
EKD

Herausgegeben
vom Kirchenamt der
Evangelischen
Kirche in Deutschland
(EKD)
Herrenhäuser Straße 12
30419 Hannover

TEXTTE

91

■
Für ein Leben in Würde

Die globale Bedrohung durch HIV/Aids
und die Handlungsmöglichkeiten der Kirche

Eine Studie
der Kammer der EKD für nachhaltige Entwicklung

Inhalt

Vorwort	5
1. Zur Würde bestimmt, zur Verantwortung gerufen, zur Gemeinschaft befähigt	7
1.1 Zur Würde bestimmt	7
1.2 Zur Verantwortung gerufen	8
1.3 Zur Gemeinschaft befähigt	8
2. HIV/Aids – Ausbreitung und medizinische Grundlagen	10
2.1 HIV/Aids und seine Behandlung	10
2.2 Übertragungswege	11
2.3 Ausbreitung von HIV/Aids	12
2.3.1 Global	12
2.3.2 Afrika südlich der Sahara	15
2.3.3 Osteuropa und Zentralasien	16
2.3.4 Asien	17
2.3.5 Deutschland	18
3. Herausforderungen und Handlungsfelder	19
3.1 Auswirkungen von HIV/Aids	19
3.2 Frauen und Gender-Gerechtigkeit	21
3.3 Behandlung, Pflege und Prävention	24
3.3.1 Zugang zu antiretroviralen Medikamenten	24
3.3.2 Pflege	28
3.3.3 HIV-Prävention	29
3.3.4 Behandlung und Prävention in Deutschland	33
3.4 Kinder mit HIV/Aids, Waisen, gefährdete Kinder und Jugendliche	34
3.5 Überwindung von Tabuisierung und Stigmatisierung	35
3.6 Mobilisierung von Finanzierungsmitteln und globales Engagement	36
4. Kirchliches Engagement	39
4.1 Kirchliche Hilfs- und Missionswerke: Aids-Bekämpfung als Querschnittsaufgabe	39
4.2 Ökumenische Zusammenarbeit: Unterstützung und Advocacy	40
4.3 Partnerkirchen: HIV/Aids in der theologischen Ausbildung	44
4.4 Aids-Arbeit in Deutschland: Aktionsbündnis gegen Aids	44
5. Handeln, Heilen, Hoffen	47
5.1 Die Kirche als handelnde Gemeinschaft	47
5.2 Die Kirche als heilende Gemeinschaft	49
5.2.1 Sexualität verantwortlich gestalten	50
5.2.2 Versöhnung und Teilhabe	51
5.2.3 Das Aufgebot der Hoffnung	52
Internetadressen	54
Glossar	56
Mitglieder der Kammer der EKD für nachhaltige Entwicklung	61

Vorwort

Seit dem ersten registrierten Auftreten von HIV/Aids vor einem Vierteljahrhundert sind mehr als 60 Millionen Menschen mit dem Virus infiziert worden, davon sind mehr als 25 Millionen gestorben. Aids ist eine noch immer nicht heilbare Krankheit und verursacht großes Leiden. Oft führt es zu Perspektivlosigkeit nicht nur bei den Erkrankten, sondern auch bei ihren Angehörigen und Familien.

Aids*¹ ist in vielen Teilen der Welt zur häufigsten Todesursache bei Erwachsenen geworden. Das hat in den besonders betroffenen Regionen zu dramatischen Rückgängen bei der Lebenserwartung geführt. Und es macht viele Anstrengungen zur Verbesserung der wirtschaftlichen und sozialen Entwicklung in den ärmsten Ländern zunichte. Christen und Kirchen können nicht unberührt bleiben von vorzeitigem Sterben und Leben in Not und Abhängigkeit.²

In den letzten Jahren sind eine Reihe von kirchlichen Stellungnahmen zu HIV* und Aids erschienen. Der Rat der EKD hat zuletzt 1988 einen Text mit dem Titel „Aids. Orientierungen und Wege in der Gefahr“ herausgegeben.³ Seitdem hat sich die Pandemie* mit ihren dramatischen Auswirkungen allerdings grundlegend geändert, so dass eine neue Studie notwendig erscheint.

In Deutschland ist die Aufmerksamkeit für HIV und Aids stark zurückgegangen. Nach anfänglichen Befürchtungen, eine massive Epidemie* würde auch Deutschland heimsuchen, wird diese Krankheit nun wieder als „die Krankheit der anderen“ aufgefasst, die die deutsche Öffentlichkeit nicht stark berührt. In Prävention* und Aufklärung wird immer weniger investiert, in Folge neuer Therapiemöglichkeiten wiegen sich viele Menschen in falscher Sicherheit. Dabei besteht für Entwarnung kein Anlass. Nach wie vor ist Aids eine tödliche Krankheit, an der weltweit jedes Jahr etwa 3 Millionen Menschen sterben. Auch in Deutschland und anderen wohlhabenden Ländern kann die Krankheit nur gelindert, aber nicht geheilt werden.

Auch wenn die Infektionsrate in Deutschland im Vergleich zu anderen Teilen der Welt als sehr gering bezeichnet werden kann, ist HIV/Aids dennoch nicht nur ein Problem der anderen. Das gilt insbesondere für eine christliche Perspektive. Denn die Kirche ist eine Gemeinschaft, in der sich Gesunde und Kranke, von HIV/Aids direkt und indirekt Betroffene und Menschen, die selbst nicht erkrankt sind, als

1 Mit * versehene Begriffe werden in dem Glossar am Ende dieser Studie erläutert.

2 Siehe die Erklärung des Zentralausschusses des Ökumenischen Rates der Kirchen vom Februar 2006: HIV/Aids – Nächstenliebe als Handlungsgrundlage, in: epd-Dokumentation 39/2006, 32–36.

3 Aids. Orientierungen und Wege in der Gefahr. Eine kirchliche Stellungnahme, hg. vom Kirchenamt der EKD, EKD-Texte 24, 1988.

Glieder des Leibes Jesu Christi mit gleichem Wert und gleicher Würde akzeptieren und einander in Solidarität unterstützen. Diese Betrachtungsweise tragen Christen auch in die Gesellschaft hinein; denn die Würde des Menschen ist unteilbar. Doch allzu oft wurden und werden HIV-Infizierte und sogar ihre Angehörigen ausgegrenzt; auch in den Kirchen ist das immer wieder der Fall. Im Gespräch mit kirchlichen Partnern in aller Welt müssen wir uns deshalb immer wieder wechselseitig daran erinnern, dass wir sowohl in den Ortsgemeinden als auch in der weltweiten christlichen Gemeinschaft zu dem einen Leib Christi gehören, der keine Ausgrenzungen kennt – auch nicht auf Grund einer bestimmten Infektion oder einer unheilbaren Krankheit. Vielmehr ist die Kirche durch eine Solidarität des Mitleidens bestimmt: Wenn ein Glied leidet, leiden alle anderen mit. Wie Jesus sich vorbehaltlos denen zugewandt hat, die wegen ihrer Krankheit von der Gesellschaft ausgeschlossen wurden, den Aussätzigen und Leprakranken, so eindeutig müssen sich Christen und Kirchen heute den HIV/Aids-Erkrankten zuwenden.

In allen Gesellschaften der Welt verweist HIV/Aids auf gesellschaftliche Tabus und Missstände, welche die Ausbreitung des Virus begünstigen. Die Krankheit nötigt zu einer Auseinandersetzung mit Fragen der sexuellen Orientierung, mit dem Selbstbestimmungsrecht von Mann und Frau, mit Drogenabhängigkeit, Armut, Ausbeutung und sexueller Gewalt. Darum kann sich eine kirchliche Stellungnahme nicht auf krankheitsspezifische Aspekte von HIV/Aids beschränken, sondern muss gesellschaftspolitische, ökonomische und ethische Fragestellungen einbeziehen. Diese Krankheit ist kein Schicksal, sondern kann verhindert und behandelt werden. Dazu leisten die Kirchen überall auf der Welt einen wichtigen Beitrag. So stellen sie in vielen Ländern Afrikas bis zu 60% der nationalen Gesundheitsversorgung.

Menschen mit HIV/Aids erwarten Solidarität und Gemeinschaft; sie erwarten Unterstützung im Kampf für das Leben. Ihrerseits müssen die von HIV/Aids potentiell Bedrohten und unmittelbar Betroffenen sich der Gemeinschaft zuwenden und Verantwortung für ihr Leben übernehmen. Dazu will die vorliegende Studie der Kammer der EKD für nachhaltige Entwicklung ermutigen.

Der Rat der EKD dankt der Kammer für nachhaltige Entwicklung für die Erarbeitung dieser fundierten Studie und wünscht ihr eine breite und intensive Resonanz in Deutschland, aber auch in der weltweiten Ökumene.

Hannover, 13. Juni 2007

Bischof Dr. Wolfgang Huber
Vorsitzender des Rates der
Evangelischen Kirche in Deutschland

1 Zur Würde bestimmt, zur Verantwortung gerufen, zur Gemeinschaft befähigt

Der Glaube an Gott den Schöpfer, den Erlöser und Versöhner ist die Mitte der christlichen Theologie; er gibt allem Reden und Handeln eine Orientierung. Im Glauben an den dreieinigen Gott ist der Mensch genauso in seiner unverlierbaren Würde im Blick wie in seiner Verantwortung für andere und in seiner bleibenden Beziehung zu einer ihn tragenden Gemeinschaft. Der Glaube ist kritischer Maßstab genauso wie Grund und Motivation all derjenigen, die sich in unseren Kirchen und in sozialer Verantwortung engagieren. Dies gilt im besonderen Maße auch für die Auseinandersetzung der Kirchen mit den Fragen, die sich aus der Tatsache ergeben, dass weltweit HIV/Aids zur Bedrohung des persönlichen Lebens, der Sozialbeziehungen sowie wesentlicher kultureller Errungenschaften geworden ist.

1.1 Zur Würde bestimmt

Es ist die grundlegende Überzeugung des christlichen Glaubens, dass jedem Menschen von Gott eine unverlierbare Würde zukommt. Diese Würde des Menschen ist die Basis menschlichen Zusammenlebens und aller Menschenrechte. In den politischen wie in den wirtschaftlichen, sozialen und kulturellen Menschenrechten ist das niedergelegt, wessen jeder bedarf und was unter keinen Umständen verletzt werden darf.

In christlicher Perspektive ist die unverlierbare Würde des Menschen begründet in der Gottebenbildlichkeit des Menschen. Von Gott ist der Mensch dazu berufen, Gottes Schöpfungswerk zu bewahren und zu pflegen. Biblisch fundiert wird dies mit dem Verweis auf den ersten Schöpfungsbericht: „Lasset uns Menschen machen, ein Bild, das uns gleich sei ... Und Gott schuf den Menschen zu seinem Bilde, zum Bilde Gottes schuf er ihn; und er schuf sie als Mann und Weib. Und Gott segnete sie und sprach zu ihnen: Seid fruchtbar und mehret euch, und füllet die Erde und machet sie euch untertan und herrschet über die Fische im Meer und über die Vögel unter dem Himmel und über das Vieh und alles Getier, das auf Erden kriecht.“ (1. Mos 1, 26-28). Der Mensch wird in diesem Schöpfungsbericht in seinem Gegenüber zu Gott verstanden. Er wird von Gott angeredet und soll ihm antworten. Er hat eine Bestimmung und ist berufen zur Gemeinschaft mit Gott in Freiheit. Ihm ist die Welt zur verantwortlichen Gestaltung anvertraut. Das verleiht ihm seine unverlierbare Würde.

Die Gottebenbildlichkeit ist also nicht in der biologischen Beschaffenheit des Menschen begründet, sondern in der bleibenden Zusage Gottes. Durch diese Bezogenheit auf Gott verdient der Mensch als Mensch – also jeder Mensch in jeder

Phase seiner Entwicklung und in jeder Verfassung seines Daseins – Achtung, weil ihm Würde eignet, die ihm mit seinem Dasein von Gott gegeben ist. Diese unverlierbare Würde des Menschen ist Grund und Motivation aller kirchlichen Bemühungen und sozial-ethisch begründeten Auseinandersetzungen mit der Aids-Pandemie in der Gegenwart. Die christliche Theologie tritt für die Würde des Menschen ein, gerade dort, wo sie missachtet wird.

