder unter ziviler Kontrolle, sowie
- dass der Global Fund, für den das *Aktionsbündnis gegen AIDS* einsteht, von allen intensiv unterstützt wird, damit alle Menschen, die Medikamente zur HIV-Therapie brauchen, sie auch bekommen.

Aber es geschieht auch schon einiges: Die Preise für Medikamente, die die Viruslast unter die Nachweisgrenze drücken und die Helferzellen günstig beeinflussen (HAART – highly active antiretroviral therapy – eine hochaktive Therapie, die der Virenvermehrung entgegenwirkt) und damit ein aktives Leben mit HIV ermöglichen, sind für arme Länder drastisch gesenkt worden. Verschiedene Regierungen und Nichtregierungsorganisationen (beispielsweise *Misereor* in Zusammenarbeit mit dem *Missionsärztlichen Institut* und *Brot für die Welt* in Zusammenarbeit mit dem *DIFÄM*) haben in Pilotprojekten in verschiedenen Regionen Afrikas mit dem Einsatz von HAART begonnen. Flankiert sind diese Maßnahmen von Ausbildungsprogrammen für die medizinischen und sozialen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und einem laufenden Eva-luationsprogramm. Die Regierung von Namibia hat sich in einem Fall auch schon bereit erklärt, nach Ablauf der dreijährigen Pilotphase die Finanzierung des HAART-Programmes zu übernehmen. Das sind gigantische Hoffnungszeichen!

Literatur

Päpstlicher Rat Justitia et Pax: „Das Recht auf Entwicklung – Konziltexte und Texte des Hl. Stuhls (1960-1991),

Herausgeber: Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz, 1992

Gemeinsame Konferenz Kirche und Entwicklung: „Halbierung der extremen Armut", GKKE-Schriftenreihe 30

Die deutschen Bischöfe: „Die eine Sendung und die vielen Dienste", Herausgeber: Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz, 2000

Deutsche Kommission Justitia et Pax: „Gerechtigkeit für alle", Bonn 1991

Olaf Derenthal: „AIDS in Afrika und die Rede von Gott", LIT Verlag Münster, TuP B 13

Missionsärztlicher Dialog: Beiträge zur HIV/AIDS Debatte 2002, darin von Joachim Rüppel: „Armut und AIDS – Eine tödliche Verbindung", Herausgeber: Missionsärztliches Institut, Würzburg

Zahlennachweise: UNAIDS/WHO, AIDS epidemic update: December 2001 et al.

Christliche Stellungnahmen

„Soziale Gerechtigkeit fordert die Befriedigung der Grundbedürfnisse für alle Menschen und die Herstellung gleicher Startchancen. Dem haben Wirtschaftsordnung und Austauschsystem Rechnung zu tragen, daran sind sie zu messen." [1]

„Die Gerechtigkeit fordert den Austausch zwischen reichen und armen Ländern so zu organisieren, dass die am wenigsten Begünstigten den größtmöglichen Vorteil haben." [2]

„Zur kirchlichen Grundorientierung gehört für alle Beteiligten die christliche Soziallehre. Sie will ... ausgehend vom christlichen Menschenbild die Prinzipien einer humanen Gesellschaftsordnung darlegen. Sie ruft zur vorrangigen Option für die Armen, leitet an zu subsidiärer Eigenverantwortung und zur Entwicklung gesamtgesellschaftlicher, heute weltweiter Solidarität. Sie will den Abbau menschenunwürdiger Abhängigkeiten, den Einsatz für die Menschenrechte, Menschenwürde und Freiheit, setzt auf das Prinzip der Hilfe zur Selbsthilfe und fordert den Kampf gegen die Ursachen und nicht nur gegen die Auswirkungen des Bösen in der Welt." [3]

Bischof Kamphaus, Limburg, hat unsere Verantwortung für soziale Gerechtigkeit sinngemäß so formuliert: Es genügt nicht, dem auf dem Weg nach Jericho in die Hände brutaler Räuber gefallenen Menschen zu helfen, ihn zu pflegen, für ihn einzustehen. Vielmehr muss der Weg nach Jericho sicher gemacht werden, das heißt Unrechtsstrukturen müssen abgebaut werden. Strukturelle Veränderungen statt Mitleid.

Und Jonathan Mann sagte vor vielen Jahren grob zusammengefasst Folgendes: Die auseinander klaffende Schere zwischen Arm und Reich, die Ungleichheit der Geschlechter sowie soziale Ungerechtigkeiten werden im Hinblick auf HIV/Aids wie durch ein Vergrößerungsglas sichtbar gemacht. Und die demokratische Welt wird sich daran messen lassen müssen, wie sie diese globale Krise meistert.

Luitgard Fleischer

---

[1] Deutsche Kommission Justitia et Pax: „Gerechtigkeit für alle", Bonn 1991, S.36

[2] A.a.O, S. 35

[3] Die deutschen Bischöfe: „Die eine Sendung und die vielen Dienste", Herausgeber: Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz, 2000, S.15

Warum sind Frauen besonders betroffen?

Große Geschäftigkeit und buntes Treiben, Kinderstimmen und Austausch der Frauen untereinander prägen die Beratungsdienste für Schwangere in vielen Gesundheitseinrichtungen südlicher Länder. Gerade das Angebot, eine Schwangerschaft festzustellen und die Frauen während der neun Monate mit Gesundheitsberatung und -fürsorge zu begleiten, wird gerne angenommen; ist es doch der sehnlichste Wunsch vieler Frauen, gesunden Kindern das Leben zu schenken. Wo HIV-Tests zur Verfügung stehen, gehört es seit einigen Jahren zur Routine, mit dem Schwangerschaftsnachweis auch einen HIV-Test anzubieten. Viele epidemiologische Daten und Hochrechnungen der HIV-Prävalenz eines Gebietes stützen sich auf die Erhebungen bei Schwangeren.

Epidemiologie

Ende 2001 schätzte die Weltgesundheitsorganisation die Zahl der mit dem HI-Virus lebenden Menschen auf 40 Millionen. Von diesen 40 Millionen leben 28,1 Millionen in Schwarzafrika; hier fanden 2001 3,4 Millionen der Neuinfektionen statt, die Prävalenz-Rate wird auf 8,4 Prozent geschätzt und der Anteil der Frauen hat sich auf 55 Prozent gesteigert. Die Infektionsrate liegt besonders bei Frauen zwischen 15 und 25 Jahren höher als bei den gleichaltrigen Männern. In den Ländern des Südens sind die Hauptübertragungswege heterosexueller Geschlechtsverkehr, die Übertragung des Virus von der infizierten Mutter auf ihr Kind während der Schwangerschaft, der Geburt oder der Stillzeit (in 20 bis 40 Prozent der Fälle) und durch Bluttransfusionen mit nicht getestetem, infizierten Blut. Bei einem Frauenanteil von 55 Prozent – mit steigender Tendenz – muss man mit großer Offenheit und Ehrlichkeit nach den Ursachen suchen.

Biologische, soziokulturelle und sozioökonomische Faktoren

In den genannten Regionen haben Frauen allgemein einen schlechteren Gesundheitszustand als Männer – unter anderem bedingt durch Mangelernährung schon im Kindesalter, da Jungen beispielsweise in der Nahrungsaufteilung bevorzugt werden. Außerdem haben Frauen weniger Zugang zu Gesundheitseinrichtungen. Durch häufige und zu eng aufeinander folgende Schwangerschaften, Geburten, Fehlgeburten und Abtreibungen ist ihr Gesundheitszustand deutlich negativ beeinflusst. Frauen leiden aufgrund von Risikoschwangerschaften, komplizierter Geburten, Unterernährung und als Folge von Malaria häufiger an Blutarmut und sind durch nicht getestete Blutspenden vermehrt einem Infektionsrisiko ausgesetzt. Die Übertragung des HI-Virus vom Mann auf die Frau beim Geschlechtsverkehr scheint bis viermal effizienter zu sein als umgekehrt. Einige Verhütungsmethoden, die etwa Entzündungen oder Geschwüre verursachen, leisten dem Infektionsrisiko Vorschub. Sexuell übertragene Infektionen (STIs) sind bei jungen Frauen besonders häufig. Werden sie nicht rechtzeitig behandelt, erhöhen sie das Infektionsrisiko mit dem HI-Virus um das Zehnfache. Außerdem sind STIs mit 85 Prozent an der Sterilität von Frauen beteiligt. Sterilität aber führt oft zu Scheidung und Wiederverheiratung, also zu mehreren Partnern. Mädchen sind früher als Jungen der Infektion ausgesetzt. Die ersten – oft nicht freiwilligen – Sexualkontakte haben Mädchen im Schnitt mit 13,5 Jahren. In Afrika wird jedes dritte Mädchen vor seinem 17. Lebensjahr schwanger. 60 Prozent aller HIV-Infektionen bei Frauen finden vor ihrem 20. Lebensjahr statt; Frauen erkranken und sterben jünger als Männer.

