

AIDS - Orientierung und Wege in der Gefahr

Eine Kirchliche Stellungnahme, 1988

EKD-Text 24

Inhalt

Vorwort	1
I. Einleitung	2
II. Problemdarstellung	
1. Das Ausmaß des AIDS-Problems	3
2. Die Schwierigkeiten in unserer Gesellschaft, mit der Krise umzugehen.....	4
3. Situation und Betroffenheit der einzelnen Gruppen.....	6
4. Fallschilderungen	8
III. Orientierungen	
1. Krankheit und Menschenbild	11
2. Annahme	12
3. Verantwortliche Sexualität	14
IV. Empfehlungen	15

Vorwort

Als Anfang 1987 die Nachrichten von der Bedrohung der Krankheit AIDS die Medien beherrschten, ging ein großes Erschrecken durch unser Land. Die Befürchtung, mit einer tödlichen Krankheit infiziert werden zu können, schockierte weite Teile der Bevölkerung. Betroffenheit über das Schicksal derjenigen, die bereits infiziert oder erkrankt waren, war vergleichsweise wenig zu spüren. Zu der Krankheit gesellte sich panikartige Furcht wie eine Seuche eigener Art. Rasch zeigten sich die sozialen Folgen für diejenigen, die als Erkrankte bekannt waren. Man begegnete ihnen mit Voreingenommenheit und Anfeindung.

Mittlerweile ist die Krankheit weiter vorangeschritten. Innerhalb eines Jahres hat sich in verschiedenen Bereichen des Landes die Zahl der Erkrankungen verdoppelt. Auch die Verdrängung des Problems, Ratlosigkeit, Über- und Unterreaktionen haben ihren Fortgang genommen. Seitdem aber das Risiko, infiziert zu werden, kalkulierbar geworden ist, und die tatsächlichen Übertragungswege allgemein bekannt sind, nimmt das Interesse der breiten Bevölkerung an AIDS und den von dieser Krankheit Betroffenen ab. Beginnen wir, uns an die erschreckende Bedrohung und ihre Opfer zu gewöhnen?

AIDS ist eine ernste Herausforderung für unser Gemeinwesen. Wir müssen besonnen und verantwortungsbewußt handeln und leben, damit die Krankheit AIDS keine Chance bekommt. Und wir müssen uns unvoreingenommen und mit wahrer christlicher Liebe derer annehmen, die infiziert wurden, und derer, bei denen die Krankheit bereits ausgebrochen ist. Nicht nur Staat und Gesellschaft müssen jetzt ihre Aufgabe erkennen, auch und gerade die Christen sind gerufen.

Der Rat der Evangelischen Kirche in Deutschland hat einen Expertenkreis aus Medizinern, Sozialethikern und Vertretern verschiedener anderer Fachrichtungen beauftragt, den Entwurf einer kirchlichen Äußerung vorzubereiten, der auf grundlegende Fragen im Zusammenhang mit HIV-Infektion und AIDS-Erkrankung eingeht. Es sollten insbesondere ethische, soziale, anthropologische und theologische Fragen bedacht und Orientierungen erarbeitet werden. Viele Anregungen aus kirchlichen Stellen, Gremien und Einrichtungen haben in der vorliegenden Ausarbeitung Berücksichtigung gefunden. Der Rat der EKD übergibt das Ergebnis dieser Arbeit der Öffentlichkeit in der Hoffnung, daß es zu mehr Gemeinsamkeit im Kampf gegen die Krankheit beiträgt, Anregungen für eine offene und kritische Diskussion vermittelt, aber auch Wegweisung für das jetzt erforderliche mitmenschliche und verantwortliche Verhalten gibt.

Juli 1988

Bischof Dr. Martin Kruse
Vorsitzender des Rates der EKD

I. Einleitung

Viele Stimmen sind bislang zum Thema AIDS laut geworden. Teilweise widersprechen sich die öffentlich geäußerten Meinungen. In dieser Situation ist es nicht möglich, ein abschließendes und nur auf Zustimmung zielendes Wort zur Sache zu sagen. Zu unübersichtlich ist die Lage, zu unabsehbar die weitere Entwicklung. Neben der Angst vor einer weltweiten Katastrophe steht die Warnung vor übertriebenen Ängsten. Auf der einen Seite ist durch die öffentlichen Medien eine Flut von Informationen zum Thema AIDS über uns hereingebrochen, auf der anderen Seite gibt es vielfach ein hohes Maß an Abwehr, Desinteresse und nicht zuletzt Fehlinformationen bis in Kreise der Bevölkerung hinein, von denen man eine besondere Sachkunde erwartet. Eine tiefe Verunsicherung im Blick auf die zur Geltung zu bringenden Werte und ethischen Orientierungen ist weithin verbreitet.

In dieser Situation will die Evangelische Kirche in Deutschland mit einer Stellungnahme zur Klärung und Orientierung beitragen. Sie läßt sich dabei von Einsichten des christlichen Glaubens leiten. Der Glaube ist uns Anlaß zu einer nüchternen Wahrnehmung der Wirklichkeit und zu einem liebevollen Umgang mit den Menschen in unserer Gesellschaft und ihren Problemen. Im Vertrauen auf Gott den Schöpfer, Erlöser und Versöhner sehen wir unsere Mitverantwortung in einer Situation, in der die Unsicherheiten und Fragen größer sind als die Lösungen und Antworten. Wir Christen sollten versuchen, der Angst vor AIDS das ihr zukommende Maß zu setzen, zugleich aber auch die realen Bedrohungen und Gefährdungen menschlichen Lebens nicht leichtfertig zu überspielen.

In diesem Sinne wenden wir uns besonders an die Gemeinden in der evangelischen Kirche und darüber hinaus an die Öffentlichkeit in unserem Lande, insbesondere an die Verunsicherten und Betroffenen, die AIDS-Infizierten und AIDS-Kranken und ihre Betreuer, die Verantwortlichen in Politik und Gesellschaft.

Wir alle müssen davon ausgehen, daß es sich bei der AIDS-Krankheit nicht um ein Sonderproblem bestimmter Gruppen, etwa der Homosexuellen oder der Drogenabhängigen handelt, sondern um eine Bedrohung der gesamten Gesellschaft. Die zahlreichen, gerade auch kirchlichen Stellungnahmen, die bis heute zu diesem Thema vorliegen, kreisen um eine Warnung vor einer Ausgrenzung der Betroffenen, um die Hilfe für die Kranken und um die Möglichkeiten der Seelsorge und praktischen Hilfen der Kirche. Wir begrüßen, daß eine wachsende Einheitlichkeit der Meinungen in den Stimmen der Kirchen deutlich wird. Die Kirchen beteiligen sich an den kontroversen Diskussionen um Maßnahmen und Strategien nicht, sondern konzentrieren sich auf die seelsorgerlichen und diakonischen Dimensionen des Themas. Es ist die Aufgabe der Kirche, daß sie sich in Seelsorge und Diakonie der AIDS-Kranken annimmt, wo immer sie ihnen begegnet und wo sie darum gebeten wird. Sie ist für sie da, wie sie für alle Kranken in ihren Ängsten, Konflikten und Verzweiflungen da ist. Dies ist ein entscheidender Schwerpunkt in ihrer Mitverantwortung in den verschiedenen Bereichen der AIDS-Bekämpfung, angefangen vom Vorbeugen, über die Betreuung und Begleitung der Betroffenen und ihres sozialen Umfeldes bis hin zur gesellschaftlichen Mitverantwortung.

II. Problemdarstellung

1. Das Ausmaß des AIDS-Problems

Der Erreger des erworbenen Immunschwächesyndroms (AIDS) ist das menschliche Immunschwächevirus (HIV). Dieses Virus bleibt nach einer Infektion lebenslang im Körper und macht vor allem Blut und Genitalsekrete infektiös. Das Virus vermehrt sich vorwiegend in bestimmten Zellen des Immunsystems, aber auch im Gehirn und im übrigen Nervensystem und zerstört diese Zellen. Nach einem Zusammenbruch des Immunsystems kommt es durch sonst meist harmlose Erreger zu nicht mehr beherrschbaren anderen Infektionskrankheiten. Die langsame Zerstörung des Gehirns kann zu einer fortschreitenden Intelligenzverminderung und zu plötzlich auftretenden schweren neurologischen und psychiatrischen Erkrankungen führen. Viele Patienten leiden auch unter seltenen Krebserkrankungen, wie dem sogenannten >>Kaposi-Sarkom<< oder Tumoren des Lymphsystems. Die überwiegende Zahl der Infizierten wird nach heutigem Wissensstand erkranken und an AIDS sterben.