1.2 Zur Verantwortung gerufen

In christlicher Perspektive hat jeder Mensch seine Würde nicht aufgrund dessen, was in ihm steckt, sondern dadurch, dass Gott ihn zu seinem Ebenbild berufen und ihm damit seine unverlierbare Würde zugesprochen hat. Diese Würde wird auch durch die Zusage des Evangeliums von der Liebe Gottes begründet, die sich in Christus offenbart hat und jedem Menschen gilt – besonders den Schwachen und Leidtragenden (Matth 5,4). Denn in Christus selbst hat Gott sich als ein Gott offenbart, der Leiden, Schwachheit und Tod nicht von sich gewiesen, sondern erduldet hat und gerade so dem Leiden und dem Tod die letzte Macht genommen hat.

Die Möglichkeiten Gottes sind bezeugt im Leben Jesu, in seinem Sterben und Auferstehen. In Jesu Tod am Kreuz wird der Mensch seiner Entfremdung ansichtig: Die Verfahrenheit seiner Situation vor sich selbst und vor Gott, seine Verstrickung in Schuldzusammenhänge und Entfremdung verdichtet sich im Tod Jesu am Kreuz. In Jesus Christus handelt Gott im Angesicht des Menschen.

Auch angesichts von Sünde und Schuld, von Lähmung und Entfremdung gilt die Berufung zur Freiheit, gilt die Bestimmung des Menschen, eine „neue Kreatur“ zu werden. Auch als Sünder und mit seiner Schuld ist der Mensch als Gottes Ebenbild zur Verantwortung für sich und andere gerufen und zur tätigen Liebe befreit.

1.3 Zur Gemeinschaft befähigt

Im christlichen Bekenntnis zum dreieinigen Gott ist der Glaube an den Heiligen Geist lebendig. Der Mensch ist angerührt durch das Wirken des Heiligen Geistes, der ihn verbindet mit der „Gemeinschaft der Heiligen“, mit der gesamten Menschheit sowie der mitgeschöpften Welt.

Als der zur Gemeinschaft mit der Menschheit und der Schöpfung Gerufene trägt er Verantwortung für die Gemeinschaft und die Gemeinschaft für ihn. Das Bekenntnis zum Heiligen Geist, der den Menschen in die Gemeinschaft mit Gott und der

Mitwelt zurückholt, ist für die Kirche wie für Christinnen und Christen Grundlage aller Bemühungen, HIV/Aids-Erkrankte auch in ihrer Mitte wahrzunehmen und in die heilende und vermittelnde Gemeinschaft der Christen zu integrieren.

2 HIV/Aids – Ausbreitung und medizinische Grundlagen

2.1 HIV/Aids und seine Behandlung

Bei der Immunschwächekrankheit Aids wird unterschieden zwischen der die Krankheit auslösenden Infektion mit einem HI-Virus und dem eigentlichen Ausbruch der Krankheit Aids. Dabei steht „HIV“ für *Humanes Immundefizienz Virus* (Menschliches Immunschwächevirus). Nach einer Ansteckung befällt das Virus die menschlichen Abwehrzellen und zerstört sie. Ohne weitere Behandlung bricht das Immunsystem nach einigen Jahren zusammen und es folgt die Aids-Erkrankung. „Aids“ steht für *Acquired Immunodeficiency Syndrome* (Erworbenes Immundefektsyndrom). Durch Aids wird der Körper anfälliger für sog. opportunistische* Infektionen, die Folge des Versagens der Immunabwehr* sind. Dazu gehören u.a. Lungenentzündungen, Hautkrankheiten, Durchfallerkrankungen und Gehirnhautentzündungen.

Nach heutigem wissenschaftlichem Stand gibt es keine Heilung für HIV/Aids. In der Regel entwickelt sich Aids acht bis zehn Jahre nach der Infektion. Die HIV-Infektion führt unbehandelt zum Tod. Das Fortschreiten der Erkrankung kann jedoch durch antiretrovirale Medikamente*⁴, die spezifisch die Vermehrung der HI-Viren im Körper unterdrücken, aufgehalten werden, so dass der Ausbruch von Aids verzögert bzw. verhindert wird. Ein Mensch im Stadium von Aids kann durch Einnahme der Medikamente wieder in das Stadium der HIV-Infektion ohne Symptome zurückkehren. Folgekrankheiten wie Krebs oder Tuberkulose*, die in Afrika die häufigste opportunistische Infektion ist, werden seltener.

Seit 1996 werden in Deutschland und anderen Industrieländern verschiedene antiretrovirale Medikamente in Kombination miteinander eingesetzt, um die Wirkung der Behandlung zu erhöhen. Deswegen hat sich in Deutschland die Bezeichnung „Kombinationsbehandlung“* bzw. „Kombinationstherapie“ durchgesetzt. Dadurch konnten Erkrankungen und Tod durch HIV/Aids stark reduziert werden. HIV-positive Menschen sind in der Lage, länger zu leben; zugleich steigt die Lebensqualität durch die Verringerung der Erkrankungen, die mit HIV einhergehen. Damit ist HIV/Aids zwar nicht zu einer heilbaren, jedoch unter entsprechenden Bedingungen, wie sie vor allem in gut entwickelten Gesellschaften gegeben sind, zu einer behandelbaren, chronischen Erkrankung geworden.

Antiretrovirale Medikamente werden üblicherweise nicht vom Beginn der Infektion, sondern erst ab einem gewissen Krankheitsstadium, spätestens beim Auftreten von

4 S. Kapitel 3.3.1 Zugang zu antiretroviralen Medikamenten, S. 22

Aids, gegeben. Wenn einmal mit der Medikamenteneinnahme begonnen wurde, muss sie lebenslang fortgesetzt werden. Die Infektiosität* bleibt weiterhin bestehen, sie ist jedoch wesentlich geringer, da die Anzahl von Viren im Blut (die sog. Viruslast) erheblich reduziert wird.

Eine wirksame Behandlung von Menschen mit HIV umfasst neben der antiretroviralen Therapie* weitere Elemente: eine ausreichende und ausgewogene Ernährung, Verhütung oder Behandlung von sexuell übertragbaren und opportunistischen Erkrankungen sowie seelsorgerliche, psychologische und soziale Betreuung.

2.2 Übertragungswege

HIV wird durch vier verschiedene Infektionswege übertragen:

- ungeschützter Sexualverkehr (vaginal, anal, oral);
- Blut und Blutprodukte;
- von mehr als einer Person benutzte Injektionsnadeln und medizinische Instrumente;
- Mutter-Kind-Übertragung.

Die Wahrscheinlichkeit für eine HIV-Übertragung variiert je nach Übertragungsweg sehr stark. Die meisten HIV-Infektionen werden auf sexuellem Wege übertragen. Sexuell übertragbare Erkrankungen erhöhen das Übertragungsrisiko sowohl für Frauen als auch für Männer. Das Risiko, bei einem Sexualakt mit einer infizierten Person zu erkranken, ist aus anatomischen und physiologischen Gründen für Frauen wesentlich höher als für Männer. Besonders hoch ist es bei jungen Mädchen und bei sexueller Gewalt. Das Risiko hängt außerdem davon ab, in welchem Stadium der Erkrankung sich der oder die Infizierte befindet. So besteht in den ersten Wochen nach der Infektion und im unbehandelten fortgeschrittenen Stadium das höchste Risiko der Weitergabe der Infektion.

Eine Übertragung durch Sexualverkehr kann verhindert werden durch Enthaltensamkeit (kein Sexualverkehr) oder durch eine monogame Beziehung bei nicht-HIV-infizierten Personen. Auch der korrekte und konsequente Gebrauch von Kondomen schützt weitgehend vor Infektion.

Drogenabhängige haben ein hohes Risiko für eine HIV-Übertragung, wenn Spritzen und Nadeln mehrfach benutzt werden. Der Prozentsatz der durch Drogengebrauch übertragenen Neuinfektionen nimmt zu.⁵ Es wird geschätzt, dass weltweit 10% und

⁵ Für die Daten zu Drogengebrauch s. United Nations Office on Drug and Crime: World Drug Report 2007. (www.unodc.org/pdf/research/wdr07/WDR_2007.pdf)

außerhalb Afrikas ein Drittel der Neuinfektionen mit Drogengebrauch verbunden sind. In vielen Ländern sind mehr als 70% der Drogenabhängigen HIV-infiziert. HIV kann bei Drogenabhängigen auch über ungeschützten Sexualverkehr und von der HIV-infizierten Mutter auf ihr Kind übertragen werden. So sind z. B. in den USA ein Drittel und in China die Mehrzahl der neuen Infektionen direkt oder indirekt mit Drogengebrauch verbunden.

In Einrichtungen des Gesundheitswesens kann es zu HIV-Übertragungen kommen, wenn bei Bluttransfusionen infiziertes Blut übertragen wird oder Infusionsnadeln mehrfach verwendet werden.

HIV kann auch in der Schwangerschaft, während der Geburt oder durch das Stillen von einer infizierten Frau auf ihr Baby übertragen werden. Für diese sog. vertikale Übertragung besteht generell ein Risiko von etwa 30%. Bei optimaler medizinischer Betreuung, wie sie in einigen westeuropäischen Ländern und USA möglich ist, kann das Risiko einer HIV-Übertragung von der Mutter auf das Kind durch verschiedene Maßnahmen wie Kaiserschnitt, medikamentöse Prophylaxe und Verzicht auf Stillen auf unter 2% gesenkt werden.

In den Entwicklungsländern stellt sich die Situation jedoch trotz verstärkter Bemühungen in den letzten Jahren anders dar. In Afrika haben weniger als zehn Prozent aller Schwangeren Zugang zu freiwilligen HIV-Tests und Beratung; antiretrovirale Medikamente stehen nicht in ausreichendem Maß zur Verfügung; es gibt kaum Möglichkeiten, Kaiserschnitte durchzuführen; und schließlich ist Nicht-Stillen für die meisten Frauen keine Alternative, da Flaschennahrung entweder nicht verfügbar oder zu teuer ist und das dafür benötigte Wasser häufig Krankheiten überträgt.

2.3 Ausbreitung von HIV/Aids

2.3.1 Global

Seit dem ersten registrierten Auftreten von HIV/Aids 1981 sind mehr als 60 Millionen Menschen mit dem Virus infiziert worden, davon sind mehr als 25 Millionen gestorben. Nach dem Welt-Aids-Bericht 2006 des Aids-Bekämpfungsprogrammes der Vereinten Nationen (UNAIDS*) und der Weltgesundheitsorganisation (WHO) lebten im Jahr 2006 fast 40 Millionen Personen mit HIV und Aids, davon infizierten sich 4,3 Millionen neu mit HIV. Im gleichen Zeitraum starben knapp 3 Millionen Menschen an Aids, das entspricht etwa 8.500 Menschen pro Tag. In zahlreichen Regionen der Welt sind HIV-Neuinfektionen besonders stark unter jungen

Menschen (15–24 Jahre) zu beobachten. In dieser Altersgruppe fanden im Jahre 2006 40% der HIV-Infektionen statt.

Die Infektionsraten sind seit Beginn der Pandemie kontinuierlich angestiegen und nehmen weiterhin zu. Mehr als 90% der HIV-infizierten Menschen leben in den Entwicklungsländern. Die HIV/Aids-Epidemie befindet sich im weltweiten Maßstab erst in den Anfangsstadien. Sie hat sich explosionsartig entwickelt. Der Verlauf, den sie langfristig nehmen wird, ist jedoch nicht hinreichend klar. Ihre Dynamik muss auf jeden Fall in einem Zeitraum von Jahrzehnten betrachtet werden.