Traditionelles Denken bestimmt sexuelle Beziehungen

Als gegeben wird in den betrachteten Gegenden auch männliche Dominanz und Kontrolle über Sexualverkehr und Fruchtbarkeit hingenommen. Frauen sind nicht in der Lage zu bestimmen wann, wo und mit wem sie sexuelle Kontakte haben. Bei ihrem Ehemann, von dessen außerehelichen Beziehungen sie weiß, ein Kondom zu fordern, rückt die Frau in die Nähe der Prostitution. Was hilft es einer Frau, wenn sie selbst monogam lebt, ihr Mann jedoch häufig wechselnde Geschlechtspartnerinnen hat und sie sich ihm nicht verweigern kann, falls er geschützten Verkehr ablehnt. Die kulturelle Vorstellung, dass Geschlechtsverkehr mit unberührten Frauen einen Mann von seiner HIV-Infektion reinigen und damit heilen kann, führt dazu, dass ältere Männer sich immer jüngere Partnerinnen suchen und dazu, dass sich Prostituierte in Schuluniform an die Strasse stellen. Männliche Dominanz und Kontrolle wird oft durch erzwungene und gewaltsame Kontakte ausgedrückt.

Die Diskriminierung von Frauen

Frauen sind in den Ländern des Südens von einem besonderen Stigma betroffen. Wo sexuell übertragbare Krankheiten und damit auch Aids mit Promiskuität und schuldhaftem Verhalten gleichgesetzt werden, tragen Frauen mehr als Männer an diesem Vorurteil. Manchenorts wird Aids als „Frauenkrankheit" angesehen, werden Frauen als „Quelle der Infektion" und als „Reservoir des Virus" betrachtet. Sie gefährden in den Augen vieler ihre Männer und Kinder. Frauen tragen eine besondere Last in Bezug auf Geburt und Elternschaft. Bei seropositiven Frauen häufen sich Schwangerschaftskomplikationen, Fehl- und Frühgeburten. In 20 bis 40 Prozent der Fälle wird die Frau das Virus während der Schwangerschaft, der Geburt oder dem Stillen übertragen. So kommt es, dass eine infizierte Frau von ihrem Mann verlassen oder verstoßen wird, obwohl sie in vielen Fällen von ihm infiziert wurde.

Frauen als Pflegende – eine gigantische Überlastung

Traditionell sind Frauen für die Pflege der Kranken zuständig. Sie müssen oft bezahlte Arbeit oder Schulbildung aufgeben, um Familienangehörige zu pflegen. Wenn sie versuchen, bezahlte Tätigkeit, Familienarbeit und Pflege zu verbinden, sind sie unvorstellbar überlastet. Wo Frauen für die Bereitstellung der Grundnahrungsmittel zuständig sind, führt die Pflege eines Aids-Kranken zu unbestellten Feldern, Mangelernährung und Hunger. Die hohen Kosten der Krankheit (Medikamente, Beerdigungskosten, Verlust des Einkommens) machen alle Ersparnisse zunichte und führen Frauen in noch größere Verarmung.

Aids – eine Krankheit der Armut

Die Zusammenhänge von Armut und der rasanten Ausbreitung von Aids in den ärmsten Ländern unserer Welt sind nicht zu leugnen. Wiederum sind es Frauen, die die Auswirkungen der Verelendung am deutlichsten zu spüren bekommen: Mädchen haben weniger Chancen auf eine Schulbildung, wenn Schulgebühren erhoben werden – eher werden dann die Jungen zur Schule geschickt. Die Schulabbruchsquote ist unter Mädchen höher, weil sie zur Mitarbeit auf dem Feld oder zu Pflege herangezogen werden. Mit weniger Ausbildung haben Mädchen weniger Chancen auf dem Arbeitsmarkt. Finanzielle Abhängigkeit ist die Folge. Armut begrenzt auch den Zugang zu Gesundheitsversorgung für Frauen. Und: Armut zwingt viele Männer auf der Suche nach Arbeit ihre Familien zu verlassen und in den Städten ihr Glück zu versuchen. Frauen bleiben oft alleine auf dem Feld zurück mit der Last, die Familie zu ernähren, die Felder zu bestellen, die Alten zu versorgen. In der Stadt gehen die Männer oft neue Bindungen ein. Werden sie krank, kommen sie häufig in ihr Heimatdorf zurück, um sich von ihrer Frau pflegen zu lassen.

Zunahme von Gewalt gegen Frauen

Jeder UNAIDS-Bericht über die globale HIV/Aids-Situation widmet auch immer den Zusammenhängen von Gewalt und HIV/Aids einen Abschnitt. Daraus wird deutlich, dass Frauen und Mädchen zunehmend mehr sexuelle Gewalt erleiden. Militärs und Ordnungskräfte sind vielerorts schwer von HIV/Aids betroffen. Sie sind oft fern ihrer Heimat eingesetzt. Mit der Zunahme von gewaltsamen Auseinandersetzungen vermehren sich auch die Übergriffe gegen Frauen. Vergewaltigungen werden als Kriegsstrategie begriffen, so kann der Gegner besonders schmerzhaft getroffen werden. Männer vergewaltigen Frauen, um sich zu rächen für die eigene Infektion oder um sich „rein" zu waschen. Auf der Flucht, beim Überschreiten von Grenzen, in Flüchtlingslagern oder aber auch auf dem Nachhauseweg von der Schule sind Mädchen und Frauen gegen Gewalt wenig geschützt. Auch die Violenz gegen Frauen in den Familien nimmt stetig zu.

Frauen und ihre Rechtssituation

Die rechtliche Situation von Frauen ist denkbar schlecht. Oft gehört ihnen das Land nicht, das sie bewirtschaften. Damit ist es ihnen unmöglich, Kredite aufzunehmen. Beim Tod ihres Mannes kann eine Frau alles verlieren: Haus, Land, ja sogar die Kinder – besonders dann, wenn kein Testament besteht. Für manche verwitwete oder verlassene Frau ist die Armutsprostitution der einzige Ausweg. Die Sehnsucht nach Geborgenheit und Schutz vor gewaltsamen Übergriffen, einem Dach über dem Kopf, einer warmen Mahlzeit, dem Schulgeld für die Kinder sowie die Not, heute zu überleben, relativieren die Angst vor einer Infektion, die erst in einigen Jahren zur Krankheit führen mag.

Möglichkeiten der Intervention

Ein hohes Maß an politischem Willen und eine Vernetzung aller Anstrengungen sind gefragt. Die Stellung der Frau mit all ihren Benachteiligungen in Gesetzgebung, Gesellschaft und Kirche muss ins Licht gerückt und intensiv verbessert werden. Die Beteiligung von Frauen, gerade auch betroffenen Frauen, an Planung und Durchführung von Hilfs- und Aufklärungsprogrammen ist unumgänglich. Ihr Zugang zu Gesundheitseinrichtungen muss drastisch verbessert werden. Antiretrovirale Medikamente müssen all denen zugute kommen, die sie brauchen – unabhängig von Rasse und Geschlecht. Die Pflege von Kranken müssen Männer und Frauen gemeinsam leisten. Der Kampf gegen Gewalt, das Einstehen für Menschenrechte ist nur von Frauen und Männern gemeinsam zu bewerkstelligen. Globale Solidarität ist das ethische Gebot der Stunde.