AIDS, das erstmals 1981 in den USA als neues Krankheitsbild erkannt wurde, hat sich weltweit ausgebreitet. Ende Juli 1987 waren der Weltgesundheitsorganisation mehr als 55 000 Erkrankungen aus 122 Ländern gemeldet, davon über 38 000 aus den USA und 1100 aus der Bundesrepublik Deutschland. Davon ist jeweils über die Hälfte bereits verstorben. Die Dunkelziffer an bisher nicht bekannten Erkrankungen ist wahrscheinlich viel höher. In allen Ländern mit einigermaßen verlässlichen Meldedaten verdoppelt sich die Zahl der Erkrankten etwa jedes Jahr.

Die mittlere Inkubationszeit, d. h. also die Zeit zwischen der Aufnahme des Virus und der Erkrankung, wird heute auf etwa zehn Jahre geschätzt, Deshalb sehen wir an den Erkrankungen immer nur die Ausbreitung des Virus vor vielen Jahren. Es wird angenommen, daß heute bereits etwa 120000 Deutsche, 1,5 Millionen US-Amerikaner und über 5 Millionen Afrikaner infiziert sind. Bereits für 1991 rechnet die Weltgesundheitsorganisation mit weltweit 50 bis 100 Millionen Infizierten.

Das Virus wird hauptsächlich beim Geschlechtsverkehr übertragen. Die Infektionsgefahr besteht bereits bei einem einzigen Kontakt. Die Ausbreitung des Virus erfolgt besonders schnell bei Personen mit häufig wechselnden Intimpartnern. Prinzipiell stellt jedoch jeder Intimkontakt mit einer Person, deren Infektionsstatus unbekannt ist, ein Infektionsrisiko dar. Besondere Besorgnis gilt dabei auch den Jugendlichen in der Phase der Partnersuche und der sexuellen Unsicherheit.

Ein weiterer wichtiger Übertragungsweg ist der Kontakt mit infektiösem Blut. Ein beträchtlicher Teil der Personen mit intravenösem Drogenmißbrauch ist durch die gemeinsame Benutzung von Spritzen und Nadeln infiziert worden, unter ihnen zunehmend besonders Jugendliche und junge Erwachsene. Auch sind bis zur Einführung entsprechender Kontrollmaßnahmen im Jahre 1985 viele Bluter durch Gerinnungsfaktoren-Präparate infiziert worden. Selten wird das Virus durch Kontakt mit Blut auf medizinisches Personal und auf Pflegepersonen von Erkrankten übertragen. Seltene andere Übertragungen durch Kontakt mit Blut im täglichen Leben sind nicht auszuschließen. Auch die normale Bluttransfusion hat in Europa trotz der Untersuchung aller Blutspender ein minimales Restrisiko.

Besonders tragisch ist die Übertragung des Virus von einer häufig noch gesunden, aber infizierten Schwangeren auf ihr Kind. Dies erfolgt bei etwa der Hälfte der infizierten schwangeren Frauen. Eine AIDS-Erkrankung bei Kleinkindern ist oft das erste Zeichen dafür, daß die Mutter oder beide Eltern infiziert sind.

Ein Impfstoff zum Schutz der noch nicht Infizierten ist in den nächsten Jahren und vielleicht sogar in den nächsten Jahrzehnten nicht zu erwarten. Auch eine Behandlung, die das Virus aus dem Körper verdrängt, ist nicht in Sicht. Die derzeit einzige Möglichkeit, die Ausbreitung des Virus in der Bevölkerung zu verlangsamen, ist die Verhinderung der Infektionsübertragung.

2. Die Schwierigkeiten in unserer Gesellschaft, mit der Krise umzugehen

Die HIV-Infektion ist eine schleichende und sich ständig ausweitende Bedrohung, von der immer mehr Menschen betroffen sind. Mit Sorge beobachten wir, daß unsere Gesellschaft in erstaunlichem Maße Schwierigkeiten hat, die Situation richtig zu beurteilen und angemessen damit umzugehen. Sie tut sich schwer, in rechter Weise darauf zu reagieren, die wirklich geeigneten Mittel und Wege zu ihrer Bewältigung zu finden sowie das eigene Verhalten angemessen zu ändern.

Das Ungenügen der Reaktion unserer Gesellschaft auf die Bedrohung zeigt sich u. a. in folgendem:

a) Die öffentliche Diskussion über die Krankheit AIDS ist stark von Schuldzuweisungen und moralischen Herabsetzungen belastet. Viele meinen, daß sich nur die gesellschaftlichen >>Randsiedler<< und Personen mit stark abweichendem und unbürgerlichem Verhalten infizieren. Ausgrenzung und Schuldzuweisung können dabei bereits in der Art liegen, wie über AIDS gesprochen wird. Moralismus und Voyeurismus fließen nicht selten mit ein. Über AIDS gleichsam >>pikant<< zu sprechen, steht im krassen Gegensatz zu der Wirklichkeit der Erkrankung und dem tragischen Schicksal derer, die von AIDS betroffen sind. Es ist vielen nicht deutlich, in wie starkem Maße sich gesellschaftliche Ausgrenzungsmechanismen aus solchen unbedachten Grundhaltungen speisen. Das Verständnis für Gefährdete und Betroffene wird dadurch nur umso schwerer gemacht.

b) An der AIDS-Diskussion in der breiten Bevölkerung fällt auf, daß sie sehr stark an der durchaus verständlichen Frage orientiert ist, >>wie schütze ich mich selbst?<< Das Interesse an den Schicksalen der Betroffenen ist oft vergleichsweise gering, die Aufgabe, Betroffenen zu helfen und für sie einzutreten, wird dem Gesundheitswesen und den >>Zuständigen<< überlassen. Es ist gewiß verständlich, ja notwendig, wenn jeder in dieser Situation auch an sich selbst, an seine eigene Sicherheit und seinen eigenen Schutz denkt. Oft aber gehen mit einer nur auf sich selbst gerichteten Orientierung auch Schuldzuweisung, Diffamierung, Stigmatisierung und Ausgrenzung der Betroffenen in offener oder auch versteckter Form einher. Es sind auch >>Panikeffekte<< zu beobachten, d.h. der Versuch, sich selbst zu retten und dabei in Kauf zu nehmen, daß andere dabei gleichsam >> niedergetrampelt<< werden. Der christliche Glaube hilft, unserem Nächsten in wacher Liebe zu begegnen.

c) Die Unsicherheit der Gesellschaft wird auch in einer breiten >>kollektiven Verdrängung<< und Verleugnung der Probleme einerseits und daneben in ängstlichen Überreaktionen deutlich, ein scheinbarer Gegensatz, der das Ausmaß der Angst

und der Hilflosigkeit ahnen läßt. Mit einiger Ratlosigkeit beobachten wir, daß beides nebeneinander steht: unverändertes Fortsetzen von persönlichem Risikoverhalten (und dies selbst bei Personen, die für sich selbst befürchten, infiziert zu sein) und daneben ein geradezu übertriebener Selbstschutz bis hin zur Verfolgung und Ausgrenzung von Mitmenschen. Wir hören in diesen Tagen ebenso von Protesten der Eltern gesunder Kinder gegen die Unterrichtung HIV-infizierter Mitschüler an der gleichen Schule und zugleich von Umfrageergebnissen, die ein nahezu ungebrochenes Risikoverhalten in der Bevölkerung belegen. Dieses paradoxe Phänomen von Verdrängung und Übertreibung hat gewiß unterschiedliche Ursachen. Wir werten es vor allem als ein Zeichen der Unsicherheit und der Angst.

d) Die Schwierigkeit der Gesellschaft, mit der Bedrohung umzugehen, zeigt sich auch dort, wo sich die Aufmerksamkeit einseitig darauf konzentriert, daß die eigene persönliche Freiheit nicht angetastet wird und keine Ausweitung der Befugnisse des Staates erfolgt. Obwohl eine solche Besorgnis grundsätzlich verständlich ist, sollte nicht der Eindruck entstehen, als ginge es bei der AIDS Gefahr um die unbedingte Wahrung persönlicher Freiheit. Niemand von uns kann davon ausgehen, daß alle Menschen nur mündig und nur verantwortungsbewußt sind. Wir gehen meist zu rasch vom einsichtigen Betroffenen und einer einsichtsbereiten Bevölkerung aus und verstehen zu wenig, daß der staatliche Verantwortungsträger auch Lösungswege im Blick auf die Uneinsichtigen bereit haben muß. In einem Augenblick, in dem die Angst das Denken und Handeln vieler bestimmt, muß auf eine Erhaltung von Vertrauen in den Rechtsstaat und von persönlicher Freiheit geachtet werden; Mündigkeit und Vertrauen sind unverzichtbare Hilfen im Kampf gegen die Krankheit. Sie bewähren sich aber im Akzeptieren von Grenzen. Es darf nicht dazu kommen, daß auch bestimmte einschränkende Maßnahmen zum Schutz der Bevölkerung, wenn sie wirklich notwendig sind, von vornherein und grundsätzlich ausgeschlossen werden.