Schätzung⁶ HIV-Positiver Erwachsener und Kinder 2006



Gesamt: 39,5 (34,1–47,1) Millionen

6 Alle Daten in diesem Unterkapitel sind dem von UNAIDS und WHO herausgegebenen Bericht „Die Aids Epidemie. Statusbericht: Dezember 2006“ (http://data.unaids.org/pub/EpiReport/2006/2006_EpiUpdate_de.pdf) entnommen; die Graphik s. S. 75.

Aids ist eine außergewöhnliche Krankheit, weil ein Erreichen eines „Plateaus“, wie das bei anderen Epidemien der Fall ist, nicht in Sicht ist. In Botswana, Swasiland und anderen Teilen des südlichen Afrika hat die Infektionsrate bei Erwachsenen etwa 40% erreicht und steigt teilweise noch an. Der größte Zuwachs ist in den letzten Jahren in Ostasien, Zentralasien und Osteuropa zu verzeichnen gewesen.

Der Zeitpunkt, an dem sich die Epidemie von den sog. Risikogruppen in die allgemeine Bevölkerung ausbreitet, ist von Region zu Region sehr unterschiedlich. In weiten Teilen Afrikas ist das schon geschehen.

HIV und Aids betrifft überproportional junge Erwachsene, d. h. die sexuell aktive Bevölkerung und die Gruppe mit dem höchsten Risiko des Drogengebrauchs. Darauf beruhen u. a. auch seine verheerenden Auswirkungen auf die Gesellschaften: Junge Erwachsene erkranken, sterben einen frühzeitigen Tod und fehlen als Eltern und Ernährer.

Die zunehmende Mobilität von Menschen erhöht für bestimmte Gruppen die Ansteckungsgefahr. Sie ist dort besonders groß, wo Menschen temporär oder auf Dauer von ihren Familien getrennt leben müssen (etwa als Fernfahrer, Wanderarbeiter, Soldaten) und Kontakt zu Prostituierten suchen. Bei der Verbreitung von HIV/Aids spielen diese Gruppen und Milieus eine große Rolle.

2.3.2 Afrika südlich der Sahara

Die am stärksten von HIV/Aids betroffene Region ist Afrika südlich der Sahara. Dort leben fast zwei Drittel aller Infizierten. Zwar ist der Anteil der Infizierten in einigen Ländern der Region zurückgegangen; diese Trends sind aber weder stark noch weit verbreitet genug, um die Epidemie wirklich zu schwächen. UNAIDS führt diese rückläufige Tendenz auf eine verbesserte Aufklärung über Aids, eine ausgeweitete Gesundheitsinfrastruktur, eine wachsende Furcht vor dem Aids-Tod und auf die daraus resultierenden Verhaltensänderungen (wie z.B. Reduktion der Zahl der Sexualpartner, häufigerer Gebrauch von Kondomen und Heraufsetzung des Alters der ersten sexuellen Aktivität) zurück.

Dennoch: Im Jahr 2006 lebten in Afrika südlich der Sahara 24,7 Millionen Menschen mit HIV und Aids. 2,1 Millionen Personen starben an Aids und 2,8 Millionen infizierten sich neu mit HIV. Damit hat der Kontinent bei einem Anteil von 10% der Weltbevölkerung 63 % aller HIV-Infizierten und 72 % aller Aids-bezogenen Todesfälle. HIV/Aids ist die häufigste Todesursache in dieser Region.⁷

7 Vgl. Heiniger, E. / Walpen, B. (Hg.): Gegen Aids – Für das Leben. Kirchliches Handeln im Südlichen Afrika – eine Handreichung für die Praxis, Luzern 2005.

In Afrika südlich der Sahara ist HIV/Aids „endemisch“ geworden, d. h. die Epidemie hat sich weitgehend in den Ländern etabliert, wie das bei einigen anderen Infektionskrankheiten auch der Fall ist. Dies geschieht jedoch auf einem sehr hohen Infektionsniveau: 9 von 10 Staaten im südlichen Afrika haben Infektionsraten von mehr als 10% der erwachsenen Bevölkerung. Staaten wie Südafrika, Lesotho, Swasiland, Namibia und Botswana haben inzwischen bezogen auf die Gesamtbevölkerung Infektionsraten von mehr als 20%.⁸ Die nationalen Daten zur HIV-Rate sind Durchschnittswerte, die sich auf die Bevölkerung im Alter von 15 bis 49 Jahren beziehen. Diese Raten können daher in einzelnen Altersgruppen und Regionen wesentlich höher liegen. Generell sind sie am höchsten bei Frauen zwischen 20 bis 29 Jahren (wo sie in einzelnen Gebieten bis zu 50% erreichen können) und bei Männern zwischen 30 und 39 Jahren.

Eine Aids-Epidemie (mit ansteigenden Todesraten) etabliert sich in zahlreichen Ländern erst jetzt, weil viele Menschen, die sich in den letzten Jahren mit HIV infiziert haben, erkranken und sterben. Ohne adäquate Versorgung und Behandlung werden die Todesfälle in den nächsten Jahren weiter ansteigen. In diesem Fall werden die negativen Auswirkungen der Epidemie erst im Laufe dieses Jahrzehnts und darüber hinaus bedrohlich sichtbar werden. Damit wird in weiten Teilen Afrikas nachhaltige Entwicklung gefährdet, insbesondere durch die Erkrankung von Lehrpersonal, Ärztinnen und Ärzten, medizinischem Hilfspersonal und Menschen in der landwirtschaftlichen Produktion.

2.3.3 Osteuropa und Zentralasien

HIV breitet sich derzeit am stärksten in Zentralasien und Osteuropa aus. In beiden Regionen infizierten sich im Jahr 2006 laut Welt-Aids-Bericht schätzungsweise 270.000 Menschen neu mit HIV, so dass die Gesamtzahl der infizierten Menschen mit HIV nun bei 1,7 Millionen liegt – dies entspricht einem Anstieg um den Faktor 20 in weniger als einem Jahrzehnt. Die Ukraine ist das Land mit der höchsten HIV-Verbreitung unter Erwachsenen. Die Mehrzahl der Infizierten sind junge Menschen, etwa 80% sind unter 30 Jahren. Etwa ein Drittel der HIV-Infizierten sind Frauen, mit zunehmender Tendenz.

Am stärksten betroffen sind neben der Ukraine Russland, Weißrussland und Moldawien. Auch in Afghanistan ist ein steigender Trend zu beobachten. In anderen Ländern in der Region sind die gemeldeten Zahlen zwar niedrig, aber es gibt ein wachsendes Potential für die weitere Ausbreitung von HIV und Aids. Entlang der Ver-

⁸ Südafrika hat inzwischen seine Politik in der Aids-Bekämpfung geändert. Mit 2,4 Milliarden Euro will das Land bis 2011 die Zahl der Neuinfektionen halbieren, den Zugang zu Aids-Medikamenten verbessern und die Aufklärungsarbeit stark ausbauen (epd-Meldung, 15.3.2007).

kehrswegen breitet sich HIV vor allem in den strukturschwachen Industriezentren Osteuropas aus. Der grenznahe Sextourismus ist ein Risikofaktor für die HIV-Ausbreitung.

Die Mehrzahl der Übertragungen geschieht durch Drogengebrauch. Die ökonomischen und sozialen Bedingungen in vielen Ländern der Region begünstigen den Drogenkonsum gerade von jungen Menschen. Es wird geschätzt, dass bis zu 3 Millionen Menschen in Russland Drogen injizieren, das sind 2% der Bevölkerung – ein relativ hoher Wert, verglichen mit anderen Ländern in anderen Erdteilen. Rund 62% der Drogenabhängigen sind HIV-infiziert. Zugleich nimmt die sexuelle Übertragung auch außerhalb des Kreises der Drogenabhängigen stark zu.

Eine weitere Risikogruppe sind Gefangene: In den Gefängnissen wird die HIV-Prävalenz* auf bis zu 4% geschätzt, das ist 4mal höher als in der restlichen Bevölkerung. Sehr wenige Daten gibt es zur Übertragung durch homosexuelle Männer sowie durch Frauenhandel und Zwangsprostitution.

2.3.4 Asien

In Südostasien stieg die Anzahl der HIV-Neuinfektionen in den letzten zwei Jahren um 15%. Insgesamt lebten 2006 in Asien mehr als 8,6 Millionen Menschen mit HIV. Der steilste Anstieg der Zahl der Infektionen wird in China, Indonesien und Vietnam registriert. Indien hat die höchste Zahl an HIV-Infizierten.

Durch die hohen Bevölkerungszahlen in Asien ist selbst eine relativ niedrige HIV-Prävalenz gleichbedeutend mit einer großen Zahl von Infizierten. Der Schweregrad und die Ausbreitung der Epidemie variieren stark. Hohe Infektionsraten gibt es bei weiblichen und männlichen Prostituierten (in der Fachliteratur „Commercial Sex Workers“** genannt) und deren Klienten, die HIV wiederum auf ihre Partnerinnen übertragen. Ein Großteil der mit HIV-infizierten Menschen in Südostasien hat sich durch ungeschützten, bezahlten Sexualverkehr angesteckt. Der Sextourismus spielt eine Rolle in der Verbreitung von HIV/Aids.

Thailand und einige Teile Indiens waren früh betroffen. Die HIV-Prävalenz in Indien liegt bei ungefähr 1%, das entspricht jedoch mehr als 5 Millionen Menschen mit HIV und Aids. Einige Provinzen Indiens haben bereits „generalisierte“** Epidemien, d.h. HIV/Aids hat sich in die allgemeine Bevölkerung ausgebreitet, erkennbar an der Prävalenz bei schwangeren Frauen von über 1%. Aids ist in vielen Gemeinden „sichtbar“ durch Krankheit und Tod. In den südlichen Landesteilen wird HIV hauptsächlich heterosexuell übertragen, in den nordöstlichen Bundesstaaten durch Drogengebrauch.

In China breitet sich HIV/Aids besonders schnell aus und hat seit 2004 alle Provinzen erreicht. Die offiziellen Angaben von ca. 650.000 HIV-infizierten Menschen im Jahr 2005 sind vermutlich eine Unterschätzung der tatsächlichen Situation. Ein großer Teil der Ausbreitung erfolgt durch Drogengebrauch und Prostitution. Die Transitwege, auf denen Drogen aus anderen Ländern gehandelt werden, liegen vor allem im Süden Chinas. In der Henan-Provinz sind Zehntausende Dorfbewohnerinnen und Dorfbewohner mit HIV infiziert worden, indem sie ihr Blut an kommerzielle Firmen für Bluttransfusionen verkauft hatten, die die Sicherheitsregeln nicht strikt befolgten. Es gibt Befürchtungen, dass ähnlich ausgelöste Epidemien in anderen Provinzen bestehen.

In Indonesien und Nepal ist in den letzten Jahren ein Anstieg der HIV-Infektionen beobachtet worden, vor allem durch Drogengebrauch und Prostitution. Die HIV-Raten in Papua-Neu Guinea sind seit den 1990er Jahren kontinuierlich gestiegen und sind die höchsten in der Pazifikregion; die Epidemie breitet sich hier weitgehend auf heterosexuellem Weg aus, in einem Kontext von weit verbreiteter Gewalt gegen Frauen.

2.3.5 Deutschland

Nach einer Schätzung des Robert Koch-Instituts lebten 2006 etwa 56.000 Menschen mit HIV und Aids in Deutschland – ca. 47.000 Männer, 8.500 Frauen und ca. 400 Kinder.⁹ Etwa 2.600 Personen haben sich im Jahr 2006 neu mit HIV infiziert. Davon waren ca. 61 % homosexuelle Männer, bei 14 % lag eine Herkunft aus Ländern mit hohen Aids-Raten vor, 17 % infizierten sich über heterosexuelle Kontakte, 7 % durch infizierte Spritzen bei Drogengebrauch und 1 % durch Mutter-Kind-Übertragungen. Gegenüber 2005 ist damit die Zahl der Neuinfektionen um 4 % gestiegen und weist damit die höchste Zunahme seit der Erfassung im Jahr 1993 auf. Etwa 600 Menschen sind 2006 an den Folgen einer HIV-Infektion oder an Aids verstorben. Die Gesamtzahl der voll an Aids erkrankten Personen ist seit Beginn der Epidemie auf ca. 32.500 gestiegen, davon sind etwa 26.000 Personen verstorben. Die Zahl der Todesfälle ist seit der Einführung der antiretroviralen Kombinations-therapie 1996 rapide gesunken.