Luitgard Fleischer

Literatur

Amartya Sen, Ökonomie für den Menschen, dtv-Verlag, 2002

De Bruyn M., A gender-based response to HIV/AIDS and STDs – Discussion Paper AIDS Coordination Group, KIT Amsterdam, 1995

Fleischer L., HIV/AIDS und die besondere Situation von Frauen in der Dritten Welt – eine geschlechtsspezifische Sicht in: Jäger, AIDS und HIV-Infektionen – 38. Erg.Lfg. 1/03

WHO/GPA: Women and AIDS – Agenda for Action, 1994, WHO/GPA/DIR/94, 4

Weinreich/Benn, AIDS. Eine Krankheit verändert die Welt. Daten – Fakten – Hintergründe, Frankfurt 2003

Zahlennachweis: UNAIDS/WHO. AIDS epidemic update: December 2001 et al.

Wie verändert HIV/Aids den Dialog mit den osteuropäischen Partnern?

Die Epidemie in Osteuropa

HIV/Aids ist nicht nur ein Problem des Südens, sondern auch ein wachsendes Problem Osteuropas. Und damit hat das Thema im neu erweiterten Europa eine zusätzliche Brisanz bekommen.

Seit Ende der Neunziger Jahre nimmt die HIV/Aids-Infektionsrate in den GUS-Staaten explosionsartig zu. In der Russischen Föderation hat sich die Zahl der registrierten HIV-Fälle seit 1998 verzwanzigfacht. Im Oktober 2002 waren offiziell 215.304 Menschen als HIV-positiv registriert.[1] Die Dunkelziffer liegt viermal höher, bei ca. 900.000 Personen.

In der Ukraine ist die Infektionsrate, gemessen an der kleineren Bevölkerungszahl, insgesamt noch besorgniserregender: 250.000 Menschen sind dort offiziell infiziert. Das entspricht einem Anteil von 1,0 Prozent der Bevölkerung. Zum Vergleich: In der Europäischen Union sind 0,3 Prozent der Bevölkerung HIV-positiv, in Deutschland 0,1 Prozent.

Noch schwieriger als in Russland stellt sich die Situation im EU-Beitrittsland Estland dar, denn dort ist die Neu-Ansteckungsrate sogar doppelt so hoch. Sie überschreitet den europäischen Durchschnitt, der bei etwa 100 Neuinfektionen pro 100.000 Einwohner und Jahr liegt, um das Zwanzigfache.[2] Im März 2002 waren in Belarus 4.213 Personen offiziell infiziert. Das entspricht einem Bevölkerungsanteil von rund 0,25 Prozent. Unter den Infizierten sind 76,7 Prozent zwischen 15 und 29 Jahre alt.[3] Damit sind in Belarus – wie überall in Osteuropa – vor allem Jugendliche und junge Erwachsene betroffen.

Weit über 80 Prozent der Infektionen in Russland geschehen heute durch intravenösen Drogengebrauch. Weltweit sind es, nach Angaben der UNO, nur fünf bis zehn Prozent.[4] Inzwischen gewinnt in Osteuropa aber auch der heterosexuelle Übertragungsweg mehr und mehr an Bedeutung. Dabei zeigen die Erfahrungen der Länder des Südens, dass ein steigender Frauenanteil unter den Neuinfizierten ein Indikator dafür ist, dass die Epidemie zunehmend durch heterosexuellen Verkehr übertragen wird und im Begriff ist, sich in der Mitte der Gesellschaft zu etablieren. Deshalb ist es Besorgnis erregend, dass der Frauenanteil unter den Neuinfizierten in der Ukraine 2001 bereits bei 38 Prozent lag – mit steigender Tendenz.

Aktuelle Ursachen und Ansatzpunkte für die Kirchen

Durch Prostitution, die seit dem Systemwechsel stark zugenommen hat, wird heute in Osteuropa die Infektion in breitere Bevölkerungsschichten hineingetragen. Eine relativ große Zahl der osteuropäischen Frauen, die durch Sexarbeit ihr Geld verdienen muss, ist drogenabhängig. Prostitution ist oft der Weg, die eigene Drogensucht zu finanzieren. So liegt eine Hauptursache für die drohende Ausbreitung von HIV/Aids darin, dass Männer ungeschützten Verkehr mit männlichen oder weiblichen Prostituierten haben, die drogenabhängig sind. Die Freier, die sich bei diesem Personenkreis anstecken, geben ihre Infektion – meist unwissentlich – an andere Menschen, beispielsweise ihre Ehefrauen, weiter. Es sind in erster Linie promiskuitive Männer, die durch ungeschützte Sexualpraktiken die Infektion in die Mitte der Gesellschaft tragen. Leider haben auch Jugendliche ungeschützten Sexualverkehr – unter anderem mit weiteren, drogenabhängigen Jugendlichen.

HIV/Aids wird also verstärkt ein Thema in den östlichen Ländern Europas und damit auch in den Partnerkirchen und den Instituten, mit denen wir durch diakonische und karitative Aufgaben und Hilfen verbunden sind.

Derzeit erleben wir, dass HIV/Aids, Drogenkonsum und der Umgang mit neuen Jugendkulturen stärker von deutscher Seite in die Gespräche mit den osteuropäischen Partnerkirchen eingebracht wird. Dies kann zu einer Neu-Qualifizierung der theologischen Gespräche mit den orthodoxen Partnerinnen und Partnern sowie den Minderheitenkirchen Osteuropas führen: Und zwar, indem HIV/Aids sowohl wieder in Deutschen Kirchen verstärkt thematisiert, aber dann auch in den ökumenischen Begegnungen als Herausforderung an kirchliches Handeln begriffen wird.

Ein Beispiel aus einer evangelischen Kooperation mit Partnern in Osteuropa hat gezeigt, dass nach Auskunft des *Polnischen Ökumenischen Rates* (PÖR) weder die *Evangelische Kirche Augsburgischen Bekenntnisses* (EAKwP) noch die *Evangelisch-Reformierte Kirche in Polen* sich bisher mit dem Thema HIV/Aids beschäftigt – weder auf Synodenebene, noch von Seiten der Kirchenleitungen. Selbst in kirchlichen Fortbildungszentren und theologischen Diplomarbeiten seien keinerlei Hinweise

auf die Auseinandersetzung mit diesem Thema zu finden. Das Thema HIV/Aids sei in der Kirche noch immer weitgehend mit einem Tabu belegt, so die Einschätzung des PÖR.

Zunächst wird es in vielen Kontakten zu den osteuropäischen Partnern und Partnerinnen um ein Suchen nach den angemessenen Ebenen gehen, um dann wirklich HIV/Aids auf der Tagesordnung für den innereuropäischen Dialog zu verankern.

Ute Hedrich

[1] Vgl. Tatjana Bateneva / Torsten Brezina: Russlands verkannte Epidemie in: Entwicklung und Zusammenarbeit, Zeitschrift der GTZ, Jg. 44, Nr. 2/2003, S. 66

[2] Vgl. Klemens Ochel: „Das Fenster der Hoffnung schließt sich", unveröffentlichtes Manuskript des Missionsärztlichen Instituts Würzburg – katholische Fachstelle für internationale Gesundheit, Würzburg 2003, S. 4

[3] Vgl. taz vom 09.07.2002

[4] Vgl. Bateneva/Brezina 2003, S. 66

Ist die normative Sexualethik angesichts von HIV/Aids am Ende?

„Viele Menschen wollen von mir wissen, warum ich mit dem HI-Virus lebe, wie es dazu gekommen ist, aber sie fragen nicht, wie es mir geht". So klagte eine junge Frau in Namibia – und dies ist kein Einzelfall.

Die Geschichte, die Story, ist interessant, weil es da dann um Liebe und Sexualität, um Leidenschaft, oder um Verbotenes, Dunkles, aber vielleicht auch um Gewalt, Vergewaltigung geht. Manches in solchen Geschichten mag eigene Phantasien berühren, jedoch schafft man(n) und frau schnell Distanz mit moralischen Werten und Urteilen. So mag dann beispielsweise gesagt werden: „Sex vor der Ehe darf nicht sein!", „Sexualität hat nur einen Platz in einer Ehe und sonst nirgends!", „Da sieht man, wohin Schwulsein führt!" oder aber „Straft Gott nicht Sünder?".