Aber auch dort, wo die Krankheit mit energischen und einschneidenden Maßnahmen bekämpft wird, kann ein Problem liegen: So fragen Kritiker vielfach zu recht, ob die hier bewiesene Entschlossenheit sich auch mit den richtigen Mitteln und den richtigen Wegen verbindet. Das entschlossene Handeln konzentrierte sich zu sehr auf restriktive Maßnahmen, während ein entsprechendes Engagement beim Ausbau der medizinischen Versorgung, bei der sozialen Hilfe für die Betroffenen und Gefährdeten zu gering sei. Weiter wird gefragt, ob eine rechte Abwägung zwischen einer Förderung der Selbstverantwortlichkeit der Bürger auf der einen Seite und Eingriffen des Staates auf der anderen Seite vorgenommen wird. Auch die Wirksamkeit und tatsächliche Nützlichkeit zur Eindämmung der Gefahr wird angezweifelt, auf mögliche unerwünschte Nebeneffekte und Erschwernisse bei der Bekämpfung der Krankheit wird hingewiesen. Rechtfertigt die Tatsache, daß einschränkende Maßnahmen im Sinne einer weitsichtigen Verantwortung notwendig sein können, jede konkrete Maßnahme dieser Art? Dürfen solche Maßnahmen ohne gleichzeitige intensive und umfassende Hilfe für die Betroffenen wirklich angewandt werden?

Die Krankheit AIDS läßt Zielkonflikte entstehen. Sie führt alle, die hier ihre Verantwortung sehen, in ein Dilemma, das die Möglichkeit in sich birgt, schwere

Fehler zu begehen. Niemand sollte sich in diesem Augenblick vom Eingeständnis seiner Grenzen, seiner Fehlbarkeit und Irrtumsfähigkeit ausnehmen, auch nicht der, der sich der Legalität und Legitimität seines Handelns bewußt ist.

e) Für Christen ist es eine wichtige Aufgabe, zu einer im Glauben begründeten Einschätzung der Krise zu kommen. Schwierig ist vor allem die Diskussion über einen Zusammenhang von Krankheit und Schuld. Während die einen in dieser Situation von Schuld und Selbstverursachung grundsätzlich nicht sprechen wollen, verweisen andere vor allem auf Fehlverhalten und Verantwortlichkeit und sehen in den vielen erschreckenden Schicksalen eine Mahnung Gottes an diese Welt.

Die Gesunden müssen an ihre Verantwortung in der persönlichen Lebensführung und in der Gestaltung ihrer Sexualität erinnert werden. Sie müssen wissen, daß sie durch falsches Verhalten schwere Gefährdungen heraufbeschwören können.

Gegenüber Kranken und Infizierten können Schuldvorwürfe nicht das erste und letzte Wort sein, als gebe es in jedem Fall einen unmittelbaren, kausalen Zusammenhang zwischen ihrer Krankheit und persönlichem Fehlverhalten. Christen müssen der Neigung widerstehen, in einer angstausslösenden Lage einige wenige Sündenböcke zu benennen. Sie wissen, daß jede Krankheit ein Zeichen der gefallenen Welt, eine Entfremdung zwischen Schöpfer und Geschöpf darstellt. An dieser Entfremdung haben alle teil, sie betrifft nicht nur wenige. Leichtfertige Schuldzuweisung geschieht - wenn auch in subtiler Form - gerade bei AIDS-Kranken. Das wirkt sich dann bei vielen Infizierten wie eine Lähmung aus und führt insbesondere bei denjenigen zu unfrei machenden Selbstvorwürfen, die unwissend Mitmenschen infiziert haben.

Ein möglicher Zusammenhang zwischen persönlicher Schuld und Krankheit, darf jedoch auch nicht geleugnet werden. Der biblisch bezeugte Zusammenhang von menschlicher Verfehlung und Gottes Gericht kann nicht in der Schwebe bleiben oder gar aufgegeben werden. Einsichten in Gottes Handeln mit uns lassen sich aber nicht erzwingen; sie setzen Glauben voraus und können zum Glauben hinführen. Darum ist in dieser Situation behutsame seelsorgerliche Zuwendung notwendig, damit im Glauben Schuld erkannt und Vergebung erfahren werden können.

3. Situation und Betroffenheit der einzelnen Gruppen

In den ersten Jahren der Ausbreitung der Krankheit AIDS ist in der Bevölkerung fälschlich der Eindruck entstanden, daß AIDS lediglich das Sonderproblem bestimmter >>Risikogruppen<< ist, d. h. das Problem von Personen mit hohem Risikoverhalten oder in erhöhter Risikosituation. Der Begriff >>Risikogruppen<< ist zweifellos problematisch. Er kann zu einer Stigmatisierung und Ausgrenzung bestimmter Menschengruppen führen. Es ist jedoch die Tatsache nüchtern wahrzunehmen, daß es hinsichtlich der AIDS-Gefahr bestimmte Formen eines >>Risikoverhaltens<< gibt. Schon der >>zweiten Generation<< der Erkrankten werden sehr viele von denen angehören, die sich selbst keiner >>Risikogruppe<< zurechnen, sich aber dennoch infizieren

und für andere zum Risiko werden. Es wird heute damit gerechnet, daß sich die Gewichte mehr und mehr verlagern.

Homosexuelle wurden in einer ersten Phase von der Krankheit besonders häufig betroffen. Gerade in dieser derzeit noch am stärksten betroffenen Gruppe bemühen sich viele mit großem persönlichem Einsatz um die Betreuung von Infizierten und Kranken und setzen sich für eine vorbeugende Aufklärung ein. Diese Haltung verdient Achtung und Anerkennung. Viele Christen haben die Aufgabe erkannt, diesen Menschen, die in einer begründeten Angst leben, Aufgeschlossenheit und Hilfe entgegen zu bringen und Mut zu machen, sich dem freiwilligen HIV-Test (Test auf AIDS-Antikörper im Blut) nicht länger zu verschließen, mit der Erfahrung eines positiven Testergebnisses zu leben und zu einem verantwortlichen Verhalten in dieser Situation zu finden.

Verantwortlichkeit im Blick auf das eigenen Sexualverhalten gilt vor allem auch für die große Gruppe der Bisexuellen. Die Entdeckung einer AIDS-Infektion bei sich selbst oder dem Ehepartner führt vielfach erst zu einem Aufdecken ihrer Bisexualität und nicht selten zu einer tiefen Krise der ganzen Familie.

Drogenabhängige sind Kranke. Häufig stammen sie aus konflikthaften Familiensituationen und hatten in der Regel keine Chance, ihr Leben unter liebevoller Anleitung sinnvoll zu planen. Sie werden getrieben von ihrer Sucht, die sie häufig dazu bringt, sich die Drogen selbst durch Prostitution zu beschaffen. Mit dem Fortschreiten ihrer Abhängigkeit sind sie immer weniger im Stande, ihre Handlungen zu kontrollieren. Drogenabhängige infizierte Eltern, besonders aber infizierte Mütter sind aufgrund ihrer Belastungen nicht mehr in der Lage, sich um ihre häufig ebenfalls infizierten Kinder zu kümmern. Für diese Kinder liebevolle Pflegeeltern zu finden, ist eine wichtige Aufgabe.

Prostituierte - männliche wie weibliche - sind in hohem Maße gefährdet und zum Teil auch betroffen. Das Phänomen der Prostitution kann hier nicht im einzelnen beurteilt werden. Im Blick auf ihre Gefährdung durch AIDS jedenfalls und im Blick auf die Gefährdung der Bevölkerung zeigt sich dringender Handlungsbedarf: Prostituierten muß die Möglichkeit und Hilfe zum Ausstieg aus der Prostitution gegeben werden. Dies gilt besonders für die, die drogenabhängig sind (Beschaffungsprostitution) und kaum die Möglichkeit haben, sich ihren Abhängigkeiten zu entziehen. Notwendig ist auch ein Selbstschutz vor einer Infektion und der Schutz anderer. Das Hauptproblem freilich muß bei den Freiern gesehen werden.

Bluter und Empfänger von Fremdblut wissen erst seit knapp zwei Jahren, daß sie infiziert sein können. Manche von ihnen haben dadurch ihre Partner angesteckt. Wir ahnen die Verzweiflung dieser Menschen, die dem eigenen Leben gilt und dem Leben jener, denen sie unwissend eine tödliche Gefährdung gebracht haben.