9 S. zu den Daten die „HIV/AIDS-Eckdaten“ und den halbjährlichen Bericht zu HIV/Aids des Robert-Koch-Instituts vom 1.3.2007 (www.rki.de).

3 Herausforderungen und Handlungsfelder

Wie im vorherigen Kapitel gezeigt, ist HIV/Aids zu einer globalen Bedrohung geworden, von der kein Land ausgenommen werden kann. Zwar gibt es deutliche Unterschiede der Betroffenheit in den einzelnen Ländern, die im 2. Kapitel dargestellt sind, gleichwohl sind die weltweiten Auswirkungen inzwischen überall spürbar.

3.1 Auswirkungen von HIV/Aids

HIV/Aids ist nicht nur eine Krankheit, sondern ein komplexes soziales Problem, das die Entwicklung in den betroffenen Ländern maßgeblich beeinflusst. Die Auswirkungen von HIV/Aids bedrohen die wirtschaftliche, soziale und politische Stabilität ganzer Länder und Regionen und sind auch deshalb eine globale Herausforderung.

HIV/Aids ist eine mit Armut verbundene Krankheit. Sie hat besonders starke Auswirkungen auf arme Menschen und Bevölkerungsgruppen in den Entwicklungs- wie Industrieländern. Armut bedeutet dabei nicht nur finanziellen Mangel, sondern zugleich Diskriminierung, fehlende Partizipation am politischen Leben, mangelnden Zugang zu Ressourcen (Information, Gesundheitsversorgung, Bildung), Missachtung und Verletzungen von Menschenrechten und Menschenwürde, fehlende Zukunftsperspektiven, Stigmatisierung und Diskriminierung. All dies fördert die Ausbreitung von HIV/Aids.

Durch chronische Erkrankung und Tod von Menschen in ihren produktivsten Jahren kommt es zu einem Teufelskreis: Armut schafft Krankheit und Krankheit vertieft Armut. Die direkten Kosten der Krankheit (Behandlung und Pflege) und die indirekten Kosten durch Verlust an Einkommen sind für private Haushalte in den armen Ländern enorm: Die Aids-Erkrankung im Endstadium verschlingt das gesamte Einkommen und nötigt zu dramatischer Verschuldung.¹⁰ Das Solidarsystem der erweiterten Familie, das in den armen Ländern die soziale Sicherung leistet, ist überfordert und vielerorts bereits zusammengebrochen.

In Afrika südlich der Sahara ist die Ernährungssicherheit durch HIV/Aids gefährdet. Hungerkatastrophen werden zunehmend durch HIV/Aids mitverursacht bzw. verschlimmert. Auch hier besteht ein Teufelskreis: Mit dem Tod von Menschen geht auch Wissen verloren, wird unter Umständen weniger Land bebaut. Ist der Ertrag geringer, steht auch weniger Geld für die Gesundheitsversorgung zur Verfügung, was wiederum zum Ausfall und Verlust von Arbeitskräften führen kann.

¹⁰ Vgl. Weinreich, S., Benn, Ch.: Aids – Eine Krankheit verändert die Welt. Daten – Fakten – Hintergründe; Frankfurt 2005¹.

Auch der industrielle Sektor und der öffentliche Dienst sind betroffen. Viele arme Länder sind in wichtigen Bereichen von einer kleinen Zahl von hochqualifizierten Fachleuten abhängig. In den am stärksten betroffenen Ländern stirbt eine große Zahl dieser gut ausgebildeten Menschen.

Es sterben z. B. in einigen Ländern mehr Lehrer und Lehrerinnen, als neu ausgebildet werden, so dass die Bildungschancen ganzer Generationen eingeschränkt werden. Vor allem für Mädchen wird dadurch die Aussicht auf Unabhängigkeit im Erwachsenenleben verhindert. Dies zieht wiederum eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes weiter Bevölkerungskreise nach sich, da die Gesundheit der Familien wesentlich vom Bildungsstand der Frauen abhängig ist.

Das in den Entwicklungsländern meist schwache Gesundheitssystem wird durch den Tod von ausgebildeten Ärztinnen und Ärzten und Krankenschwestern weiter geschwächt, bei gleichzeitig erhöhter Inanspruchnahme durch die hohe Zahl der Patienten und Patientinnen mit HIV und Aids.

Die negativen sozialen und wirtschaftlichen Folgen fördern ihrerseits die weitere Verbreitung von HIV/Aids durch Zunahme der Armut und durch die Verletzlichkeit ganzer Bevölkerungsgruppen. Damit wird nachhaltige Entwicklung verhindert und werden bisherige Entwicklungsfortschritte zunichte gemacht. Es kommt zur kumulativen Schwächung der Gemeinschaften und Staaten durch Tod, Krankheit, Verwaisung von Kindern und Verlust des informellen und formellen Wissens. Die Auswirkungen von Aids sind für das wirtschaftliche und soziale Gefüge von Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen und hohen Infektionsraten katastrophal. Aber auch in Ländern mit geringerer HIV-Rate sind die Auswirkungen auf einige Aspekte der Entwicklung gravierend. Z. B. wird geschätzt, dass Aids die Armutsreduktion in Kambodscha bis 2015 jedes Jahr um 60% verringern wird. Auch in Osteuropa und Russland behindert die Epidemie die Aussichten auf menschliche Entwicklung und ökonomisches Wachstum.

HIV/Aids hat deshalb auch gravierende Auswirkungen auf das Erreichen der im Jahr 2000 auf dem Millenniums-Gipfel der Vereinten Nationen beschlossenen Millenniums-Entwicklungs-Ziele* (engl. *Millennium Development Goals, MDG*).¹¹ Eines der Ziele, auf deren Erreichung bis zum Jahr 2015 sich die Staats- und Regierungschefs verpflichteten, ist die Eindämmung der HIV/Aids-Epidemie. Speziell in den am wenigsten entwickelten Ländern (engl. *least developed countries*) ist es unwahrscheinlich, dass die Ziele erreicht werden, wie der Anfang des Jahres 2005 dem UN-

11 Vgl. Schritte zu einer nachhaltigen Entwicklung. Die Millenniumsentwicklungsziele der Vereinten Nationen. Eine Stellungnahme der Kammer für nachhaltige Entwicklung der EKD zur Sondervollversammlung der Vereinten Nationen im September 2005, EKD-Texte 81, Hannover 2005.

Generalsekretär vorgelegte Zwischenbericht ausweist.¹² Bedingt vor allem durch die HIV/Aids-Epidemie hat sich in Afrika die Situation gegenüber dem Jahr 2000 sogar verschlechtert. Das Erreichen der anderen Millenniums-Ziele (Armutreduzierung, Senkung der Kindersterblichkeit, verbesserter Zugang zu Bildung, Gender-Gerechtigkeit*, erhöhte Müttergesundheit und die Bekämpfung der Hauptinfektionskrankheiten) wird durch HIV/Aids unterminiert. Die bereits bestehenden Ansätze zur Bekämpfung von HIV/Aids werden vor allem durch den Mangel an Gesundheitseinrichtungen und -personal an ihrer weiteren Entfaltung gehindert.¹³ In den Resolutionen des UN-Weltgipfels vom September 2005 verpflichtet sich die Weltgemeinschaft daher, die Investitionen zur Verbesserung der Gesundheitssysteme in den betroffenen Ländern zu erhöhen, um die Millenniums-Entwicklungsziele doch noch bis 2015 zu erreichen. Auch sollen alle in der Verpflichtungserklärung zu HIV/Aids festgelegten Verpflichtungen vollständig umgesetzt werden.¹⁴

Auch die Kirchengemeinden sind durch HIV/Aids in ihrer täglichen Arbeit betroffen: Geistliche sterben an HIV/Aids; die Gemeinden verlieren Mitglieder, verarmen und können die Versorgung der zurückbleibenden Waisen und der chronisch Kranken nicht bewältigen; und Pfarrerinnen und Pfarrer können zusätzliche Belastungen durch Seelsorge und Beerdigungen kaum noch tragen.

Die Kirchengemeinden in Europa sind zwar nicht so massiv betroffen, aber auch in ihrer Mitte leben und arbeiten Menschen, die mit HIV/Aids leben.

3.2 Frauen und Gender-Gerechtigkeit

Obwohl die Gleichstellung von Männern und Frauen rechtlich vielfach verankert wurde, klafft bis heute überall auf der Welt zwischen gleichstellungspolitischen Zielen und gesellschaftlichen Realitäten eine große Lücke. In der Entwicklungspolitik versucht man heute, diesem Trend durch „Gender Mainstreaming“* entgegenzutreten, also die Geschlechterfrage immer mit zu bedenken, um das Ziel der Gleichstellung zu erreichen. Gender* hat sich als Fachbegriff für geschlechterspezifische soziale Rolle auch im deutschsprachigen Raum etabliert. Gegenwärtige Forschung geht davon aus, dass „Gender“ immer soziale, kulturelle, politische und biologische Komponenten umfasst, die sich verändern können.

12 Vgl. Sachs, J. et al.: Investing in development: a practical plan to achieve the Millennium Development Goals, 2005 (www.unmillenniumproject.org/reports/index.htm).

13 Vgl. Ruxin, J.: Emerging consensus in HIV/Aids, tuberculosis, malaria, and access to essential medicines, *Lancet*, Vol 365, Feb 12, 2005.

14 S. Ergebnisdokument des Weltgipfels 2005, Artikel 57, S. 15f, (www.bmz.de/de/themen/MDG/Downloads/Abschlusserklaerung_dt.pdf).

Die Genderperspektive schärft auch den Blick auf die Aids-Problematik. Aids betrifft zwar Männer und Frauen, aber nicht in gleicher Weise, da mit den zugeordneten Rollen Unterschiede im Blick auf Macht, Privilegien, Zugang zu Ressourcen u. a. verbunden sind. Der größte Teil der HIV/Aids-Arbeit wird von Frauen geleistet: als Ehrenamtliche in der häuslichen Krankenpflege; als Mütter und Großmütter in der Versorgung von Waisen. Frauen leisten Schwerstarbeit, um sich und ihre Familien unter den Bedingungen der Armut und der Aids-Epidemie zu ernähren. Vielen Frauen ist es gelungen, durch die Annahme ihres positiven HIV-Status* zu neuer Kraft und Stärke zu gelangen; sie sind in Gemeinden und in Netzwerken von Frauen, die mit HIV leben, aktiv.

Frauen sind in vielen Ländern ökonomisch, rechtlich und auch aufgrund eines niedrigeren Bildungsniveaus abhängig von Männern. Nicht nur biologische Gründe, sondern auch die Unterdrückung und mangelnde Anerkennung der Rechte und der Würde von Frauen tragen dazu bei, dass diese überproportional und in vielfältiger Weise von HIV/Aids betroffen und belastet sind. Diese strukturellen Ursachen machen sie – in Verbindung mit der Ausnutzung dieser Situation und verantwortungslosem Verhalten der Männer – verletzlicher für eine HIV-Infektion und für die Folgen der Epidemie. Ihre mangelnde Selbstbestimmung hat auch Folgen für ihre Sexualität: In welcher Form und unter welchen Bedingungen Sexualverkehr stattfindet, hängt in vielen Ländern kaum oder gar nicht von der Entscheidung der Frau ab.