Nicht nur in Namibia, sondern auch in Deutschland und anderswo wird HIV/Aids schnell im Zusammenhang mit Schuld und Sünde, mit Strafe und Verfehlungen und vor allem mit Sexualität gesehen.

Sexualität wurde zu einem Kriterium für Heiligkeit nicht nur in der Mission des 19. Jahrhunderts, sondern auch in vielen Teilen der weltweiten Kirche. Zwischen Keuschheit und monogamer Ehe gab es keinen wirklichen Spielraum. Normen und Werte waren gesetzt, fassten das Moralische in Gesetze – losgelöst und unabhängig vom einzelnen Fall und einzelnen Menschen.

In mancher Hinsicht hatte auch Jesus feste Normen und Werte. So verstand er sein Kommen in die Welt als ein Gesandtsein zu den „verlorenen Schafen Israels" (vgl. Matth. 15, 24): Jesus beharrte auf seinem Verständnis und bekräftigte es mit klaren Worten, als eine kanaanäische Frau zu ihm kam im festen Vertrauen, dass Jesus ihre Tochter von bösen Geistern befreien könne. Zuerst scheint sich Jesus von der Situation der Tochter und damit auch der bittenden Mutter nicht berühren lassen zu wollen. Die Mutter lässt aber nicht nach und argumentiert mit Jesus, ja streitet fast mit ihm. Sie bewegt Jesus, den eigenen Standpunkt zu überdenken.

Und tatsächlich: Jesus verlässt seinen festen Standpunkt und verspricht die Heilung der Tochter. Jesu Blickwinkel hatte sich verändert: Nicht mehr standen die festen Überzeugungen im Vordergrund, sondern das Leben der Frau und ihrer Tochter. Die eigene Sichtweise beginnt zu schwanken, muss revidiert und verändert werden durch die Argumente, die Situation, das Leben und die Not der anderen.

HIV/Aids stellt eine an Werten und festen Normen orientierte Sexualethik in Frage. Das Schwanken kommt, wenn wir genauer hinsehen, wenn die Geschichten lebendig werden, die vor der Infektion mit dem HI-Virus begonnen und über die Tatsachenschilderung der Infektion hinausgehen.

Dazu ein paar Beispiele:

> *Eine Frau in Dar-es-Salaam prostituiert sich, nicht nur um ihr eigenes Studium zu finanzieren, sondern auch um etwas Geld nach Hause zu schicken.*

> *Jugendliche teilen ihr Drogenbesteck in Jakarta als Zeichen von Freundschaft und Solidarität miteinander und hatten noch nichts über Aids, die Übertragungswege und die steigenden Zahlen in Indonesien gehört.*

> *Eine Frau in Deutschland erfährt erst im Rahmen der Schwangerschaftsvorsorge-Untersuchungen, dass sie mit HIV lebt – und war doch ihrem Mann treu.*

Armut, Gewalt, Abhängigkeitsverhältnisse, der Geschlechterkampf und die oft noch immer untergeordnete Rolle von Frauen, Bildung und Aufklärung, fehlende Akzeptanz von Homosexualität in der Gesellschaft und Kirche .. – all dies bestimmt Sexualität mit und macht Sexualität abhängig von der jeweiligen Situation. HIV/Aids fordert uns heraus, genauer hinzuschauen, nicht bei den alten Festlegungen zu bleiben, sondern wie Jesus den Standort zu wechseln, zu verstehen, zu hören und zu sehen, was anliegt.

Dann wäre auch das Leben der eingangs erwähnten jungen Frau mit dem Virus wichtig und der Nachfrage bedürftig. Dann wären nicht Werte und Normen der einzige Maßstab für das christliche Leben – sondern das, was unter den gegeben Umständen im Glauben und in aller Verantwortung vor Gott und den Menschen aus dem Leben Heiligkeit macht. Dazu wechselt Jesus den Standpunkt.

Gott eröffnete Jesus eine neue Sichtweise in den Worten der kanaanäischen Frau. In Worten, Geschichten und auch unausgesprochen Bitten von Menschen, die mit HIV leben oder von HIV betroffen sind, fordert Gott uns heute heraus, neue, nicht gesetzlich-verurteilende, sondern verstehende Zugänge zu einer neuen Sexualethik in unseren Kirchen zu finden. Für diese Standortwechsel gibt es keine Patentrezepte: Allein Gottes Geist, die Kraft der Liebe sowie Veränderung können solche Wechsel anstoßen, können ermöglichen, dass es nicht mehr anstößig noch verstoßend ist, über Sexualität und Verantwortlichkeit in vielen unterschiedlichen Situationen auch in den Kirchen offen zu sprechen.

Auch dies hat seinen Ort und Platz im *Aktionsbündnis gegen AIDS*, denn: Leben ist ein Menschenrecht und zugleich ist Leben Gottes Wille und Auftrag für uns.

Ute Hedrich

9. Welche Maßstäbe setzt die Bergpredigt für die Prävention?

Die notwendigen sozialen und wirtschaftlichen Reformen[1], die der weiteren Ausbreitung von HIV/Aids erfolgreich entgegenwirken würden, werden nicht über Nacht geschehen. Menschenleben müssen aber geschützt werden und zwar mit den effektivsten Mitteln, die uns zur Verfügung stehen. Gleichzeitig müssen Präventionsmaßnahmen die Freiheit des Gewissens von Einzelnen und Gruppen in Gesellschaften mit unterschiedlichen moralischen und religiösen Traditionen respektieren.

Die von HIV/Aids am meisten betroffenen Länder haben unter anderem eines gemeinsam: eine junge Bevölkerung. Im Schnitt sind 50 Prozent unter 15 Jahre alt. Diese enorme menschliche Ressource ist ein Geschenk und gleichzeitig eine große Verantwortung. Viele junge Menschen zwischen 15 und 25 Jahren tragen das Virus bereits in sich. Es drängt sich die große Aufgabe auf, die nicht und noch nicht infizierten Kinder, Jugendlichen und Erwachsenen vor der Infektion zu schützen. Dies muss absolute Priorität haben.

In ihrer Veröffentlichung „The Reality of HIV/AIDS“ [2] eröffnen die Autoren einen Zugang zum Thema HIV/Aids, der auch für Überlegungen zur Prävention sehr hilfreich zu sein scheint. Die Tugenden der Bergpredigt: Wahrheit und Wahrhaftigkeit, Freiheit und Befreiung, Gerechtigkeit und gerechtes Handeln, Frieden und Frieden stiften können uns helfen, einen Rahmen zu spannen für authentisches menschliches und christliches Engagement in der Präventionsarbeit.

Wahrheit und Wahrhaftigkeit

Unwissenheit, halbes Wissen oder Falschinformation sind ideale Wegbereiter für die Ausbreitung des HI-Virus. Darum muss Aufklärung klar und deutlich machen, wie man sich infizieren kann (Austausch von körperlichen Flüssigkeiten wie Blut, Sperma und Muttermilch) und wie man sich vor einer Infektion schützen kann. (Alle Blutkonserven sind vor einer Übertragung auf das Virus zu testen, Abstinenz von sexuellen Beziehungen, absolute Treue beider Partner, Benutzen von Kondomen, Behandlung der werdenden Mutter vor und während der Geburt, Zugang zu Testmöglichkeiten, etc.). Aufklärung muss ehrlich, offen und umfassend sein. Und sie muss früh genug ansetzen – bevor Kinder ins sexuell aktive Alter kommen. Ziel ist es, durch Wissen eine Verhaltensänderung herbeizuführen, etwa das Alter erster sexueller Kontakte möglichst hinauszuschieben oder Mädchen zu befähigen, selbstbestimmt zu leben. In vielen Kulturen ist das Sprechen über Sexualität tabu – hier muss Sprache gefunden, das Schweigen gebrochen, müssen Wege der Erklärung gesucht werden.