Mit großer Sorge ist die zunehmende Zahl von Neugeborenen zu sehen, deren Mütter niemals geglaubt hätten, daß sie selbst infiziert sein könnten. Ein HIV-Test bei jeder Schwangerschaft wird von vielen Ärzten befürwortet. Es sollte bedacht werden, ob nicht ein HIV-Test bei allen Paaren, die Kinder wollen, nötig wäre, um einen möglichen Konflikt um einen sogenannten >> eugenisch<< begründeten Schwangerschaftsabbruch vermeiden zu helfen.

Unsere besondere Aufmerksamkeit muß den heute Heranwachsenden gelten. Auch ihnen gegenüber ist rückhaltlose Offenheit bei der Aufklärung über AIDS angezeigt. Auch sie sind auf ihre Verantwortung für sich selbst und andere anzusprechen. Dabei ist es nicht leicht, zugleich eine große Gefahr bewußt zu machen und den Bereich von Sexualität nicht erneut mit falschen Tabus und unfrei machenden Ängsten zu besetzen.

Betroffene im weiteren Sinn sind die Familienangehörigen, Partner, Freunde und das soziale Umfeld der Infizierten und akut Erkrankten. Sie tragen Lasten eigener Art, wenn sie versuchen, möglichst unbefangen zusammen mit dem Kranken zu leben, ihn zu unterstützen, zu versorgen und zu begleiten und einen Weg bis zur Trennung durch den Tod mit ihm zu gehen. In manchen Fällen beweisen die Angehörigen eine erstaunliche Tapferkeit und menschliche Größe, in anderen Fällen jedoch sehen sie sich überfordert und werden für den Infizierten oder Kranken zur zusätzlichen Last.

4. Fallschilderungen

HIV-Infizierte und AIDS-Kranke leben in dem Bewußtsein, daß sie eine unheilbare und tödliche Krankheit in sich tragen. Ihr Sterben, so müssen sie befürchten, wird nicht nur qualvoll für ihren Körper sein, sondern sie auch aus der Gemeinschaft von vertrauten Menschen herausreißen, ja sie der Verachtung und Diskriminierung aussetzen. Sie sind Menschen, die anderen Menschen Angst machen, wo sie doch wie jedermann möchten, daß sie angenommen und geachtet werden. Viele AIDS-Infizierte und akut Erkrankte werden in ihrem Selbst- und Lebensverständnis zutiefst erschüttert. Sie sind verletzbar wie wahrscheinlich nie in ihrem Leben vorher, und dennoch mutet ihnen ihre Umwelt häufig zu, wahrhaftiger, verantwortungsbewußter und selbständiger zu sein, als dies die meisten Gesunden können. Viele von ihnen leiden auch unter der Befangenheit, Hilflosigkeit, dem Mitleid und der Überbehütung wohlmeinender Mitmenschen. Es wird ihnen schwer gemacht, wie >>normale<< Menschen eigenständig und vorbehaltlos leben zu können.

Unterscheidet sich das Sterben von AIDS-Kranken von dem Sterben anderer, nicht AIDS-kranker Menschen? Vielleicht erleben sie stärker den Konflikt zwischen Todessehnsucht und Todesfurcht. Meist sind sie jung und blicken nicht auf ein erfahrungsreiches und erfülltes Leben zurück. Die Gewißheit des nahen Todes mag nur dann leichter für sie sein, wenn sie sich darauf vorbereiten konnten und wenn andere Menschen ihnen geholfen haben, ihr frühes Ende zu akzeptieren und Selbstvorwürfe zu überwinden. Wenn sie in ihrem Leben glaubwürdigen Christen begegnet sind, wird es ihnen leichter fallen, ihr Leben getrost in Gottes Hand zu legen.

Das Schicksal eines Infizierten, einer Erkrankten und eines Sterbenden mag einen Eindruck von der Situation der Betroffenen vermitteln. (Die Namen wurden geändert.)

a) Ein Infizierter

N. ist drogensüchtig und weiß seit drei Jahren, daß er HIV-infiziert ist. Er geht einer geregelten Arbeit nach und hat ein gutes Einkommen, das ihm erlaubt, weiterhin Drogen zu nehmen. Wie er sind viele seiner Freunde, die ebenfalls suchtkrank sind,

infiziert. Seine Freundin nimmt die Nachricht von seiner Infektion mit Verständnis auf und steht mit erstaunlicher Treue zu ihm: >>Die hat gesagt, ihr ist das wurscht, wenn wir draufgehen, gehen wir alle zwei drauf.<< Später verläßt sie ihn aber doch. Seine Verwandten, besonders sein Vater, zeigen deutlich ihre Zuneigung und Solidarität und begegnen ihm ohne Vereingenommenheit. Sorgen über seine Zukunft will er sich nicht machen: >>Ich gehe jetzt ein- oder zweimal im Jahr zur Untersuchung, damit ich weiß, ob's ausbricht oder nicht. Irgendwann in den nächsten Jahren wird es eine Medizin dagegen geben, da bin ich sicher. Und der, der die erfindet, kriegt den Nobelpreis. Ich mache mir keine Gedanken und sehe das ganz locker... Es hat's schon gegeben, daß einer drei Jahre später wieder zur Untersuchung gegangen ist, und das Virus war weg. Das gibt's auch. Je mehr man sich Sorgen und Kopfschmerzen darüber macht, desto mehr betrifft es einen auch. Ich schau', daß ich niemanden infiziere, und gehe jedes halbe Jahr untersuchen. Was sollte ich mehr machen. Es wird ja nichts besser, wenn ich mir drüber Gedanken mache. Ich glaube nicht, daß mich AIDS umbringt.<<

b) Eine Erkrankte

Eine Bluterin mit fünf Kindern wird erst durch erste Anzeichen von Erschöpfung auf ihre AIDS-Erkrankung aufmerksam und verschafft sich über einen AIDS Test Gewißheit. Es dauert Wochen, bis sie über ihre Krankheit ruhig sprechen kann, ohne die Fassung zu verlieren. Vor ihren Kindern verschweigt sie lange die Krankheit. Durch die Beratung einer Psychologin kann sie ihre Belastung nun besser verarbeiten. Ihre tägliche Sorge für die Familie fällt ihr zunehmend schwerer. Durch die seelische Belastung sind zu ihrer Krankheit psychosomatische Störungen hinzugekommen. Mit Betroffenheit spricht sie über die reißerischen Zeitungsberichte und über die sie verletzende Diskussion in der Öffentlichkeit. Sie fürchtet die Reaktionen ihrer Mitbewohner im Mietshaus, die von ihrer Krankheit nichts wissen. Ihr Verhalten im Alltag ist von vielen Vorsichtsmaßnahmen geprägt, um sicher zu gehen, daß andere durch sie nicht infiziert werden können. In ihrem Verhältnis zu ihren Kindern und ihrem Mann hat sich nicht viel geändert. Zuneigung, Berührung und Kontakt verlaufen wie vorher. Ihr Mann, der sich bisher nicht infiziert hat, verzichtet auch auf Vorkehrungen des Schutzes. Mit ihm führt sie lange Gespräche, um sich die Belastung von der Seele zu reden: >>Man denkt ja immer nur daran, man muß bald sterben. Es kam immer zum Schluß darauf hinaus, daß wir beide im Bett lagen und heulten.<<

c) Ein Sterbender

Ein Krankenhauseelsorger berichtet: >>Ich lerne R bei einer Stationsweihnachtsfeier kennen. Beim Rundgang mit der Oberschwester komme ich in das Einzelzimmer, in dem er seit einiger Zeit mit einer schweren Lungenentzündung liegt. R geht offen mit mir um. Er sagt mir, daß er HIV-positiv ist. Er ist 26 Jahre alt. Er erzählt mir ein Stück seiner Lebensgeschichte. Er berichtet mir von schönen Dingen, die er am letzten >freien< Wochenende erlebt habe. Aber da habe es für ihn leider auch schlimme Erfahrungen gegeben. Bekannte würden ihm unterstellen, daß er gar nicht so krank sei. Nach den Krankenhausaufenthalten kehrt E wohl jeweils mit einem solchen Tatendrang zurück, daß dieser Gedanke schon aufkommen kann.

Ich merke, wie mir, als er von seiner Angst vor dem Sterben, vom Leben-Wollen und Am-Leben-Hängen spricht, die Augen feucht werden. Ich habe bei dieser Begegnung wenig gesagt und fühle mich miserabel. Als ich ihm das zum Schluß des Gesprächs sagen kann, holt er aus dem Nachttisch ein Büchlein heraus, das er mir besorgt hat. Er hat mir eine Widmung hineingeschrieben: >Wer keinen Mut zum Träumen hat, hat keine Kraft zum Kämpfen.<

Er ist in einer so schlechten Verfassung, daß er sich dazu entschlossen hat, ein Testament abzufassen. Die Ärzte sind ratlos und können Es Lungenentzündung, die er zur Zeit hat, nicht zum Stillstand bringen. Es sei das Schlimmste zu befürchten. Ohne Hektik besprechen wir das Testament. Es sollte darin auch eine Botschaft an die Station und an seine Angehörigen enthalten sein. E hat es aufgeschrieben. Er will möglichst bald nach Hause entlassen werden, um dort zu sterben. Die Freunde sind bereit, die Pflege zu übernehmen, ein niedergelassener Arzt übernimmt die ambulante medizinische Versorgung. Ich bin von der Art und Weise, wie F. sein Haus bestellt, berührt. Er tut das mit großer Ruhe und Festigkeit.