In Afrika haben junge Mädchen das höchste Risiko für eine HIV-Infektion, da viele von ihnen mit wesentlich älteren Männern verheiratet werden. Frauen und Mädchen wissen wenig über Sexualität; es schickt sich nicht, darüber zu sprechen oder Entscheidungen zu treffen. Vielerorts herrscht auch die Vorstellung, dass der Körper einer Frau ihrem Mann „gehört“, dass Frauen sich in der Ehe (oder auch außerhalb) nicht verweigern dürfen. Über Verhütung zu sprechen bzw. darauf zu bestehen, ist für viele Frauen undenkbar; es gilt als Zeichen von ehelicher Untreue und Nicht-Erfüllung der weiblichen Rolle als Gebärende.

Frauen, die gezwungen sind, sich zu verkaufen, sind besonders von Stigmatisierung betroffen. Häufig werden sie beschuldigt, „Verursacherinnen“ von Aids zu sein. Sie werden auch von und in manchen Kirchen gemieden und diskriminiert. Ebenso erfahren Frauen stärker Stigmatisierung, wenn sie HIV-positiv oder als Witwen von HIV/Aids betroffen sind. Man wirft ihnen vor, HIV in die Familie gebracht zu haben. Mädchen und Frauen sind durch Missbrauch und Gewaltanwendung einem erhöhten Risiko ausgesetzt, infiziert zu werden. Sie erfahren Gewalt durch genitale Verstümmelung, innerfamiliäre Übergriffe, sexuelle Ausbeutung, Zwangsprostitution und – oft gezielt – durch Vergewaltigung bei bewaffneten Auseinandersetzungen und in Kriegssituationen.

In vielen Ländern machen Frauen bis zu 40% der Drogenabhängigen aus. Zu ihrem Risiko, sich durch das gemeinsame Benutzen von Injektionsbesteck zu infizieren, kommt das HIV-Risiko durch Prostitution, mit der sie Geld für den Drogenkonsum erwerben. Zudem werden Frauen häufig durch die noch immer weit verbreitete Annahme, dass Drogenabhängige männlich seien, nicht in HIV-Präventions- und andere Programme eingeschlossen.

Frauen verarmen eher als Männer, wenn HIV/Aids durch Krankheit und Tod die Familie trifft, und sie werden nach dem Tod des Mannes oft ihrer Rechte auf Land und Erbe beraubt.

In der bisherigen Diskussion um Gender und HIV/Aids war häufig die „Stärkung und Förderung“ von Frauen, die ihre größere Verletzlichkeit für HIV verändern sollte, das vorrangige oder einzige Ziel. Aber es geht auch um die Änderung von patriarchalen Strukturen, die Frauen benachteiligen und Männern Macht geben. Es muss eine Änderung des Bewusstseins und Verhaltens von Männern angestrebt werden. Gefordert ist eine verantwortliche Haltung der Männer, Frauen nicht dem Risiko der HIV-Infektion auszusetzen. Dazu gehört die Verwendung von Kondomen sowie der Verzicht auf Promiskuität* und die Bekämpfung von sexueller Gewalt.

Kirchen in Afrika wollen diese Aspekte in ihrer Aids Arbeit berücksichtigen: „Wir verkündigen und agieren aus der Erkenntnis, dass der Herr unser Gott die Menschheit nach seinem Bild geschaffen hat. In seinem Bild schuf er sie männlich und weiblich, er machte sie eins in Christus. Daher schwören wir der Gender-Ungleichheit ab, die Männer und Jungen zu risikoreichem Verhalten, zu Dominanz und Gewalt verleitet; die Mädchen und Frauen Leitungsverantwortung, Entscheidungsbefugnisse und Eigentumsrechte versagt“¹⁵

In den Resolutionen des UN-Weltgipfels vom September 2005 beschloss die Weltgemeinschaft, die Geschlechtergleichheit zu fördern und der alle Bereiche umfassenden geschlechtsspezifischen Diskriminierung ein Ende zu setzen. Die Mitgliedsstaaten verpflichten sich, die durchgängige Integration der Geschlechterperspektive in die Konzeption, Durchführung, Überwachung und Evaluierung von Politiken und Programmen in allen politischen, wirtschaftlichen und sozialen Bereichen aktiv zu fördern. Die Staaten verpflichten sich außerdem, die Bemühungen der Vereinten Nationen auf dem Gebiet der Geschlechterfragen zu stärken. Sie erklären, dass Fortschritte für Frauen Fortschritte für alle sind.¹⁶

15 All Africa Conference of Churches: The Covenant Document on HIV/Aids, (eigene Übersetzung). (www.wcc-coe.org/wcc/what/mission/ehaia-html/cameroon-covenant-e.html)

16 S. Ergebnisdokument des Weltgipfels 2005, Artikel 58 und 59, S. 16ff (www.bmz.de/de/themen/MDG/Downloads/Abschlusserklaerung_dt.pdf).

3.3 Behandlung, Pflege und Prävention

3.3.1 Zugang zu antiretroviralen Medikamenten

Ob Menschen antiretrovirale, d. h. lebensverlängernde Behandlung erhielten, war jahrelang davon abhängig, ob sie in einem reichen oder armen Land lebten und ob sie die Therapie bezahlen konnten. Dadurch war der Zugang von Personen in armen Ländern zu antiretroviraler Behandlung bis vor Kurzem äußerst gering.

Die ungünstigsten Verhältnisse bestanden in Afrika. Hier hatten bis zum Jahr 2003 nur 1% aller Menschen, die antiretrovirale Medikamente benötigten, tatsächlich Zugang dazu. Insgesamt erhielten nur 400.000 von den 6 Millionen aidskranken Menschen in den Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen die erforderliche Behandlung mit antiretroviralen Medikamenten.

Ursachen für die geringe Zahl der Behandelten waren und sind die Preispolitik der multinationalen Herstellerfirmen der Medikamente sowie internationale Handelsabkommen, die Patentschutz auch für lebensnotwendige Medikamente garantieren und so eine Konkurrenz durch nicht-patentierete Medikamente verhindern, und mangelnde Infrastruktur und geringer Ausbildungsstand der Mitarbeitenden im Gesundheitswesen (mangelnde Investitionen, Abwanderung qualifizierter Mitarbeiter).

Ein weiterer Grund für den fehlenden Zugang zu lebenserhaltender Behandlung war auch das mangelnde Engagement der Regierungen und der Zivilgesellschaft, auch der Kirchen. Nationale und internationale Bemühungen in der Aids-Bekämpfung waren in den armen Ländern jahrelang überwiegend auf die Prävention von HIV ausgerichtet, da der Zugang zu adäquater Behandlung außer Reichweite schien. Das hatte das Sterben von Millionen Menschen an Aids zur Folge und hat dadurch auch die HIV-Prävention geschwächt.

In den letzten Jahren ist jedoch aufgrund des Engagements vieler Akteure in aller Welt ein Umdenken entstanden. Die Frage des mangelnden Zugangs zur Behandlung für Millionen HIV-infizierter Menschen wurde als ethische Herausforderung angenommen. Zugleich kam die gesamtgesellschaftliche Bedeutung des Zugangs zur Behandlung für die Erhaltung von Arbeitskraft, Fachwissen, Bildung, Gesundheit sowie für Good Governance* und nachhaltige Entwicklung in den von HIV betroffenen Entwicklungsländern mehr und mehr in den Blick. In wieweit dieser Wandel reicht und wie belastbar er ist, ist offen. In vielen Ländern sind alte Vorurteile nur notdürftig durch das Bekenntnis zur Aids-Bekämpfung überdeckt, aber nicht überwunden worden.

Internationale Lobbyarbeit – auch die der Kirchen – und die Konkurrenz durch Generika* veranlassten die Hersteller von antiretroviralen Medikamenten, die Preise der Medikamente für die ärmsten Länder erheblich zu senken. Dieses reicht allerdings immer noch nicht aus, um die Menschen in den armen Ländern adäquat mit Medikamenten versorgen zu können. Vor allem die Preise für die Folgetherapie – die bei Resistenzen* gegen die Einstiegstherapie notwendig wird – liegen bei mehreren Tausend Euro pro Jahr und sind damit wesentlich zu hoch. Erheblicher Handlungsbedarf besteht außerdem für die Länder Osteuropas und der Russischen Föderation, die als EU-Länder bzw. Länder mit mittlerem Einkommen nicht unter die gewährten Vergünstigungen fallen.

Ende 2003 wurde auf der UN-Generalversammlung HIV/Aids zu einem „Globalen Gesundheitsnotstand“ erklärt. Durch den Globalen Fonds* und andere Finanzierungsinstrumente sowie durch die 2003 von UNAIDS und der Weltgesundheitsorganisation gestartete Initiative „3x5“¹⁷ ist es gelungen, die Zahl der Menschen mit Aids-Therapie in Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen auf etwa 2 Millionen Ende des Jahres 2006 zu erhöhen. Dieses ist ein erster Schritt; das ursprüngliche Ziel von 3 Millionen bis Ende 2005 wurde nicht erreicht. Es zeichnet sich jedoch eine schnelle Zunahme der Behandlungen ab. Dennoch wird das Ziel, bis zum Jahr 2010 6 oder gar 9 Millionen Personen einer Behandlung zuzuführen, nur bei weiter wachsenden Anstrengungen zu erreichen sein.

In Afrika haben inzwischen die meisten Länder „nationale Behandlungspläne“ ausgearbeitet. Meistens übersteigt die Nachfrage nach Behandlung die Kapazitäten jedoch bei weitem, doch hat sich zwischen 2003 und 2005 die Situation erheblich verbessert. Hatten 2003 nur 1% aller Aids-Kranken Zugang zu antiretroviralen Medikamenten, so haben in der Zwischenzeit immerhin 10% die Möglichkeit dieser lebensrettenden Behandlung. Alle Behandlungsinitiativen beinhalten, Gesundheitspersonal in der Verschreibung und Überwachung von antiretroviraler Therapie auszubilden und die nötige Infrastruktur zu schaffen, die für die flächendeckende Durchführung der Programme notwendig ist. Die Erfahrung in Brasilien – als Land mit mittlerem Einkommen – belegt, dass es mit frühzeitiger „antiretroviraler Behandlung für alle“ gelingen kann, die Kosten für HIV/Aids zu senken und die Neuinfektionen einzudämmen. Diese Erfahrung zeigt, dass mit der Durchführung der Behandlung von Beginn einer Epidemie an begonnen werden sollte. Die Folgekosten sind umso höher, je mehr Menschen schon an HIV/Aids erkrankt und gestorben sind. In den bisher in Entwicklungsländern durchgeführten Programmen konnte, ähnlich den Ergebnissen in den industrialisierten Ländern, eine deutliche Senkung der Sterblichkeit an HIV/Aids erreicht werden. In Uganda z.B., wo

17 Die 3x5-Initiative wurde am Welt-Aidstag 2003 von WHO und UNAIDS zusammen ins Leben gerufen mit dem Ziel, drei Millionen Menschen (3) bis Ende des Jahres 2005 (x5) den Zugang zu Antiretroviraler Therapie in den Entwicklungsländern zu ermöglichen. Wenigstens die Hälfte der weltweit geschätzten 6 Millionen Therapie-Bedürftigen sollte erreicht werden. Ende 2005 waren jedoch erst ca. 1,3 Mio Menschen versorgt. Dennoch schätzt die WHO die Initiative positiv als Katalysator und Wegbereiter der neuen Initiative „Zugang für Alle“ (Access for All) ein, die ihr Ziel 2010 erreichen will.

mehr als ein Drittel der Aids-Kranken antiretrovirale Medikamente erhalten, waren mehr als 90% der Patientinnen und Patienten nach 15 Monaten mit antiretroviraler Therapie noch am Leben, während von Aids-Kranken ohne Therapie nur 50% diesen Zeitraum überlebten.