Es ist schwer genug einem Partner, einer Partnerin die eigene Infektion mitzuteilen: Ängste vor Schuldzuweisung, Trennung, Gewalt müssen überkommen werden. Und was dann? Ist die einzige Antwort für das Weiterbestehen der Beziehung sexuelle Abstinenz? Viele kirchlichen Autoritäten würden dafür plädieren. Andere kirchliche Stimmen – es sind oft die in der Pflege engagierten, in Gesprächs- und Beratungsdiensten und der Seelsorge tätigen Menschen – werben um mehr Respekt und Zurückhaltung. Sie sehen gerade in der Situation der Verzweiflung, des Verlassenseins der Betroffenen auch die Not und das große Bedürfnis auch nach körperlicher Nähe, nach Angenommensein, nach Trost und Liebe. Um diese liebende, körperliche Nähe möglich zu machen, ohne das Risiko einer Ansteckung des Geliebten in Kauf zu nehmen, ist das Kondom der Weg, dieses Risiko zu minimieren. Manche würden sagen, dass die Benutzung von Kondomen „das kleinere Übel“ ist, manche, dass sie in Zeiten von HIV/Aids zwingend notwendig ist. Andere argumentieren moraltheologisch, dass es einen Unterschied gibt zwischen der Benutzung eines Kondoms zur Verhütung einer Schwangerschaft (potenzielles Leben wird ausgeschlossen) und der Benutzung eines Kondoms zum Schutz des Nichtinfizierten (potenzielle Ansteckung mit einer Infektion, die noch immer zum Tode führt, wird relativ sicher ausgeschlossen). Diese Überlegungen unterminieren aus Sicht der Autorin nicht den katholischen Standpunkt, dass sexuelle Abstinenz vor der Heirat und Treue in der Ehe ideale Möglichkeiten sind, die Verbreitung des HI-Virus zu verhindern. Aber Letztere sind Wege, die nicht von jedem beschritten werden können und wollen.

Im Zusammenhang mit Aufklärung und Prävention hat sich viel Unwahrheit und Verunsicherung eingeschlichen. Die ethisch-moralische Ablehnung bestimmter Methoden, wie etwa das Benutzen von Kondomen, darf nicht deren medizinhygienische Wirkung relativieren.

Freiheit und Befreiung

Hier stellt sich die Frage, wie frei Jungen und Mädchen, Frauen und Männer sind, eigene Entscheidungen zu treffen – selbst wenn sie um die Wege der Infektion und mögliche Schutzmaßnahmen wissen? Wie groß sind die wirtschaftlichen, sozialen, religiösen und kulturellen Zwänge, die einer Verhaltensänderung im Wege stehen? Ich denke an die Doppelmoral in sexuellen Bereichen, an die Gewalt gegen Frauen, an Machtbeziehungen, die ausgespielt werden und zur Ohnmacht des anderen führen, an die grenzenlose Armut, die Familien zerreißt, Männer als Wanderarbeiter in die Fremde und Frauen in die Prostitution treibt. Ich denke an den Mangel an Schulbildung, den fehlenden Zugang zu Gesundheitseinrichtungen, die Arbeitslosigkeit und finanzielle Abhängigkeit. Von Zwängen und Ungerechtigkeitsstrukturen zu befreien, ist die Botschaft Jesu, der seine Mission so definiert: *Der Geist des Herrn ruht auf mir, denn der Herr hat mich gesalbt. Er hat mich gesandt, damit ich den Armen eine gute Nachricht bringe; damit ich den Gefangenen die Entlassung verkünde und den Blinden das Augenlicht; damit ich die Zerschlagenen in Freiheit setze und ein Gnadenjahr des Herrn ausrufe* (Lk 4: 18, 19).

Gerechtigkeit und gerechtes Handeln

In Kapitel 5 wird auf einige der Gründe für die rasante Ausbreitung von HIV/Aids besonders in armen Ländern hingewiesen. In Bezug auf Prävention ist hinzuzufügen, dass das Abbauen ungerechter wirtschaftlicher, politischer und sozialer Strukturen Grundvoraussetzung ist für eine gerechtere globale Ordnung, die die Ausbreitung von HIV eindämmen hilft, und die an Aids erkrankten Menschen eine effektive Behandlung ermöglicht. Damit könnte der Teufels-kreis hoher Infektionsraten, niedriger Lebenserwartung aufgrund von Aids und fortschreitende Verelendung – die wiederum ein hohes Infektionsrisiko in sich birgt – durchbrochen werden.

Friede und Friedensstifter

In Kriegssituationen und den oft daraus resultierenden Flucht- und Wanderbewegungen ist Prävention besonders schwierig zu bewerkstelligen. Wo die Vergewaltigung von Mädchen und Frauen als Kriegsstrategie eingesetzt wird, wo marodierende Soldaten ihre Macht ausspielen, wo Männer und Frauen in Flüchtlingslagern nach Nähe und Geborgenheit suchen, wo das Überleben heute zu sichern wichtiger ist als eine Infektion zu verhindern, die in einigen Jahren zu Erkrankung und Tod führen kann, werden Schutzmaßnahmen nicht praktiziert. Frieden ist notwendig für jedwede menschliche Entwicklung. Für produktive Präventionsmaßnahmen ist er unabdingbar.

Alle Maßnahmen, eine Bevölkerung vor weiterer Ausbreitung der HIV-Infektionen zu schützen, müssen eingebettet sein in ein Gesamtprogramm: Verbesserung der sozialen und ökonomischen Bedingungen, der Gesundheitsstrukturen, des Zugangs zu den notwendigen Medikamenten, der Erziehung und Ausbildung, der Pflege von Kranken zu Hause. Eine positive Gesetzgebung, der Abbau von Diskriminierung und Stigmatisierung Betroffener und vor allem der politische Wille von Regierungen und Kirchen, dieser Pandemie geschlossen entgegenzutreten, ist ausschlaggebend für den Erfolg präventiver Maßnahmen.

Der christliche Gott ist vor allem ein Schöpfergott, ein Gott des Bundes mit den Menschen, ein Gott der Beziehung und des Lebens. Er will, dass wir das Leben haben – und zwar in Fülle. Dies ist die Botschaft, die Kirchen zu den Menschen bringen müssen.

Luitgard Fleischer

---

[1] Vgl. "5. Warum triff die Pandemie arme Länder überproportional hart?"

[2] Christian Perspectives on Development Issues, The Reality of HIV/AIDS, Ann Smith, Enda McDonagh, 2003

Verändert HIV/Aids unseren Umgang mit Sterben und Tod?

Die moderne Medizin hat in ihrer entschiedenen Krankheits- und Todesabwehr ohne Zweifel beachtliche Erfolge erzielt: Die Lebenserwartung konnte in den Ländern der westlichen Welt in den letzten hundert Jahren verdoppelt, die Kindersterblichkeit dramatisch gesenkt werden. Viele infektiöse Krankheiten, die in früheren Zeiten unzählige Menschen das Leben kosteten, sind praktisch ausgerottet. In den Industriestaaten hat die Medizin dem früher so unberechenbaren und kein Lebensalter verschonenden Einbruch des Todes weitgehend Einhalt geboten. Zwar hat sie das Sterbenmüssen nicht beseitigt, es aber im Allgemeinen so weit hinausgezögert, dass Sterben gemeinhin mit einem hohen Alter assoziiert wird. Infolgedessen hatte sich seit den Fünfziger Jahren des 20. Jahrhundert in den Industriestaaten der Umgang mit dem Tod, den Toten, dem Leichnam, dem Abschiedsschmerz und der eigenen Trauer grundlegend gewandelt. Unsere Gesellschaft hat es im Großen und Ganzen verlernt, mit dem Thema der eigenen Endlichkeit umzugehen, und diesbezüglich Wissen, Strategien und Kenntnisse, die kulturelles Traditionsgut bis weit in die Neuzeit hinein bildeten, verloren. Der (scheinbar) kalkulierbare Tod bot die Möglichkeit, den Gedanken an die eigene Sterblichkeit zu verdrängen. Und die Verdrängung des realen Todes aus der Alltagswirklichkeit korrespondiert – gewissermaßen als Ersatz für das häufig nicht mehr erlebte Sterben anderer – mit der nahezu grenzenlosen, voyeuristischen Neugierde auf einen artifiziellen Tod, der aus sicherer Distanz als Sterben im Fernsehen, im Kriminalroman, Western, Kriegsfilm, in der Tageszeitung oder Ähnlichem „konsumiert" wird. Haben in früheren Zeiten Dichter, Komponisten und darstellende Künstler in Hunderten von Variationen den Tod und sein furchterregendes Geheimnis mit ihren Mitteln darzustellen versucht, sind die Todessurrogate der Moderne weit entfernt von einem solchen Memento mori, das den Philosophen als die eigentliche Quelle sowohl der Ars vivendi als auch der Ars moriendi galt. Doch nichts dispensiert auch den heutigen Menschen davor, seinen Tod zu bedenken. „Der Tod", schreibt Martin Heidegger, „ist eine Weise zu sein, die das Dasein übernimmt, sobald es ist."[1] Daran kann und wird alle Medizin nichts ändern.