Einige Tage später wird F. nach Hause entlassen. Eines abends ruft er mich an und bittet mich, sofort zu kommen. Er ist furchtbar aufgeregt. Seine Stimme klingt so, wie ich sie noch nie gehört habe. Er sei am Ende mit seiner Kraft. Als ich bei ihm bin, ist er ruhiger geworden. Ihm sei deutlich geworden, daß er nicht mehr lange Zeit zum Leben hat. Er müsse sterben. Er wolle auch nicht mehr leben, wofür auch. In der Welt sei nur Mord und Totschlag. Und die Chance, die er gehabt hätte, hätte er vertan. Er bilanziert sein Leben, macht sich Gedanken darüber, was aus seinem Freund wird, fühlt sich undankbar, wenn er an die Leidensgenossen denkt, die ihren Schmerz ganz allein tragen müssen und wünscht sich ein Fünkchen Hoffnung: >Ich möchte leben!< Ich habe die Last gespürt und die Zerrissenheit, die auf ihm lag, und sie hat mich auch gedrückt. Über einiges haben wir miteinandersprechen können, anderes blieb offen.

Vierzehn Tage später besuche ich ihn im Krankenhaus. Sein gesundheitlicher Zustand hat sich so zugespitzt, daß ihm durch die ambulante Versorgung nicht mehr zu helfen ist. E erzählt mir von seinen Träumen. Ein Traum, den er schon in vielen Variationen geträumt habe, handelt von E, in fünf Jahren. Er hat als einziger Patient die Krankheit überlebt und kommt groß raus. Alle Medien stürzen sich auf ihn, was ihn unwillig und ärgerlich macht. Am Ende zerfließt alles. In einem zweiten Traum geht es um seinen Freund, wie er nach dem Tod von E Hilfe brauchen wird; in dem dritten träumt er schließlich seinen eigenen Tod. Wir sprechen über die Träume, auch über seine Angst vor dem Sterben. R will wissen, welche Überlebenshoffnung er habe.

In den nächsten Tagen geht es ihm zunehmend schlechter. Er hat hohes Fieber und einen rasenden Puls. Meistens will er mich nicht sehen. Ich habe das Gefühl, daß ich ihn in seiner Unruhe nicht sehen soll. So bin ich immer nur ganz kurz bei ihm. Tage später legt sich seine Unruhe. Ich finde ihn sehr matt vor. Er beschäftigt sich immerzu mit seinem Sterben. Er möchte jetzt auf der Stelle sterben oder abends einschlafen und morgens nicht mehr aufwachen. Ich frage ihn, ob er beim Sterben allein sein wolle. Nein, er möchte, daß andere bei ihm sind.

Drei Tage später ist es soweit. Als er stirbt, sind sein Freund, eine Schwester und ich bei ihm.<<

III. Orientierungen

1. Krankheit und Menschenbild

Kranke Menschen stellen seit je her für die christliche Gemeinde eine besondere Aufgabe dar. Das Gebot der Nächstenliebe verpflichtet jeden Christen. Jesus Christus selbst begegnet uns in den Leidenden und spricht: >>Ich bin krank gewesen und ihr habt mich besucht<< (Mat. 25, 36). In dieser Aufgabe ist auch der AIDS-Kranke vorbehaltlos und ohne jeden Unterschied eingeschlossen.

Es zählt zu den grundlegenden christlichen Einsichten, daß Krankheiten nie bloß äußerliche Störungen unserer Gesundheit sind. Krankheit vermittelt uns die Erfahrung der Ohnmacht, der Begrenztheit und der Untätigkeit. Wo und wie immer sie uns betrifft, verweist sie auf die Gebrochenheit unserer Existenz. Krankheit gehört zur Eigenart unseres irdischen Lebens, zu uns selbst als ein Teil und als ein eigener Aspekt unseres Daseins. Welches Leben uns gegeben wird, steht niemals allein in unseren Händen. Dafür ist das Leben eines kranken Menschen Zeichen, Erinnerung und Aufgabe.

Weil wir Verantwortung für das Leben tragen, das uns gegeben ist, ist es eine unabdingbare Pflicht der evangelischen Ethik, diese Verantwortung in den verschiedenen Perspektiven verantwortlicher Lebensführung zu erläutern. Solche Verantwortung ist angesichts der Gefahren wahrzunehmen, die in vielen Lebensbereichen durch ein verantwortungsloses Verhalten drohen: Im Straßenverkehr, durch den Mißbrauch von Nahrungs- und Genußmitteln oder im sexuellen Verhalten. Verantwortlich ist diejenige Lebenspraxis, die das Leben - das eigene wie das des Nächsten - zu bewahren und zu fördern trachtet. Verantwortungslos dagegen ist jedes Tun, das dem Leben schadet und es gefährdet. Gerade auf dem Gebiet der Gesundheit gilt, daß zur Förderung des Lebens schon viel geschieht, wenn es vor Schaden bewahrt wird.

In der Krankheit eines Menschen eine direkte >>Strafe Gottes<< für seine persönlichen Sünden zu sehen, ist ein heidnisches Mißverständnis. Jesus hat solchen Anschauungen widersprochen (Job. 9, 1-3). Sie wirken aber noch heute auch ohne explizite religiöse Begründung nach, leisten der Ausgrenzung der Infizierten und Erkrankten Vorschub und schwächen die mögliche Hilfe für die Betroffenen. Besonders die akut Erkrankten brauchen Freunde, Familienmitglieder und Bekannte, die so an den bedingungslos rechtfertigenden Gott glauben, daß diese einer Liebe ohne Vorbehalte begegnen, in Gemeinde und am Arbeitsplatz nicht an den Rand gedrängt, im Krankenhaus wie andere Kranke auch behandelt werden.

Krankheit ist im christlichen Verständnis zwar eine Störung der guten Schöpfung Gottes; sie ist ein Übel, das nicht sein soll. Im Reich Gottes ist die Krankheit überwunden. Gleichwohl besteht nach christlichem Verständnis der Sinn eines menschlichen Lebens nicht in seiner Gesundheit. Krankheit ist in den Sinn des ganzen Lebens, dessen Teil sie ist, einbezogen. So kann auch der Sinn des Lebens durch die Krankheit nicht verlorengehen. Würde das Leben erst durch Leistungen oder Fähigkeiten seinen Inhalt und Sinn gewinnen, dann würde es ihn im Fall der Krankheit verlieren. Nach christlichem Verständnis aber ist Gesundheit nicht die Abwesenheit von Störungen, sondern das Geschenk und die Kraft, mit Störungen leben zu

können: Krankheit kann auch zu einer intensiveren Wahrnehmung der verbliebenen Möglichkeiten führen: Dankbarkeit für das früher Selbstverständliche wecken, Geduld lehren, ungeahnte Kräfte freisetzen.

Sinn gewinnt das Leben für den Christen durch den Glauben; durch das Vertrauen auf Gott, das in den Erfahrungen des Lebens und in der christlichen Gemeinschaft zur Mitte der eigenen Existenz wird. Die Weitergabe dieses Vertrauens begründet und prägt das Verhältnis zum Nächsten. Der Horizont dieses Vertrauens umfaßt alle Erfahrung, auch die des Leidens, der Lebensbedrohung und des Sterbens. Nach christlichem Verständnis zeigt sich in der Lebensgeschichte eines Menschen seine Individualität in ihrer Besonderheit und in ihrer Unverwechselbarkeit. Sie geht aus besonderen und unverwechselbaren Erfahrungen hervor und ist durch den Glauben gewiß, aufgehoben zu sein in der Güte Gottes. In diesen Kreis der Erfahrungen ist die Krankheitserfahrung eingeschlossen, auch die Erfahrung des Verlorenseins und des Sterbens. Freilich ist diese Gewißheit nicht sicherer Besitz. Sie bedarf der Stärkung, der Erneuerung, der Vertiefung und also der Gemeinschaft mit denen, die sie teilen. Das ist gemeint, wenn wir von der Kirche als einer >>heilenden Gemeinschaft<< sprechen.