Von der Verbesserung der Infrastruktur für die antiretrovirale Behandlung profitiert der gesamte Gesundheitssektor, da sie auch der Prävention und Behandlung anderer Krankheiten zugute kommt. Kirchen stellen in vielen Ländern Afrikas bis zu 60% der nationalen Gesundheitsversorgung. Deshalb spielen kirchliche Gesundheitseinrichtungen auch eine besondere Rolle in der antiretroviralen Therapie. Hier leisten Kirchen, z.B. in Kenia, Uganda, Sambia und Indien, Entscheidendes in der Ausbildung von Personal, in der Durchführung von Programmen und in der Unterstützung der Gemeinschaften.

Unregelmäßigkeiten bei der Medikamenteneinnahme oder gar Therapieabbrüche führen zu „Resistenzen“, das heißt zur teilweisen oder gänzlichen Unwirksamkeit der Präparate mit schwerwiegenden Folgen durch Verringerung der Therapieoptionen. Dies ist unter den jetzigen Bedingungen, unter denen nur die Medikamente der Einstiegstherapie relativ günstig geworden sind, besonders schwerwiegend. Für Präparate der Folgetherapie und alle neu entwickelten antiretroviralen Medikamente gilt Patentschutz, es gibt also noch keine Konkurrenz durch billigere Generika. Zugleich verweigern pharmazeutische Konzerne deutliche Preisreduktionen. Deshalb fordern Anti-Aids-Aktivist:innen, Kirchen sowie das deutsche *Aktionsbündnis gegen Aids* von den großen Pharmakonzernen, auf die Durchsetzung ihrer Patente in den armen Ländern vollständig zu verzichten und erschwingliche Preise auch für neu entwickelte und zukünftig zu entwickelnde Medikamente zu garantieren. Ein zügiger und flächendeckender Ausbau der Behandlungsprogramme wäre ein wesentlicher Beitrag zur Aids-Bekämpfung, durch den auch das Auftreten von Resistenzen vermindert werden könnte.

Die aktive Beteiligung der Menschen mit HIV und Aids, der Gemeinden und der Zivilgesellschaft ist unabdingbar für den Erfolg von Therapieprogrammen, da die antiretrovirale Therapie erhebliche Anforderungen stellt: Die Medikamente müssen lebenslang, regelmäßig und täglich eingenommen werden. Personen, die therapiert werden, brauchen die Unterstützung durch ihre Familie und Gemeinde. Sie bedürfen einer Aufklärung über die Nebenwirkungen und die konkreten Modalitäten der Therapie. Eine falsch verstandene Sicherheit muss vermieden werden. Diese „Treatment Literacy“* (dt. etwa Behandlungskennntnisse) wird von vielen zivilgesellschaftlichen Organisationen gefördert, vielerorts auch von Kirchen.

Eine besondere Herausforderung bildet der Zugang benachteiligter Bevölkerungsgruppen (Frauen, Kinder, Menschen in ländlichen Gebieten, Prostituierte, Gefäng-

nisinsassen, Drogenabhängige, homosexuelle Männer u. a.) zu antiretroviraler Therapie. Damit Behandlungsprogramme nicht schon bestehende Ungerechtigkeiten verstärken, muss allen Erkrankten die Behandlung ermöglicht werden. Ein Sechstel aller Gestorbenen sind Kinder. Sie wurden jedoch in den Behandlungsprogrammen bisher nicht adäquat berücksichtigt, weil Medikamente in kindergerechten Dosierungen nur ungenügend zur Verfügung stehen und der Preis dieser Medikamente sehr hoch ist. Die Forschung an kindergerechten Medikamenten ist jahrelang nur schleppend verlaufen, da in den reichen Ländern für diese Medikamente aufgrund der relativ niedrigen Zahl der HIV-infizierten Kinder kaum ein profitabler Markt besteht, der Anreiz für privatwirtschaftliche Entwicklung spezifisch kindergerechter Medikamente bietet. Diese Medikamente sind jedoch dringend notwendig, um das Leben von Millionen von Kindern zu retten. Immerhin sind zwischen 2005 und 2006 die Preise für kindergerechte Medikamente erstmalig gesunken und kosten nur noch rund 12 Cent pro Tag bzw. 47 Euro jährlich.¹⁸

Antiretrovirale Behandlung ist auch für die HIV-Prävention entscheidend. Durch Senkung der Infektiosität verringert sich das Risiko einer HIV-Übertragung. Außerdem bewirkt die Behandlung, dass Aids kein „Todesurteil“ mehr bedeutet. Dies wiederum setzt bei vielen Menschen Hoffnung und Kraft frei, sich mit der HIV-Infektion auseinander zu setzen und offen damit umzugehen. So ist der Bedarf an HIV-Tests in vielen Behandlungsprogrammen sprunghaft gestiegen, und es kommt zu einem Abbau der Stigmatisierung. Zahlreiche Beispiele aus Kirchengemeinden zeigen, wie Menschen mit HIV und Aids, die dem Tod nahe waren, durch antiretrovirale Therapie wieder ins Leben zurückkehren, ein bewegendes Zeugnis von ihrem Schicksal geben und so die Stigmatisierung reduzieren.

Ein Beispiel eines solchen Programms ist das „Masangane“-Projekt, das 1996 von der Moravian Church im Ostkap Südafrikas ins Leben gerufen wurde und im Wesentlichen von ehrenamtlichen Gemeindegliedern getragen wird. Der Schwerpunkt von Masangane lag zunächst auf der Präventionsarbeit und der Verbesserung der Lebensumstände von Jugendlichen. 2002 führte Masangane die antiretrovirale Therapie ein. Damit konnte gezeigt werden, dass die Behandlung mit antiretroviralen Medikamenten nicht ausschließlich an große Gesundheitseinrichtungen gebunden sein muss, sondern auch in der Verantwortung einer Gemeinde und in einer ländlich geprägten Gegend möglich ist. Das Schweigen konnte gebrochen werden, und dadurch ist es heute möglich, dass von HIV/Aids betroffene Frauen, Männer und Jugendliche offen im Sonntagsgottesdienst der Gemeinden über ihr Leben und ihre Erfahrungen berichten.¹⁹

18 S. UNICEF: Children and Aids. A stocktaking report. Actions and progress during the first year of Unite for Children, Unite against Aids, 2007; (www.unicef.de/fileadmin/content_media/presse/Aids_Bericht/FINAL_STOCKTAKING_REPORT.pdf).

19 S. www.ems-online.org/77.html

Insgesamt gesehen ist erst der Anfang einer quantitativ und qualitativ signifikanten Aids-Behandlung der Menschen in den armen Ländern gemacht. Die beschriebenen Herausforderungen machen für die Zukunft ein verstärktes Engagement aller Beteiligten notwendig.

3.3.2 Pflege

Die Einführung der antiretroviralen Kombinationstherapie hat zu einer signifikanten Verlängerung der symptomfreien bzw. -armen Krankheitsphasen in der Lebenszeit von Menschen mit Aids geführt. Vom Zugang zu diesem medizinischen Fortschritt profitieren zurzeit vor allem die Aids-Kranken in den reichen Industrieländern, für die sich durch die Kombinationstherapie deutlich bessere Lebensperspektiven entwickeln. Trotzdem spielt sowohl die häusliche, ambulante als auch die stationäre Pflege in der Versorgung von Menschen mit HIV/Aids weiterhin eine große Rolle.

In den Entwicklungsländern erhält nur ein Bruchteil der Menschen mit HIV und Aids eine essenzielle medizinische Versorgung, psychosoziale Unterstützung und die oft notwendige Nahrungshilfe. Im Bereich der Pflege von HIV-Betroffenen erfüllen Kirchen und ihre Organisationen wichtige Aufgaben. Sie kümmern sich um chronisch Kranke in Programmen der häuslichen Krankenpflege und um Waisen und andere gefährdete Kinder, denen sie materielle und soziale Unterstützung zukommen lassen. Der überwiegende Teil dieser Arbeit ist bisher von Ehrenamtlichen getragen worden, ohne dass dies immer anerkannt worden wäre und sich in einer entsprechenden Wertschätzung und Unterstützung ausgedrückt hätte. Diese ehrenamtliche Arbeit wird fast ausschließlich von Frauen geleistet. Sie bezieht sich sowohl auf die pflegerische Arbeit von Müttern, Ehefrauen und anderen weiblichen Mitgliedern für kranke Familienmitglieder, als auch auf die Mitarbeit in den ehrenamtlichen Hauspflegeprogrammen (home-care-projects), die viele Kirchen in Afrika anbieten. Dafür fehlt es meistens nicht nur an der angemessenen Wertschätzung und Unterstützung (z.B. durch Übernahme der Sachkosten), es wird oft auch nicht wahrgenommen, wie viel Zeit und Kraftaufwand für die Frauen entsteht bzw. ungefragt erwartet wird – Zeit und Kraft, die ihnen für ihre eigene (auch wirtschaftliche) Entwicklung fehlt.

Zu dieser häuslichen Pflege gibt es in den meisten Ländern Afrikas keine Alternative, da die Pflege durch Fachkräfte nicht bezahlbar wäre. Umso wichtiger ist eine angemessene Würdigung der ehrenamtlichen Arbeit in der häuslichen Pflege und mehr Anstrengungen, die Pflegenden angemessen zu begleiten und z.B. durch den Aufbau von Netzwerken oder durch eine gerechtere Teilung der Pflegearbeit zwischen Männern und Frauen zu entlasten.

Die Auseinandersetzung mit der spezifischen Betreuungssituation erfordert eine besondere Sensibilität und Herangehensweise, denn sie ist Pflege in besonderen Spannungsfeldern:

- zwischen Selbstbestimmung und Fremdbestimmung der zu Pflegenden;
- zwischen den Lebenskulturen von Aids-Kranken und Pflegenden;
- zwischen kurz- und langfristiger Lebensplanung;
- zwischen Phasen der Krankheitsverdrängung und -akzeptanz;
- zwischen Pflegenden und anderen an der Betreuung Beteiligten.

Menschen mit HIV/Aids, die ein umfassendes Wissen über ihre Erkrankung und deren Therapie haben, sind weniger angepasst, selbstbewusster, individueller und verletzlicher als viele andere Patienten. Von den Pflegenden erfordert diese Situation u. a. die Auseinandersetzung mit der sexuellen Orientierung der Kranken oder mit der Lebensweise von Drogenabhängigen. Die Bereitschaft, sich offen dieser Herausforderung zu stellen, birgt auch die Chance der Begegnung, des Hinzulerens und des toleranten Umgangs. Sie kann dazu führen, den eigenen Pflegealltag und die gängigen Pflegekonzepte zu hinterfragen und zu verändern.

3.3.3 HIV-Prävention

Behandlung und Prävention gehören zusammen: Sie bedingen und verstärken sich gegenseitig. Deshalb darf Prävention nicht auf Kosten der Behandlung eingeschränkt und Behandlung nicht zugunsten von Prävention vernachlässigt werden. Beides muss energisch verstärkt und durch entsprechende finanzielle Mittel möglich gemacht werden. Nur so kann die geschätzte Zahl von 4 Millionen Neuinfektionen und 3 Millionen Todesopfern pro Jahr gesenkt werden.

Präventionsmaßnahmen sind nicht flächendeckend ausgebaut und erreichen bisher nicht alle Menschen. Daher ist eine wesentliche Forderung, dass der „universelle Zugang“ zu Prävention erreicht wird, dass alle Menschen adäquate Informationen und die entsprechenden Mittel erhalten, diese Informationen auch in ihrem Leben umzusetzen, um neue HIV-Infektionen zu vermeiden. Im Allgemeinen sind Frauen weniger gut über HIV informiert als Männer; die Landbevölkerung weiß in der Regel schlechter Bescheid als die Stadtbewohner.