Die Tatsache, dass sowohl in den Industriestaaten als auch in den Entwicklungsländern vor allem junge Menschen, auch Kinder, an Aids sterben, zwingt uns immer mehr, diese Mechanismen der Todesverdrängung zu durchbrechen. Denn auch in den Entwicklungsländern konnte in den letzten Jahrzehnten durch die Bekämpfung der Säuglings- und Kindersterblichkeit sowie durch eine bessere medizinische Versorgung die durchschnittliche Lebenserwartung vielerorts so weit angehoben werden, dass das Sterben vielfach nur noch als ein Phänomen des Alters wahrgenommen wurde. Leider hat die Aids-Katastrophe in den Ländern des südlichen Afrikas die durchschnittliche Lebenserwartung bereits wieder drastisch gesenkt. In Botswana etwa, wo beinahe ein Drittel aller Erwachsenen mit dem HI-Virus infiziert sind, ist die Lebenserwartung von 65 Jahren im Zeitraum 1990 bis 1995 auf 56,3 Jahre zwischen 1995 und 2000 gesunken. In den nächsten zwei Jahren soll die Lebenserwartung – nach der UN-Prognose „World Population Prospects: The 2002 Revision" – nur noch bei 39,7 Jahren liegen. Aber auch in Swasiland, das in der Liste der am stärksten von Aids betroffenen Länder südlich der Sahara auf Platz zwei – nach Botswana und vor Namibia – rangiert, sind die drei Zeitungen des Königreichs – die „Times", die „Swazi News" und der „Observer" – jeden Tag voll mit Todesanzeigen, bei denen die Fotos der jugendlichen Verstorbenen überdeutlich zeigen, dass hier wieder Menschen von Afrikas Geißel Nummer eins, der Immunschwächekrankheit Aids, dahingerafft worden sind.

Von solchen katastrophalen Entwicklungen sind die Industriestaaten glücklicherweise verschont geblieben. Dennoch ist auch hier ein veränderter Umgang mit den Themen Sterben und Tod erkennbar. Und es war nicht zuletzt die Krankheit Aids, die zu einem der wichtigsten Katalysatoren dieses anderen, neuen Umgangs mit dem Tod wurde. Dabei war es nicht nur die zum Teil große Distanz der Hauptbetroffenengruppen zur Kirche, die diese mit neuen, innovativen Formen der Bestattung und des öffentlichem Totengedenkens experimentieren ließ. Wesentlicher war die Suche nach kulturgemäßen und altersentsprechenden Ausdrucksformen: Denn hier starben reihenweise junge Menschen und junge Trauernde drückten ihre Verbundenheit mit den Toten aus. Dies äußerte sich nicht nur in selbst organisierten und solidarisch im Freundeskreis finanzierten Totenfeiern sowie neuen Ausdrucksformen und Ritualen bei der Bestattung (beispielsweise in bunt angemalten Särgen), welche die allgemeine gedankenlose Bestattungsroutine, die eine Folge der beschriebenen Todesverdrängung ist, aufzubrechen halfen. Die allgemeine Trauer und Anteilnahme suchte sich darüber hinaus neue gesellschaftliche Ausdrucksformen wie den Weltaidstag (seit 1988), Gedenkstätten wie Pflaster-

steine mit den Namen von Aids-Toten, die in den Boden städtischer Plätze eingefügt wurden, und weltumspannende künstlerische Projekte wie einen weltweit gefertigten Gedenkteppich (den Aids-Quilt).

Seit Beginn der Achtzigerjahre erlangten außerdem die Palliativmedizin und die Hospizbewegung durch die zunächst steigende Zahl junger, an Aids sterbender Patienten einen enormen Aufschwung. Mit der Hospizbewegung entfaltete sich eine neue Form der Solidarität, welche den Menschen in seiner letzten Lebensphase ernst nimmt und ihm durch Sterbebegleitung ein menschenwürdiges Sterben ermöglicht.

Eine in einem Wohnprojekt für Aids-Patienten engagierte Frau erinnert sich: „Das Gebet wurde leidenschaftlicher und persönlicher, die eigenen Grenzen immer spürbarer, das Angewiesensein auf Andere existenziell erfahrbar. Man lernt Angst und Ohnmacht aushalten, akzeptiert das Fehlen von Worten, geschweige denn von Lösungen, zwar als schmerzhaft, jedoch unumgänglich. Neu empfinde ich Freude an Linderung, an geschenkten Stunden, Augenblicken, Tagen. Unendlich kostbar ist das entgegengebrachte, oft grenzenlose Vertrauen. Die Dankbarkeit für ein Zuhause, für geliebte Menschen, für Geborgensein bekommt scharfe Konturen. Wo finden wir in unserer Gesellschaft noch Menschen, die im Alter zwischen 20 und 40 Jahren ihr Testament machen, ihre Beerdigung vorbereiten, Texte und Lieder für den Gottesdienst auswählen, die Todesanzeige entwerfen, ihren Modeschmuck, eine Pflanze, einen Hocker, ein selbstgemaltes Bild, die geliebte Lederjacke oder das Kuscheltier verschenken und sich von Freunden, Mitbewohnern und Betreuern bewusst verabschieden vor ihrer Reise in ein neues Leben?“ [2]

In klassischen palliativmedizinischen Einrichtungen, ambulanten und stationären Palliativeinheiten und Hospizen also, werden zwar seit 1994 in Deutschland und anderen Industriestaaten immer seltener Aids-Patienten behandelt und betreut, weil die Morbidität und Mortalität bei Aids in diesen Ländern durch die rasche Entwicklung hochwirksamer antiretroviraler Kombinationstherapien deutlich rückläufig ist. Die Impulse, die der Hospizbewegung durch die Aids-Problematik gegeben wurden, wirken aber weiter. Viele Hospize, die ursprünglich als Haus für Menschen mit HIV und Aids gegründet wurden – wie das Hamburg Leuchtfeuer Hospiz beispielsweise –, stehen heute allen schwer erkrankten Menschen offen, unabhängig von ihrem Krankheitsbild.