2. Annahme

Die Bedrohung durch die Krankheit AIDS wirft die Frage der Annahme des Kranken und, im Fall der Erkrankung, auch die Annahme des Lebensschicksals auf. Jesu Umgang mit den Menschen seiner Zeit ist ein Maßstab für das seelsorgerliche Handeln heute. Zu seiner Zeit waren Kranke aufgrund geltender Gesetze, Normen und Berührungängste isoliert und von der Gemeinschaft ausgeschlossen. Auf diese Menschen ging Jesus zu. Er setzte sich über Gesetze und Vorschriften hinweg. Auch wenn er die Kranken auf ihre Verstrickungen ansprach, so nahm er sie dabei doch bedingungslos an, erwartete von ihnen keine moralischen Vorleistungen; er begegnete ihnen auch nicht in frömmlicher, rechthaberischer Überheblichkeit. Jesus legte ihnen die Hände auf, er berührte sie und ließ sich berühren. Es ging ihm um den ganzen Menschen; seine Offenheit, Zuwendung und Annahme hatte heilende Kraft, brachte Getrenntes und Gestörtes wieder zusammen.

Der christliche Gedanke der Annahme hat im Zusammenhang mit der Krankheit AIDS eine mehrfache Bedeutung. Zum einen geht es darum, den Kranken nicht einem Sonderbereich zuzuweisen, ihn als >>Gefahrenherd<<, als Sünder, als Risikoperson und Außenseiter abzustempeln. Wenn Christen die Krankheit, ob vorübergehend oder tödlich, ob lapidar oder vernichtend, als Teil des von Gott gegebenen Lebens betrachten, dann müssen sie sich auch zusammen mit dem AIDS-Kranken gleichsam in einer >>Solidargemeinschaft der Schwachen<< wissen, als Glieder ihrer Kirche in einer >>heilenden Gemeinschaft<<.

Durch eine HIV-Infektion und AIDS-Erkrankung werden Menschen in ihrem Selbst- und Lebensverständnis zutiefst erschüttert. Sie erfahren häufig, daß sich Familie, Ehepartner oder Lebensgefährte, Freunde und Bekannte wegen der HIV-Infektion zurückziehen. In dieser Lebenskrise brauchen sie Menschen, die sich nicht entziehen, die für sie da sind und bleiben, sie durch die Krise begleiten, ihre Traurigkeit, Verzweiflung und Hoffnungslosigkeit aushalten.

Im Unterschied zu anderen lebensbedrohlichen Erkrankungen setzt die Annahme eines AIDS-Kranken die Klärung der eigenen Einstellung zu Sexualität und Homosexualität voraus. Eine bedingungslose Zuwendung wird dort erschwert, wo sittliche Grundüberzeugungen zu einer Barriere werden. Das Anderssein des anderen zu verstehen und es nicht zu einem Vorbehalt werden zu lassen, ist eine entscheidende Herausforderung.

Die Erfahrung, angenommen zu sein, läßt eine Nähe entstehen, in der Gespräche über Sterben und Tod möglich werden. Unter den Erkrankten und Infizierten gibt es auch die, die der Kirche fern stehen; gerade Homosexuelle fühlen sich vielfach abgelehnt und ausgeschlossen. Ihre Erkrankung und ihre Begegnung mit einem Menschen, der im Auftrag und im Namen Gottes zu ihnen kommt, läßt religiöse Fragen erneut aufbrechen und lebendig werden. Fragen nach Gott, nach dem Sinn des Lebens, die Sehnsucht nach Annahme, Geborgenheit, Vergebung und Versöhnung werden laut. AIDS-Kranke suchen oft einen Menschen, der mit ihnen betet, sie segnet und das Abendmahl mit ihnen feiert.

Annahme bedeutet auch tatkräftige praktische Hilfe. Wer von der Erkrankung eines Menschen aus seinem Lebenskreis erfährt, vielleicht sogar eines Freundes oder eines Familienangehörigen, der ist zu Zuwendung und Hilfe herausgefordert. Die Unsicherheit, die in vielen von uns steckt, sich in einer solchen Situation richtig zu verhalten, macht es gewiß nicht einfach. Die praktische Annahme ist deshalb ein Prozeß des Lernens, der Änderung von Einstellungen, der Überwindung innerer Barrieren, des Findens von Wegen zum Kranken oder seinen Angehörigen. Wie schwer ein solcher Weg ist, wissen all diejenigen, die mit AIDS-Kranken leben und sie pflegen und dabei vielfältige Schwierigkeiten, auch von seiten ihrer Freunde, Bekannten und Angehörigen, erfahren.

Den Infizierten bzw. akut Erkrankten stellt sich die Aufgabe, ihr Schicksal nicht als ein ihnen fremdes abzulehnen, sondern auch in der Situation von Anfechtung, Leiden und Verlöschen Versöhnung zu erfahren - Versöhnung mit Gott, den Mitmenschen und sich selbst. Der Infizierte, der jahrelang ohne Krankheitssymptome leben kann, wird diesen seinen >>Schwebezustand<< und die große Ungewißheit über seine Zukunft nur schwer annehmen können und sich vielen verschiedenen Hoffnungen (auf das Nichtausbrechen der Krankheit, auf neue wirksame Medikamente, auf die Verzögerung des Fortgangs der Krankheit u. a.) öffnen. In vielen Fällen kommen Selbstvorwürfe, die schmerzliche Erfahrung der Aussonderung und Ausgrenzung, die peinigende Ungewißheit, möglicherweise andere tödlich infiziert zu haben, belastend hinzu. Von Gottes Ja zu den Menschen ist jedoch niemand ausgenommen.

Der akut Erkrankte dagegen, dessen Beschwerden fortschreiten und dessen irdischer Weg auf sein Ende zugeht, wird zumeist die Krisen des früh sterbenden Menschen durchleben. In dieser Erfahrung muß er die Gewißheit haben dürfen, daß er von Gott und seinen Mitmenschen nicht fallengelassen wird, keinen einsamen, zu verheimlichenden und sinnlosen Tod stirbt, sondern auch sein kurzes und unvollkommenes Leben bei Gott gut aufgehoben ist. Wer sein Lebensschicksal, so fremd und ungewöhnlich es auch sein mag, aus Gottes Hand nimmt, handelt nicht aus Resignation, sondern stimmt ein in das Geheimnis der Führungen Gottes, der verständlichen und der unverständlichen.

3. Verantwortliche Sexualität

Die Sexualität ist eine gute Gabe Gottes. Dieser Einschätzung entspricht das >>neuzeitliche, nicht ohne die Wirkung der biblischen Verkündigung entstandene Verständnis des Menschen als leih-seelischer Ganzheit<< (Denkschrift zu Fragen der Sexualethik, 1971, Ziff. 11). Dabei wird konzediert, daß die Kirche >>auf ihrem Weg durch die Geschichte in ihrer Sexualethik nicht immer den Leben und Freude ermöglichenden Charakter des Evangeliums betont<< hat (Ziff. 10). Die Grundlage der sexuellen Beziehung sieht die evangelische Ethik in der Ehe als einer monogamen partnerschaftlichen Beziehung.

Sexualität hat eine vielfältige Sprache und faßt sehr verschiedene menschliche Bedürfnisse und Äußerungen zusammen: nicht nur Körperkontakt und das Verlangen nach intimer Kommunikation, sondern auch Gefühle und Zuneigung, Wünsche, Zuwendung, Freundlichkeit und Zärtlichkeit. Eine in dieser Weise umfassend verstandene Sexualität braucht, um ohne Angst leben und sich entfalten zu können, den Schutzraum einer auf Dauer angelegten Partnerschaft, die gemeinsames Wohnen, Wirtschaften, Arbeiten, Diskutieren, Glauben und Spielen umschließt. Die Gefühle des Partners dürfen nicht mutwillig verletzt, neues Leben muß von beiden gewollt und bejaht, der andere darf nicht mit einer Krankheit infiziert werden. >>Sexuelle Freiheit ohne Verantwortung für den anderen ist lieblos. Gott kennt uns persönlich, darin wurzelt die eigenständige Würde eines jeden von uns. Keiner darf den anderen darum nur zu seinem eigenen Glück benützen. Wir alle sind und bleiben auf Liebe angewiesen. Liebe aber bedeutet weitaus mehr als eine Zuwendung auf Zeit. Liebe umfaßt doch wesentlich mehr und anderes als ein kurzfristiges Interesse am Körper eines anderen Menschen.<< (Bischof von Keler)

An diese anthropologischen und christlichen Einsichten hier zu erinnern, bedeutet nicht, von neuem eine überholte Sexualmoral - so wird gerne unterstellt - zu stützen, wie ehemals die Angst vor Geschlechtskrankheiten und ungewollter Schwangerschaft. Freilich soll man die Angst als ethischen Appell, etwas Gefährliches zu unterlassen, auch nicht einfach ablehnen. Ängste können zu Einsichten führen und Ratgeber sein. Einer neuerlichen Engführung der Sexualität lediglich auf den Akt der Zeugung redet niemand das Wort. Und mehr als von der Angst muß menschliche Sexualität von Liebe und dem Bewußtsein der Verantwortung für den anderen und die Folgen des Tuns bestimmt sein.