Folgende Faktoren beeinflussen die Wirksamkeit von Präventionsprogrammen:

- der allgemeine Bildungsstand der Bevölkerungsschichten und ihr Zugang zu Informationen über HIV/Aids und psycho-sozialer Beratung,
- das Ausmaß von Gender-Gerechtigkeit und Armutsreduzierung,
- der Schutz von Menschenrechten im Alltag wie in besonderen Kriegs- und Bürgerkriegssituationen,

- der Abbau von Marginalisierung* und Stigmatisierung bestimmter Bevölkerungsgruppen (Prostituierte, Drogenabhängige, Homosexuelle).
- Im Bereich der Kirchen ist zudem von besonderer Bedeutung, in welcher Weise die mit HIV/Aids verbundenen Themen theologisch verarbeitet werden und Ausdruck finden in Verkündigung und Seelsorge, diakonischer Praxis und gemeindlichem Leben sowie in öffentlichen Haltungen und Äußerungen der Kirchen und ihrer Amtsträger.

An der Verbesserung dieser Rahmenbedingungen muss intensiv und kontinuierlich gearbeitet werden. Gleichzeitig ist entscheidend, dass weitere HIV-Infektionen verhindert werden und bei Menschen mit HIV-positivem Status der Ausbruch der Aids-Krankheit verlangsamt wird. Dazu muss die unmittelbare Präventionsarbeit qualifiziert, intensiviert und ausgeweitet werden, um deutliche und nachhaltige Fortschritte im Blick auf die dringend notwendigen Verhaltensänderungen zu erzielen.

Viele afrikanische Kulturen leben aus einer starken Gemeinschaftsorientierung („Ich bin, weil ich Teil der Gemeinschaft bin“). Das ist bei der Präventionsarbeit zu berücksichtigen. Hier liegen besondere Chancen: Die Gemeinschaft übernimmt besondere Verantwortung für die von HIV/Aids Betroffenen. Zugleich gibt es spezifische Gefahren im Blick auf besonders verletzbare Gruppen innerhalb der Gemeinschaft und im Blick auf die Möglichkeit selbstverantworteten Umgangs mit Sexualität. Dies stellt hohe Anforderungen an die Präventionsarbeit.

Allgemeine Informations- und Aufklärungskampagnen reichen zur Prävention nicht aus. Denn Information allein führt nicht zur Verhaltensänderung. Deswegen hat sich der Präventionsansatz *Voluntary Councelling and Testing** (VCT, deutsch: Freiwillige Beratung und HIV-Tests) das Ziel zu eigen gemacht, Menschen zu einer nachhaltigen Verhaltensänderung zu befähigen: Er vermittelt Wissen und persönliche Kompetenz, die es den Menschen ermöglichen, mit ihrem jeweiligen negativen oder positiven HIV-Status verantwortlich umzugehen. Präventionsarbeit zielt dabei nicht nur auf die akute Aids-Phase.

Zur Aids-Prävention gehören auch die drei sog. „ABC-Strategien“ – auch „Präventions-ABC“ genannt. In der Fachdiskussion²⁰ werden folgende Bedeutungen unterschieden:

20 In einem Arbeitsdokument des Ökumenischen Rates der Kirchen wird problematisiert, dass dieses „Präventions-ABC“ ohne entsprechende Differenzierungen dazu beitragen kann, Menschen zu stigmatisieren und von sicheren Sexualpraktiken abzuhalten. Um dies zu vermeiden, wird statt dessen ein Präventions-Modell unter dem Akronym „SAVE“ propagiert. SAVE steht dabei für Safer practices, Available medications, Voluntary counselling and testing und Empowerment through education. Es geht darum, Prävention und Behandlungskomponenten zu kombinieren und Stigmatisierungen zu begegnen (World Council of Churches, Towards a Policy on HIV/Aids in the Workplace – Working Document, 2006, S. 3f; s. www.wcc-coe.org/wcc/what/mission/workplace-policy-e.pdf).

1. für HIV-negativ getestete Menschen: Abstain – Be faithfull – Condomise: Sei enthaltsam bzw. bleibe einem Partner treu. Wenn du beides nicht kannst, benutze Kondome. Hier gilt es zu beachten, dass Frauen keine Kontrolle über diese Methoden haben, wenn sich ihre männlichen Partner nicht danach richten.
2. für HIV-positiv getestete Menschen gilt zusätzlich zu Enthaltbarkeit, Treue und Kondombenutzung: Acknowledge – Belong – Competence: Akzeptiere, dass du infiziert bist, gehe zu Selbsthilfe- und Unterstützungsgruppen, erwirb Kompetenz im Blick auf Krankheitsbild und -verlauf, auf die notwendigen Tests und auf Fragen von Ernährung und Lebensführung.
3. für Menschen mit Aids kommt als entscheidende Dimension hinzu: ARV (= anti-retrovirale Medikamente) – Belief – Care: Achte auf die richtige Einnahme anti-retroviraler Medikamente, betrachte deine Glaubensüberzeugungen, d. h. setze dich mit deinem Leben und Sterben auseinander und Sorge für Zugang zu angemessener Pflege.

Es wird für die Präventionsarbeit in den kommenden Jahren entscheidend sein, wie weit es gelingt, den Übergang zu schaffen von allgemeiner Präventionsinformation zur Vermittlung und Aneignung verhaltensändernder persönlicher Kompetenz im Umgang mit den verschiedenen Dimensionen des Präventions-ABCs. Der dazu erforderliche Präventionsansatz mit freiwilligem Beraten und Testen (VCT) ist allerdings vielfach allenfalls in Ansätzen verbreitet.

Hier tragen die Kirchen besondere Verantwortung. Immer mehr Kirchen integrieren die weltweit anerkannte und angewandte „ABC-Strategie“ in ihre HIV-Prävention. Allerdings ist in zahlreichen Kirchen die Verwendung von Kondomen weiterhin umstritten. Einzelne, z. T. große Kirchen propagieren nur Enthaltbarkeit und Treue, aber nicht die Benutzung von Kondomen. Die Strategie des „Safer sex“* (dt. geschützter Sexualverkehr) beruht jedoch wesentlich auf dem regelmäßigen und korrekten Gebrauch von Kondomen. In vielen Ländern (besonders in Nordamerika und Europa, aber auch in Thailand) gelang es, mit Hilfe umfangreicher Kampagnen zur Förderung des Kondomgebrauchs die HIV-Übertragungsraten zu reduzieren.

In vielen Ländern bestehen jedoch religiöse und kulturelle Vorbehalte gegen eine zu starke Propagierung des Kondomgebrauchs. Manchmal wird von kirchlicher Seite argumentiert, dass die Propagierung von Kondomen die Promiskuität insgesamt erhöhen könnte und daher moralisch nicht zu vertreten sei. Außerdem verhindern sie die Fortpflanzung. Kinder zu haben sei jedoch für die meisten Menschen in Entwicklungsländern eine existenzielle Frage. Kondome sind zudem in der Vorstellung vieler Menschen mit Prostitution und außerehelichen und vorehelichen Sexualbeziehungen verbunden und werden daher nicht akzeptiert. Manche Männer sind

davon überzeugt, dass nur ungeschützter Verkehr ihnen wirklich Vergnügen bereitet. Auch der Zugang zu Kondomen und das Wissen über den korrekten Gebrauch sind nicht überall vorauszusetzen.

Viele junge Frauen und Männer können in dieser Lebensphase nur bedingt selbst über ihre Sexualität bestimmen. Daher bleiben Kampagnen, die den Schutz vor HIV/Aids durch Enthaltensamkeit in den Mittelpunkt stellen und nicht die Lebensverhältnisse der jungen Menschen berücksichtigen, oft hinter den in sie gesteckten Erwartungen zurück. Hier kommt der Jugendaufklärung, im Besonderen der sexuellen Aufklärung von Mädchen eine besondere Bedeutung zu, um vor HIV-Infektion zu schützen. Zum einen wird bei allen Jugendlichen durch Sexuaufklärung das Bewusstsein für die Gefahr einer HIV-Infektion oder ungewollter Schwangerschaften geweckt – damit kann ein späterer Beginn der sexuellen Aktivität und die Anwendung von Kondomen gefördert werden. Zum anderen gewinnen Mädchen durch Sexuaufklärung ein besseres Verständnis für ihren Körper, mehr Selbstbewusstsein und somit eine bessere Verhandlungsbasis im Gespräch mit ihrem Partner, wenn es um Sexualität und Verhütung bzw. die Anwendung von Kondomen geht.

Für die Zukunft könnten sog. Mikrobizide* ein Präventionsmittel für Mädchen und Frauen sein. Dies sind chemische Substanzen, die in die Scheide eingebracht werden. Derzeit sind verschiedene Präparate in der Erforschung, die jedoch frühestens in fünf Jahren auf den Markt kommen können. Mikrobizide und Kondome für Frauen²¹ sind sog. Frauen-kontrollierte Mittel der HIV-Prävention, da sie eine geringere Mitwirkung der Männer erfordern als die herkömmlich benutzten Kondome für Männer.

Erste Ergebnisse von kontrollierten Studien unter heterosexuellen Männern in Afrika deuten darauf hin, dass die Beschneidung einen gewissen Schutz vor der HIV-Infektion bietet. Falls sich dies in weiteren Studien erhärten sollte, würde damit eine relativ einfache und kostengünstige Methode als Teil der HIV-Prävention zur Verfügung stehen.

3.3.4 Behandlung und Prävention in Deutschland

In Deutschland geben antiretrovirale Medikamente den Betroffenen eine längere Lebenserwartung und neue Lebensperspektiven. Dadurch konnte sich z. B. die Seelsorge an Aids-Kranken von Sterbebegleitungen in Lebensbegleitungen verwandeln. Jedoch ist auch in Deutschland der Zugang zur Behandlung nicht für alle Betrof-

21 Seit den 90er-Jahren gibt es das Kondom für die Frau. Es ist circa 18 cm lang und mit zwei Ringen ausgestattet, von denen der äußere außerhalb der Scheide vor den großen Schamlippen liegt und der innere wie ein Diaphragma in die Scheide eingeführt wird. Aufgrund der komplizierten Anwendung waren die Verkaufszahlen für Frauenkondome enttäuschend, so dass die Verfügbarkeit mittlerweile stark abgenommen hat.

fene gleichermaßen garantiert. Personen ohne Aufenthaltserlaubnis haben generell kaum Zugang zu medizinischer Versorgung. Viele Menschen aus Hochprävalenzländern* und solche, die sich bei einem Auslandsaufenthalt infiziert haben, erfahren erst in einem späten Stadium von ihrer Infektion und haben damit das Risiko von geringeren Therapieerfolgen. Durch den Umbau der sozialen Sicherung, der sich in den letzten Jahren in Deutschland vollzogen hat, ist der Zugang zu einer optimalen lebenserhaltenden Therapie für viele HIV-Infizierte nicht mehr gewährleistet, u. a. da die Krankenversicherungen die Kosten nicht mehr in allen Fällen übernehmen. Zudem verschärfen sich die sozialen Probleme. Geblieben ist für viele Betroffene die Angst vor Ausgrenzung und Einsamkeit, vor Leiden und frühem Tod.

Seit Mitte der 80er Jahre gibt es zwei Institutionen, die sich um die Prävention bemühen: Die *Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung* (BZgA)²² richtet sich mit ihren Maßnahmen in der Kampagne „Gib Aids keine Chance“ an die Allgemeinbevölkerung, während die Selbsthilfeorganisation *Deutsche Aids-Hilfe e.V.* (DAH)²³ Präventionsangebote für besonders bedrohte und betroffene Gruppen entwickelt. Ergänzt werden diese Aktivitäten durch die *Deutsche Aids-Stiftung* (DAS)²⁴, die sich vor allem mit der sozialen Dimension von HIV/Aids befasst.

Seit einiger Zeit gibt eine steigende Zahl der sexuell übertragbaren Krankheiten und ein (wenn auch leichter) Anstieg der HIV-Neuinfektionen von homosexuellen Männern Anlass zur Besorgnis. Mögliche Gründe dafür sind:

- Präventionskampagnen haben nicht mehr die Intensität wie zu Beginn der Epidemie,
- eine gewisse Präventionsmüdigkeit,
- die Normalisierung und Banalisierung von Aids und
- das Verschwinden des Themas aus dem öffentlichen Bewusstsein.