Für viele HIV-Positive, aber auch für ihre Freunde und Angehörigen, wurde die Erkenntnis der gefährdeten und verkürzten Lebenszeit zu der Herausforderung, besser und bewusster mit den Menschen und den Dingen umzugehen. Sie verstanden nun in besonderem Maße, dass man sein eigenes Leben gestalten muss, gemeinsam mit den Menschen, die einem wichtig sind und denen man wichtig ist. HIV und Aids zwingen auch junge Menschen, über den Sinn des Lebens und des Todes sowie des eigenen, bewusst erlebten und angenommenen Sterbens neu nachzudenken. Für nicht wenige Menschen gewann und gewinnt der Tod auf diese Weise – so belegen es unzählige Zeugnisse aus der Hospizbewegung und aus Aids-Initiativen – eine sinnbejahende Deutung in der Erkenntnis, dass dem Tod – als Teil des Lebens – eine entscheidende Bedeutung für den Existenzvollendungsprozess des Menschen zukommt. Der Mensch kann in der bewussten „Erfahrung des Vorlaufens zum Tode“ (Martin Heidegger) seine letzte Persönlichkeitsreifung erringen. Der Tod birgt in sich die Möglichkeit, Vollendung des Daseinsganzen zu sein, insofern er als ein bewusster Abschluss übernommen und – etwa im letzten Abschiednehmen von den geliebten anderen – akzeptiert wird. Ein Theologe unserer Tage formuliert diese auch zutiefst christliche Überzeugung so: „Wie die letzten Töne einer Melodie oder eines musikalischen Themas dieses erst gegenwärtig machen und es zur vollendeten Gestalt bringen, so führt auch erst der Tod das Leben zu seiner Vollendung, er bringt es zu seiner endgültigen Gestalt. Bevor der Tod eintritt, hat das Leben nur Vorläufigkeitscharakter, es ist revidierbar, noch formbar, noch offen. Erst im Tod wird das Ganze des Lebens endgültig. Deswegen kommt im Tod das Leben zu sich selbst, der Tod birgt das Leben in sich hinein, er versammelt das Ganze des Lebens in sich.“ [3]

Das Faktum, dass vor allem junge Menschen an den Folgen von Aids sterben, ruft die Tatsache ins Bewusstsein, dass alles menschliche Leben – auch junges – brüchig und gefährdet ist. Die christliche Weisheit empfahl zu allen Zeiten, sich den Tod stets vor Augen zu halten und sich so allezeit auf diesen vorzubereiten, da er zu jeder Stunde eintreten kann. „Es ist da im Leben ein Trost, ein falscher Schmeichler“, formuliert der dänische Philosoph Sören Kierkegaard die unchristliche Todesverdrängung, „es ist da im Leben ein Schutz, ein heuchlerischer Betrüger, er heißt: Aufschub.“ [4]

Der christliche Glaube kann den Menschen gegen diese Todesverdrängung das „Memento mori“ anempfehlen, weil dieser Rat im Vertrauen auf Gott und im Lichte des Auferstehungsglaubens gesprochen wird.

Aus der Kraft dieses Glaubens heraus können bei uns in christlichen Sterbehospizen Aids-Kranke begleitet und in Afrika und anderen Ländern des Südens im Rahmen der Home-based Care Tausende von Kranken und Sterbenden menschenwürdig betreut werden. Die Erkrankten und Sterbenden verbleiben in ihrem sozialen Umfeld und werden zu Hause von Familienangehörigen, Nachbarn und ehrenamtlichen Helfern in beachtenswerter Menschlichkeit und liebe-

voller Zuwendung gepflegt. Die freiwilligen Helferinnen und Helfer leben zusammen mit den Erkrankten und Sterbenden eine vorbildliche Solidarität.

Dieser Glaube kann aber vor allem auch den Trauernden trösten und dem Sterbenden aus voller Überzeugung den größten Liebesdienst erweisen, den der christliche Philosoph Gabriel Marcel so formuliert: „Einen Menschen lieben, heißt sagen: Du wirst nicht sterben!“ [5]

Es geht hier nicht um eine negligeante Verharmlosung des Todes, auch nicht um eine philosophische „Theodizee“. Angesichts von Millionen Aids-Kranken und -Toten verbietet sich der Versuch einer solchen. Das Leiden, das beispielsweise die Millionen HIV-infizierten Kinder und Aids-Waisen zu ertragen haben, kann bestenfalls im Glauben erfasst – und ertragen – werden. Nicht aber der Verstand gibt hier die Antwort, sondern nach christlicher Grundüberzeugung hat Gott sie den Menschen in jener Person gegeben, die am Kreuze unsere Krankheit getragen und unsere Schmerzen auf sich geladen hat (Jes 53, 4) – und die sich damit auch mit allen Aids-Kranken solidarisiert und identifiziert hat.

Alexander Lohner

[1] Heidegger, M.: Sein und Zeit. Tübingen 1963. S. 245

[2] Fleischer, L.: Zehn Jahre Weggemeinschaft mit HIV-Positiven und AIDS-Kranken. In: Heilung und Heil. Mitteilungen und Berichte des Missionsärztlichen Instituts Würzburg, 1/1998, S. 14-17; hier: S. 17

[3] Greshake, G.: Stärker als der Tod. Zukunft – Tod – Auferstehung – Himmel – Hölle –

Die Sprache (wieder)finden?

Erkennt doch, dass Gott mich niederdrückt, da er sein Netz rings um mich warf. Schrei´ ich: Gewalt!, wird mir keine Antwort, rufe ich um Hilfe, gibt es kein Recht. ... Meine Brüder hat er von mir entfernt, meine Bekannten sind mir entfremdet. ... Erbarmt , erbarmt euch meiner, ihr meine Freunde! Denn Gottes Hand hat mich getroffen. (Hiob 19, 6.13.22)

Ähnlich wie der verzweifelte Hilfeschrei Hiobs an seine Freunde, trifft uns der Hilfeschrei von Millionen von HIV-Infizierten und Aids-Kranken. Die bereits angesprochenen Themen der sozialen Ungerechtigkeit, der Mit-Schuld, bis hin zur kritischen Rückfrage zu unserem eigenen Umgang mit Tod und Sexualität, rufen uns nicht nur in die Verantwortung, sondern verursachen schnell eine Abwehrhaltung: Zu viel des Leides, zu groß die Verantwortung, zu klein der Mut sich seinen eigenen Vorurteilen und Ängsten zu stellen. Die auferlegte Verantwortung und die häufig vermittelte Hoffnungslosigkeit angesichts 40 Millionen HIV-Infizierter zwingt zum Weghören oder zu vorschnellen Erklärungsversuchen, die das Leid auf Distanz halten.

Hier bieten das Erleben Hiobs und die Reaktionen seiner Freunde sowohl eine kritische Auseinandersetzung mit Erklärungsversuchen, als auch Anstöße für einen befreiten Umgang mit der eigenen Sprach- und Hoffnungslosigkeit. In der Sprachlosigkeit Worte finden und in der Hoffnungslosigkeit eine Hoffnung verbreiten, sind angesichts von HIV/Aids vielleicht die originären Aufgaben christlicher Verkündigung und das Praktizieren der „Fürklage" ein Vorschlag für eine angemessene Form.

Das alttestamentliche Buch Hiob berichtet vom gottesfürchtigen, frommen und rechtschaffenen Hiob, dem unbeschreibliches Leid widerfährt. Er verliert sein ganzes Hab und Gut, seine Familie und erkrankt schwer. Im Mittelpunkt der Erzählung stehen die Gespräche zwischen dem leidenden Hiob und seinen drei Freunden: Elifas, Bildad und Zofar.

Die Fürklage als Bekenntnis eigener Sprachlosigkeit

Bei dem Leidenden zu sein ist für die Freunde des von Schicksalsschlägen gezeichneten Hiob zunächst eine Selbstverständlichkeit. Das gemeinsame Schweigen von sieben Tagen und sieben Nächten soll Zeichen ihrer Solidarität sein. Als sie dann wieder eine Sprache finden, tritt ihre Überforderung angesichts des unerklärlichen Leides Hiobs zu Tage. Ihre Erklärungsversuche sind dabei sachlich richtig: Elifas hat schon recht, wenn er daran erinnert, dass keiner wirklich gerecht ist (4, 17). Und sicher würde er sich selbst nicht ausnehmen wollen. Auch Bildads Argument, dass wir bei aller Ungerechtigkeit darauf vertrauen können, dass Gott ein gerechter Gott ist (8, 3), ist nicht wirklich falsch. Und wenn Zofar die Unergründlichkeit der Weisheit Gottes betont (11, 6), widerspricht auch Hiob dem nicht (26, 14). Mit ihren so vernünftigen und evidenten Erklärungsversuchen weisen sie aber alle die Verantwortung von sich weg und lassen Hiob in seinem Leid letztlich allein. Angesichts des Leides Hiobs ist die Rolle der Freunde als selbsternannte Anwälte Gottes, als Verteidiger eines Zustandes, der schon seinen Sinn haben wird, unangebracht. Nicht das Leid braucht einen Anwalt bei den Menschen, sondern der Leidende braucht einen Anwalt vor Gott und den Menschen. Die Freunde haben Gott missbraucht als Garant einer Ordnung, in der sie gut leben können. Hiobs Leid bleibt dabei sein Leid, die solidarische Gemeinschaft der Freunde eine Selbstrechtfertigung.