Es geht also erneut um die alte Notwendigkeit, ohne falsche Angst miteinander zu leben und füreinander Verantwortung zu übernehmen. Der Glaube kennt Gott als Ursprung einer Liebe, die es auch uns Menschen möglich macht, unserem Nächsten in Liebe zu begegnen und sein Leben wie das eigene in Obhut zu nehmen. Die Treue von Eheleuten bedeutet entsprechend das verlässliche Festhalten an der gemeinsamen Hoffnung und dem gegenseitigen Versprechen über Konflikte und Zeiten der Entfremdung hinweg.

Evangelische Sexualethik hat eine gelebte und erfüllte Sexualität in der dauerhaften Partnerschaft der Ehe zum Ziel. Die große Zahl der zerbrechenden Ehen und Partnerschaften verweist darauf, welche erheblichen Schwierigkeiten in der modernen Gesellschaft bestehen, in stabilen Partnerschaften und in ganzheitlicher Liebe zu leben. Sie zerbrechen nicht allein durch hohe Erwartungen, Unreife, Einwirkungen des Berufs und anderes mehr, sondern nicht zuletzt auch durch die Einflüsse der

Konsum- und Wegwerfgesellschaft auf den Bereich der Sexualität. Die vergangenen Jahrzehnte, in denen der Bereich der Sexualität von vielen Tabus befreit worden ist, haben nicht schon zu wirklicher Freiheit und ihr entsprechender größerer Verantwortung geführt. Das Thema ist häufig isoliert worden. Sexualität ist nicht selten zu einer Ware verkommen. Die Krankheit AIDS nötigt uns ein neues Nachdenken darüber auf, wie Liebe, Vertrauen, dauerhafte Partnerschaft, Ehe und geschlechtliche Gemeinschaft zusammengehören.

Niemals haben die Menschen, um Gefährdungen oder Infektionen zu vermeiden, den Intimverkehr auf dauerhafte Partnerschaften beschränkt. Deshalb kann sich die Kirche so wenig wie der Staat mit dieser ethischen Forderung zufriedengeben. Die Verantwortung zweier Partner muß auf jeden Fall das Risiko einer Infektion vermindern, z. B. auch durch die Anwendung von Kondomen. Dabei wird es vor allem darauf ankommen, daß die Männer, die den Schutz vor Empfängnis seit der Einführung der Pille weitgehend der Frau überlassen haben, jetzt die Initiative ergreifen.

Von AIDS-Infizierten und Nichtinfizierten wie von denen, die nicht wissen, ob sie infiziert sind oder nicht, ist die Vermeidung der bekannten Infektionswege zu erwarten. Nur wenn beide Partner erwiesenermaßen nicht infiziert sind, kann auf Vorkehrungen des Schutzes (>>safer love<<) verzichtet werden. Eine weitergehende Ab- oder Ausgrenzung dagegen nimmt das Leben des anderen nicht in Obhut, sondern überläßt es der Verzweiflung und Hoffnungslosigkeit.

IV. Empfehlungen

a) Wer öffentliche Verantwortung wahrzunehmen hat, steht vor der schweren Aufgabe, mit einem Dilemma fertig zu werden, nämlich Vertrauen in der Bevölkerung zu erhalten und gleichzeitig auch vor notwendigen unpopulären Maßnahmen nicht zurückzuschrecken. In dieser schwierigen und konflikträchtigen Situation muß versucht werden, Maßnahmen zu wählen, die vorhandenes Vertrauen zu Ärzten und Behörden nicht belasten, die Kooperationswilligkeit des Patienten so wenig wie möglich beeinträchtigen und dem Gedanken der Freiwilligkeit entgegenkommen. Auf dieser Basis muß auch die Diskussion über geeignete Maßnahmen geführt werden, die vermeiden, daß Infizierte ausweichen und ungewollte gesellschaftliche Nebenwirkungen und Benachteiligungen erleiden, die über die gesundheitspolitischen Erfordernisse hinausgehen. Eine Einschränkung von Grundrechten des einzelnen darf auch hier nur ein letztes Mittel sein.

b) Maßnahmen zur Bekämpfung von AIDS sollten nur ergriffen werden im Wissen um den Zielkonflikt zwischen den bürgerlichen Freiheitsrechten und den gesundheitspolitischen Erfordernissen der Gesellschaft. Es gibt hier keine konfliktlose, keine risikolose und keine problemlose Handlungsmöglichkeit. Das Abwägen zwischen den gegensätzlichen Zielen muß die Entscheidung bestimmen; die Entscheidungen dürfen nicht vorschnell gefaßt werden. Es muß deutlich sein, daß dort, wo ein Weg zu lasten von Freiheitsrechten einzelner unvermeidlich erscheint, neben den Vorteilen zugleich auch Nachteile eintreten. Und umgekehrt: Wo im Vertrauen auf den mündigen Bürger und die Freiwilligkeit der

Betroffenen auf durchgreifende Maßnahmen verzichtet wird, müssen dagegen die daraus erwachsenden Gefahren für andere und für das Krisenmanagement als bleibende Mahnung im Blick sein. In jeder Entscheidung liegt die Gefahr, das Falsche zu tun und das Notwendige zu unterlassen.

c) Für das Vorbeugen, für die medizinische Versorgung, für die Wahl der Bekämpfungsmaßnahme, für die Planung und zur Effektivitätskontrolle ist es unbedingt erforderlich, unseren Kenntnisstand über die Krankheit auf einem geeigneten Wege zu verbessern. Entscheidungsträger und Verantwortliche müssen deshalb über die Ausbreitung der Krankheit und über bestehende Infektionswege informiert sein. Auch auf die Pflicht zur Information und Aufklärung der Bevölkerung ist zu verweisen: Ein nicht geringer Teil der sozialen Ausgrenzungen und Diskriminierungen könnte gemindert und vielleicht vermieden werden, wenn die Verunsicherten und Diskriminierenden besser informiert wären.

d) Hier liegt auch eine individuelle Verantwortung des einzelnen, sich selbst Gewißheit darüber zu verschaffen, ob bei ihm eine Infektion vorliegt. Alle, bei denen eine Infektion wahrscheinlich ist, sind aus ethischer Sicht im Blick auf die Verantwortung gegenüber dem Nächsten und im Blick auf die Wahrheit sich selbst gegenüber zur Teilnahme an einer Untersuchung selbst dann verpflichtet, wenn dies gesetzlich nicht vorgeschrieben ist und wenn dem Betroffenen selbst daraus eher subjektive Nachteile entstehen. Jedoch dürfen die Schwierigkeiten dessen, dem damit zugemutet wird, sich >>testen zu lassen, ob er ein Todeskandidat ist<<, nicht unterschätzt werden, sondern müssen Anlaß zu Beistand und Hilfe sein. Eine seelsorgerlich Beraterische Begleitung ist hier unerlässlich. Neben den psychohygienischen Rahmenbedingungen muß auch eine vertrauenerweckende medizinische Handhabung des Testverfahrens sichergestellt sein. Ein HIV-Test darf nur im Einverständnis mit dem Patienten durchgeführt werden. Das Testergebnis unterliegt in jedem Fall dem Datenschutz und darf nicht zur beruflichen oder versicherungsrechtlichen Ausgrenzung mißbraucht werden. Das schließt die Anonymität der Meldepflicht ein.

e) Die Behandlung und Betreuung von AIDS-Kranken sowie die Bekämpfung der Seuche sollten soweit wie irgend möglich beim Arzt und den Beratungsstellen verbleiben und so wenig wie irgend möglich bei Behörden liegen. Hier hat eine besondere Bedeutung die Schweigepflicht des Arztes, zu dem der Patient aufgrund der persönlichen Begleitung ein besonderes Vertrauensverhältnis hat.

f) In allen Stadien von der HIV-Infektion bis zum Erkrankungsstadium und zum Sterben müssen leistungsfähige psychosoziale, beratende und betreuende Angebote der Seelsorge zur Verfügung stehen. Hier liegt eine besondere Herausforderung für Kirche und Diakonie.