Auch mit der Klärung der Schuldfrage ist dem Leid und der Ungerechtigkeit noch nicht beizukommen (36, 1-14). Auch das Bewusstsein der kreatürlichen Niedrigkeit des Menschen (4, 17) hilft dem Leidenden noch nicht, schon gar nicht, wenn man sich mit dem Leid als göttliche Erziehungsmethode abfinden will (33, 19-30). Das widerfahrene Leid bleibt trotz der Unergründlichkeit der göttlichen Weisheit, trotz des Bewusstseins eigener Mitverantwortung eine „zum Himmel schreiende Ungerechtigkeit" – und genau das ist es, was Hiob macht: Er schreit zum Himmel. Und vielleicht ist es auch das, was die Freunde Hiobs besser hätten tun sollen: Mit ihm klagen, für ihn klagen. Mit einer solchen Fürklage hätten sie sich - vor Gott und der Öffentlichkeit – an die Seite Hiobs gestellt und die eigene Sprachlosigkeit vor Gott gebracht. Eine solche Fürklage hätte auch zum Ausdruck gebracht, dass der Ist-Zustand kein gerechter ist, ganz egal welche Ursachen und Gründe es dafür geben mag.

Die Kirche, die um das Urteil Gottes über seiner Schöpfung weiß (Gen 1, 31), darf und kann sich nicht mit dem Zustand der Welt und dem Leid von Millionen HIV-Infizierten abfinden. So wie es ist, ist es eben nicht gut.

Die Hoffnung christlicher Fürklage

Fürklage will dem Leidenden eine Stimme geben, ist geistliche Anwaltschaft. Eine solche Anwaltschaft entspricht dem prophetischen Auftrag der Kirche: das unverblümte Aussprechen der Realität, die Klage über die gesellschaftlichen und sozialen Missstände. Eine Fürklage, die vor der Anklage, auch der Selbstanklage nicht zurückschreckt. Christliche Anwaltschaft erkennt in der Klage aber nicht nur ihre besondere Aufgabe, sondern weiß sich auch in besonderer Weise begabt. Denn die christliche Klage kennt eine Hoffnung und ist nicht ein leeres Jammern über die Ungerechtigkeit der Welt.

Christliche Fürklage hat gerade darin ihr Spezifikum, dass sie sich auf die Hoffnung der Verheißungen Gottes stützt. Und zur Fürklage gegenüber Gott sind wir, gerade im Bewusstsein unserer Mitverantwortung an der Situation, aufgerufen. Denn Gottes Gerechtigkeit ist uns nicht verheißen als eine, die uns gerecht richtet, sondern als eine, die sich über unsere Schuld und unser Leid erbarmt und uns aufrichtet. Es ist unser Glaube an die Gerechtigkeit Gottes, der uns freispricht und zur Klage führt, der das Klagen uns erst ermöglicht, ja, zur Klage auffordert.

So kennt auch die Klage Hiobs einen Adressaten und eine Hoffnung: *Doch ich, ich weiß: mein Erlöser lebt, als letzter erhebt er sich über dem Staub. Ohne meine Haut, die so zerfetzte, und ohne mein Fleisch werde ich Gott schauen* (19, 25).

Das auf diese Verheißung gestützte Gebet des Christen, die Hoffnung die im kyrie eleison ihren Ausdruck findet, diese Hoffnung ist es, die dann auch zum Handeln befähigt. Eine hoffende Kirche kann deshalb nicht beim Schweigen bleiben, sondern hat angesichts der Ungerechtigkeit ein geistliches und politisches Mandat. Für die Menschen die unter den Auswirkungen von HIV/Aids leiden hat sie zu klagen, hoffen und handeln.

Christliche Fürklage als Gottesbegegnung

Hiob weigert sich dann auch, die von den Freunden angemahnte Haltung des Duldens einzunehmen: *Erkennt doch, dass Gott mich niederdrückt* (19, 6). Hiob pocht zunächst auf sein reines Gewissen und bringt seine Klage vor Gott. Die Freunde Hiobs bleiben mit ihren Erklärungsversuchen „auf dem Boden". So ist es auch nur Hiob, der aus dem „Wettersturm" eine Antwort erhält: Im Angesicht der Geheimnisse der guten Schöpfung Gottes, die ihm in der Gottesrede so plastisch beschrieben werden (40, 6-26), erkennt Hiob seine eigene Geschöpflichkeit, die nie frei von der Verstrickung in Schuld ist (42, 6). Das Geheimnis der Schöpfung wird für Hiob zur Metapher seines eigenen Leidens.

So erhält die Klage Hiobs recht vor Gott und wird erhört. Das Deuten und Erklären der Freunde hingegen verurteilt Gott: *Mein Zorn ist entbrannt über dich [Elifas] und deine beiden Gefährten; denn ihr habt nicht recht von mir geredet wie mein Knecht Hiob* (42, 7). In ihrem Lamentieren und Erklären blieb Gott ein unbekannter Gott, ein Gott des Hörensagens. Gott gibt der Klage Hiobs recht und erweist sich Hiob als der Mächtige, als der, der sich seines Leidens erbarmt. Am Ende erhält Hiob sicher keine abschließenden Antworten, sein Leid aber wird gewendet und er ist um eine echte Gottesbegegnung reicher: *Vom Hörensagen nur hatte ich von dir vernommen; jetzt aber hat mein Auge dich geschaut* (42, 5).

Im Wissen darum, dass Gott diese Schöpfung gut gemacht hat, können wir auch das Leid und die Ungerechtigkeit angesichts von HIV/Aids nicht schweigend erdulden, sondern sind zur Fürklage vor Gott und den Entscheidungsträgern in Politik und Wirtschaft aufgerufen. Und durch die Hoffnung unseres Glaubens zur Klage sind wir begabt und eingeladen: Den Menschen, die mit HIV/Aids leben, zur Hilfe; uns zu einem neuen Bewusstsein; und beiden – auf Verheißung hin – zu einer echten Gottesbegegnung.

Matthias Börner

Verzeichnis der Autoren und Autorinnen

Börner, Matthias

Theologischer Studienleiter
Ökumenische Werkstatt der Vereinten Evangelischen Mission, Wuppertal

Fleischer, Luitgard

Arbeitsgruppe „Gesundheitsdienste und HIV/AIDS"
Missionsärztliches Institut Würzburg

Hedrich, Ute

Pfarrerin
Amt für Mission, Ökumene und kirchliche Weltverantwortung (MÖWe)
der Evangelischen Kirche von Westfalen, Dortmund

Jakob, Dr. Beate

Grundsatzreferentin
Deutschen Institut für Ärztliche Mission (DIFÄM), Tübingen

Link, Martina

Koordinatorin der AIDS-Seelsorge
Evangelische Landeskirche in Württemberg, Stuttgart

Lohner, PD Dr. Dr. Alexander

Theologischer Grundsatzreferent
Misereor, Aachen

Steubing, Dr. Hans Jürgen

Fachreferent für ökumenische Diakonie
Evangelische Kirche in Hessen und Nassau, Darmstadt

Kontakt zum Fachkreis Ethik und Theologie

Ute Hedrich
Amt für Mission, Ökumene und kirchliche Weltverantwortung (MÖWe)
Olpe 35 | 44135 Dortmund

Kontakt zum Aktionsbündnis gegen AIDS

Aktionsbündnis gegen AIDS c/o DIFÄM
Paul Lechler Straße 24 | 72076 Tübingen

Impressum

Herausgeber: Aktionsbündnis gegen AIDS
Redaktion: Ute Hedrich und Matthias Börner (V.i.S.d.P.)
Satz: neorange(.de)
Druck: Druckerei der Evangelischen Kirche in Hessen und Nassau

Nachdruck gegen Beleg und Quellenangabe frei.