g) Ärztinnen, Ärzte, Krankenschwestern, Pfleger und Sozialarbeiter bedürfen gerade in dieser Zeit der Eskalation, der Angst vor der eigenen Infizierung und der erschreckenden Überlastung einer raschen und energischen Unterstützung. Es ist nicht nur vermehrt assistierendes Personal nötig, sondern auch die großzügige Unterstützung durch Personalschulung und Information, durch notwendige Entscheidungen in den Kliniken und durch ein bejahendes Mittragen des schwe-

ren Dienstes. Diejenigen, die AIDS-Kranke behandeln, pflegen und begleiten, brauchen selber menschliche, seelische und moralische Hilfe sowie eine Anerkennung ihres Einsatzes und ihrer Aufopferung. Sie sind der seelsorgerlichen Begleitung bedürftig, um das, was ihnen täglich begegnet, aufarbeiten zu können. Eine besondere Last liegt auf denen, die junge Sterbende begleiten. Ihnen sollte die Möglichkeit eingeräumt werden, daß sie diese Aufgabe mit der nötigen Zeit, der nötigen Kenntnis und den nötigen Mitteln wahrnehmen. Die Kirche kann hier in ihren Einrichtungen mit gutem Beispiel vorangehen.

h) Die Annahme des Mitmenschen, zu der uns Gott gerufen hat, schließt auch die Annahme derjenigen ein, deren Verhalten wir nur schwer verstehen und deren Wertvorstellungen wir nicht teilen. Die rechte Annahme ist nicht an Vorleistungen geknüpft. Sie schließt nicht nur die Bluter und Kinder ein, sondern auch Drogenabhängige, Homosexuelle und Prostituierte. Die Krankheit AIDS ist eine Herausforderung zur konsequenten Realisierung der >>Solidargemeinschaft der Schwachen<<, zu der die vermeintlich Gesunden ebenso gehören wie die Kranken. Eine Bewußtseinsbildung in der Bevölkerung sollte die vielen offensichtlichen und verborgen wirkenden Diskriminierungen überwinden helfen. Die Kirchengemeinden sollten dann, wenn es bei ihnen AIDS-Infizierte und AIDS-Kranke gibt, ihnen mit ihren Diensten ebenso zur Verfügung stehen wie anderen Kranken auch. Alle Menschen, die an schweren und tödlichen Krankheiten leiden, bedürfen der Gemeinschaft: Sie brauchen den Besuch, das Gespräch, Unterstützung und Hilfeleistung, und darin die Gewißheit, nicht ausgeschlossen zu sein. Gerade junge Patienten brauchen die Erfahrung, in ihrer Krankheit nicht allein auf sich selbst gestellt zu sein, sondern auch in schwersten Krankheitssituationen die Beziehung zu anderen Menschen und die Zugehörigkeit zu einer Gemeinschaft zu behalten. Es könnte sein, daß durch eine neue Aufmerksamkeit für AIDS-Kranke die Aufmerksamkeit, die alle Kranken und besonders die Schwerkranken unter uns benötigen, neu geweckt und vertieft wird.

i) Gefordert ist auch eine größere sexuelle Verantwortlichkeit, die den Sinn der Sexualität neu entdeckt und Teil einer gelingenden und dauerhaften Partnerschaft ist. Diese Sexualität hat ihren Ort in der Ehe. Liebe, Vertrauen, Zuwendung und ganzheitliche Gemeinschaft müssen stets neu gelernt werden. Die Kirche muß in ihrer Arbeit mit Jugendlichen und Erwachsenen diese Zusammenhänge und die Verantwortung der Partner in Erinnerung rufen. Das aber wird sie nur können, wenn sie sich selber nicht bestimmen läßt von Ängstlichkeit und Enge, von einer Überbewertung des Geistigen gegenüber dem Leiblichen. Nur wo unverkrampft Freude an der Sexualität zum Ausdruck kommt, finden auch Hinweise auf Gefahren und Fehlformen Beachtung.

j) Betroffene Infizierte und akut Erkrankte sollten so eingehend wie möglich und so lange wie möglich in den Bereich des gesellschaftlichen Lebens integriert bleiben, der ihnen Einsatz und Verantwortung abverlangt und in dem sie soziale Kontakte, individuelle Lebensführung, Entfaltungsmöglichkeiten und Erwerbsarbeit finden. Wir dürfen nicht zulassen, daß sie zu früh in den Schonraum ausweichen. Sie sollten vielmehr in der Lage sein, so lange wie möglich ein möglichst normales Leben zu führen. Im Umgang mit den betroffenen Infizierten und Kranken sollte sich die Kirche als >>heilende Gemeinschaft<< in Begleitung,

Gespräch, Kontakt und Fürsorge erweisen. Die Sorge für die betroffenen AIDS-Kranken liegt nicht einfach nur bei den Werken und Einrichtungen der Kirche, sondern ebenso bei den Gemeinden und jedem einzelnen Christen. AIDS-infizierte und -erkrankte Kinder müssen ihren Platz im Kindergarten der Kirchengemeinde nicht nur behalten, sondern dort besondere Zuwendung erhalten. Vergleichbares gilt für die infizierten und kranken Jugendlichen und Erwachsenen in der Gemeinde, die in den Gemeindekreisen Aufnahme und Begleitung finden sollen. Der Glaube an Gott, der zu seinem Volk sagt, >>ich bin der Herr, dein Arzt<< (2. Mose 15, 26), sollte Handeln und Einstellung der Christen bestimmen.

k) Nach dem heutigen Stand der medizinischen Erkenntnis besteht praktisch kein Risiko, sich beim Abendmahl mit AIDS zu infizieren. Deshalb ist eine ausgedehnte und emotionsbeladene Diskussion über die mögliche Gefährdung durch den gemeinsamen Kelch beim Abendmahl eine unnötige Belastung für das Gemeindeleben. Nichtsdestoweniger wird die Gemeinde Rücksichten auch auf die nehmen müssen, die sich von (objektiv unbegründeten) Ängsten nicht lösen können. In der Empfehlung der Lutherischen Liturgischen Konferenz von 1986 heißt es dazu: >> Es sollten alle Maßnahmen getroffen werden, die das Risiko einer Infektion reduzieren, so unwahrscheinlich diese erfahrungsgemäß oder statistisch auch ist. Es muß erkennbar werden, daß die Bedenken der Abendmahlsgäste ernst genommen werden. Bei Berücksichtigung der genannten Gesichtspunkte wird auch von kritischen Hygienikern kein medizinischer Einwand gegen den gemeinsamen Kelch erhoben. Wir haben daher keinen Anlaß, eine andere als die bewährte Praxis der Abendmahlsausteilung mit dem Gemeinschaftskelch zu empfehlen, zumal die Gemeinsamkeit des Mahles wesentlich durch den gemeinsamen Kelch sichtbar gemacht wird.<<

Die Bekämpfung der Bedrohung durch die Krankheit AIDS und die Hilfe für die bereits Betroffenen ist eine gemeinsame Aufgabe, die ein Zusammenwirken aller gesellschaftlichen Kräfte erfordert. Die Bedrohung wird zu einer schweren Belastungsprobe werden. Gegensätze werden noch deutlicher aufbrechen. Es besteht die besondere Pflicht zur Gemeinsamkeit in der Bemühung, den Betroffenen zu helfen und die Gesunden zu schützen.

Die AIDS-Diskussion ist nicht für eine parteipolitische Profilierung geeignet, wie dies in der gegenwärtigen Situation hier und dort versucht wird. Nicht Wunschenken, eine Ideologie oder Interessenlage, sondern allein die Tatsachen zählen. Bei allen Entscheidungen sollte es deshalb gleichrangig um die selbstverständliche Fürsorgepflicht für die Betroffenen und um den Schutz der Gesunden gehen. Es muß zu einer die Parteien und Gruppen übergreifenden und die Gräben überbrückenden gemeinsamen Bemühung kommen. Auch strukturelle Unzulänglichkeiten wie ungeklärte Kompetenzen, unzureichende Kooperationsmöglichkeiten, Konzeptionslosigkeit u. a. gefährden die Gemeinsamkeit.

Bei diesem Bemühen liegt auch eine wichtige Aufgabe der christlichen Gemeinde und des einzelnen Christen. Sie sollten sich, soweit das möglich ist, an der Diskussion über die Krankheit AIDS auf den unterschiedlichen Ebenen beteiligen und dabei das Ziel verfolgen, sowohl die sachliche Information zur Geltung zu bringen, wie vor allem der Verdrängung des Themas, seiner Tabuisierung oder seiner Mystifizierung entgegen zu wirken. Die öffentliche Diskussion muß von falschem Pathos, von Überheblichkeit und von vielen Vorurteilen entlastet werden. So sehr diese Diskussion in manchem auch verhärtet sein mag, es gilt dennoch, Grundlinien zu finden, die von einer großen Mehrheit getragen werden und zu einer >>Gemeinsamkeit im Konflikt<< führen. Es bleibt eine beständige Aufgabe, ein Klima der Offenheit und des Gemeinsinns zu schaffen und zu erhalten.