Viele Menschen wähnen sich in der falschen Sicherheit, HIV sei keine Bedrohung mehr und erfordere daher keinen Schutz vor Infektion. Dieser Fehleinschätzung gilt es entschieden entgegen zu treten. Auch in Deutschland existiert nach wie vor die Gefahr einer Ausbreitung der Epidemie. HIV-Prävention sollte daher intensiviert und nicht abgebaut werden. Sie muss vor allem auch Personen, die schwer zu erreichen sind, einschließen: Migrantinnen und Migranten, Prostituierte und Drogenabhängige. Besondere Berücksichtigung sollte der überproportionale Anstieg der Infektionen bei Menschen finden, die aus Hochprävalenzländern kommen, die häufig keinen ausreichenden Zugang zu medizinischer und psychosozialer Betreuung haben.

22 S. www.bzga.de

23 S. www.aidshilfe.de

24 S. www.aids-stiftung.de

3.4 Kinder mit HIV/Aids, Waisen, gefährdete Kinder und Jugendliche

Kinder und Jugendliche sind auf vielfältige Weise von HIV/Aids betroffen: durch eigene HIV-Infektion, durch ein Leben in einer von HIV/Aids betroffenen Familie, durch den Verlust der an Aids gestorbenen Eltern, durch Verarmung und Zerstörung ihrer Zukunftschancen. Ende 2006 lebten 2,3 Millionen Kinder (unter 15 Jahren) mit HIV/Aids, davon allein in Sub-Sahara Afrika über 2 Millionen.²⁵ 380.000 Kinder starben im Laufe des Jahres 2006 an Aids. 530.000 Kinder wurden im Jahr 2006 neu mit HIV infiziert, meist durch Mutter-Kind-Übertragung. Die meisten dieser Kinder sterben während der ersten zwei Lebensjahre, manche überleben bis zum Alter von 5 Jahren oder noch länger, abhängig u. a. von der Ernährungssituation und der medizinischen Versorgung.²⁶

HIV/Aids beeinträchtigt und zerstört das Leben und die Zukunftsaussichten von Millionen Kindern, wenn die Familie von HIV/Aids betroffen ist. Wenn Kinder in armen Haushalten mit Aidskranken Erwachsenen leben, leiden sie an Mangelernährung und ihren Folgen wie z.B. zurückbleibendem Wachstum. Wenn sie ihre kranken Eltern bis zu ihrem Tod pflegen, werden sie oft traumatisiert. Der Verlust des Vaters oder der Mutter oder beider Elternteile betrifft alle Aspekte des kindlichen Lebens: emotionale und körperliche Gesundheit, physische Sicherheit und geistige und soziale Entwicklung. Der Tod der Eltern hat für die Kinder zudem oft Stigmatisierung, Isolierung und Verletzung ihrer Menschenrechte zur Folge.

Ende 2006 gab es weltweit schätzungsweise 15,2 Millionen Waisenkinder durch Aids, davon 12 Millionen in Sub-Sahara Afrika. Die Zahl der Waisen könnte bis zum Jahr 2010 auf etwa 20 Millionen ansteigen, wenn nicht erhebliche Maßnahmen zur Behandlung der Aids-Erkrankung durchgeführt werden.

Kinder und Jugendliche sind wegen ihrer Schutzlosigkeit eine Gruppe, für die die Kirchen sich seit jeher besonders verantwortlich gefühlt haben. Viele Kirchengemeinden unterhalten Programme für Waisenkinder, in denen sie die Kinder materiell, sozial und emotional versorgen. Waisenkinder sind häufiger betroffen von sexueller Ausbeutung, Kinderarbeit, Missbrauch und Gewalt. Aufgrund der hohen und wachsenden Zahl der Waisenkinder und der Verarmung der Gemeinden können die Kirchen jedoch dem Bedarf bei weitem nicht gerecht werden.

25 S. UNAIDS / WHO: Die Aids Epidemie. Statusbericht: Dezember 2006, (http://data.unaids.org/pub/EpiReport/2006/2006_EpiUpdate_de.pdf) und UNICEF: The state of the World's Children 2006: Excluded and invisible (www.unicef.org/sowc06/pdfs/sowc06_fullreport.pdf).

26 S. UNICEF: Children and Aids. A stocktaking report. Actions and progress during the first year of Unite for Children, Unite against Aids, 2007; (www.unicef.de/fileadmin/content_media/presse/Aids_Bericht/FINAL_STOCKTAKING_REPORT.pdf).

Die deutschen evangelischen Kirchen und die christlichen Entwicklungswerke bemühen sich zunehmend, die Gemeinden in die Versorgung der Kinder einzubeziehen und sie in die Lage zu versetzen, für die Kinder zu sorgen. Waisen sollten soweit wie möglich in der eigenen (erweiterten) Familie oder einer Pflegefamilie untergebracht werden. Waisenhäuser sind demgegenüber relativ kostenintensiv, die Kinder werden von ihrer Familienumgebung getrennt und die Finanzierung ist meist nicht gesichert. Insofern können sie lediglich ein letztes Mittel sein, den betroffenen Kindern zu helfen, wenn alle anderen Optionen ausgeschöpft sind.

3.5 Überwindung von Tabuisierung und Stigmatisierung

HIV/Aids ist sehr häufig mit Tabus, Verdrängung und Vorurteilen verknüpft. Die enge Verbindung von HIV/Aids mit sensiblen und tabuisierten Themen – Armut, Sexualität, Gender-Ungerechtigkeit, Prostitution, Homosexualität, Drogenabhängigkeit – macht seine Bekämpfung besonders schwierig. Erschwerend kommt die extrem lange Inkubationszeit* hinzu. Da es in der Anfangsphase der Epidemie zwar eine ständig steigende Zahl von Infizierten, aber nur wenige Erkrankte gibt, entsteht bei vielen die Illusion, die Krankheit stelle keine wirkliche Bedrohung dar. Dies begünstigt, dass Menschen sich mit der Krankheit nicht auseinander setzen und sie verdrängen. Auf der Gemeinde- und nationalen Ebene bedeutet Verdrängung von HIV, dass die Bekämpfung der Krankheit nicht gezielt angegangen wird. Dadurch breitet sich die Epidemie immer weiter aus.

HIV/Aids ist häufig auch mit Stigmatisierung und Diskriminierung verbunden. Menschen werden ungerecht behandelt und benachteiligt aufgrund ihrer HIV-Infektion, so z.B. Waisenkinder und Witwen. Meistens wird fälschlicherweise angenommen, HIV werde allein durch Prostitution oder Sexualverkehr außerhalb der Ehe hervorgerufen.

Da die Ansteckungsgefahr in vielen Gefängnissen groß ist, sollten auch das Gefängnispersonal und die Gefangenen in Aufklärungsprogramme einbezogen und ihnen der Zugang zu Schutzmaßnahmen (insbesondere Kondomen) ermöglicht werden.

Vielerorts haben Kirchen inzwischen selbstkritisch erkannt, dass sie selbst durch Tabuisierung und Stigmatisierung oft eher zu einer Verstärkung der HIV/Aids-Problematik als zu deren Lösung beigetragen haben. Es hat in den letzten Jahren viele positive Ansätze und Anstrengungen der selbstkritischen Reflexion und der Überwindung von Stigmatisierung in den Kirchen gegeben.

So wurde im Dezember 2003 bei einer „Strategie-Beratung der Kirchen bezüglich HIV/Aids in Zentral- und Osteuropa“ festgestellt: „Die politischen und sozialen Veränderungen in Ost- und Zentraleuropa haben einzelne Bevölkerungsgruppen verletzlich für HIV gemacht, vor allem Kinder und Jugendliche, Frauen, Gefangene, Personen mit Drogenabhängigkeit. Wir werden uns speziell um diese Gruppen kümmern. Als Christen sind wir aufgerufen, uns um alle Menschen zu kümmern, ungeachtet des sozialen Status, der Religion und des Lebensstiles.“²⁷ Ein Baustein zu einer Integration von Personen mit HIV in die Kirchen könnte das 2003 gegründete *African Network of Religious Leaders Living with or Affected by HIV and Aids* (ANERELA) sein.²⁸ Es nimmt Pfarrer und Pfarrerinnen sowie Verantwortung tragende Laien auf, die entweder selbst HIV-infiziert oder von HIV betroffen sind. Das Netzwerk könnte zu einer größeren Anerkennung der Menschen mit HIV/Aids in den Kirchen führen.

3.6 Mobilisierung von Finanzierungsmitteln und globales Engagement

Die Schwierigkeiten der Entwicklungsländer bei der effektiven Aids-Bekämpfung beruhen nicht zuletzt auf den mangelnden Mitteln, die ihnen zur Verfügung stehen. Beispielsweise geben sie oft mehr für die Bedienung der Schulden als für den Gesundheits- und Erziehungssektor aus. Die Eindämmung und Überwindung von HIV/Aids kann jedoch nur mit einer adäquaten Mittelausstattung gelingen. Die Herausforderung besteht darin, dass der Bedarf an Geld mit dem Fortschreiten der Ausbreitung von HIV/Aids überproportional ansteigt, da die Prävention intensiviert werden muss und immer mehr Menschen Pflege und Behandlung benötigen. Außerdem muss die Behandlung lebenslang fortgesetzt werden im Unterschied etwa zu anderen Krankheiten wie Tuberkulose, bei der nach der Heilung keine weitere Medikamenteneinnahme mehr erfolgen muss. Dadurch steigt die Anzahl der Personen in Behandlungsprogrammen immer weiter an.

Es ist jedoch keine Option, überhaupt nicht mit der Behandlung anzufangen, wie es manchmal noch gefordert wird. Wir haben eine ethische Verpflichtung zur Rettung von Menschenleben. Selbst eine ökonomische Betrachtung würde zeigen, dass die wirtschaftlichen und sozialen Kosten eines Todes eines jungen Erwachsenen die Kosten für antiretrovirale Therapie bei weitem übersteigen.

Auf der Sonder-Generalvollversammlung der Vereinten Nationen zu HIV/Aids (UNGASS) im Jahr 2001 verpflichteten sich die Mitgliedsstaaten, die Mittel für die

27 www.wcc-coe.org/wcc/what/mission/petersburg.html

28 S. www.cpsajoburg.org.za/hiv/aids/anerela1.html

Finanzierung der HIV/Aids-Bekämpfung auf internationaler Ebene erheblich zu erhöhen und spezifische Ziele in der HIV-Prävention und Behandlung zu erreichen.²⁹ Außerdem wurde mit einem Mandat der Vereinten Nationen und mit Unterstützung von Regierungen und Nichtregierungsorganisationen die Einrichtung des *Globalen Fonds zur Bekämpfung von Aids, Tuberkulose und Malaria** beschlossen, der der Finanzierung der Bekämpfung dieser drei Krankheiten, die als die Krankheiten mit der größten Belastung für die armen Länder gelten, sicherstellen sollte.

Seit Beginn seiner Arbeit im Jahr 2002 hat der *Globale Fonds* Gelder für HIV/Aids-Programme in 136 Ländern im Wert von 6,8 Milliarden USD für die gesamte Laufzeit von 5 Jahren bewilligt. Damit erhielten bisher ca. 770.000 Menschen antiretrovirale Behandlung und über 1 Million Menschen HIV-Tests und Beratung. Für die gesamte 5-Jahres-Laufzeit der bisher bewilligten Projekte werden mehr als 1,6 Millionen Menschen antiretrovirale Behandlung bekommen. Die langfristige finanzielle Ausstattung des *Globalen Fonds* war in den letzten Jahren nicht adäquat gesichert, da die finanziellen Zusagen den Bedarf an finanzieller Unterstützung zum Erreichen der von den Vereinten Nationen beschlossenen Zielen bislang bei Weitem nicht abdecken. Um eine langfristig vorhersagbare, zuverlässige und nachhaltige Finanzierung des *Globalen Fonds* zu erreichen, wird seit 2005 ein „Wiederauffüllungs-Prozess“ (engl. *Replenishment Process*), wie er auch bei anderen internationalen Finanz-Institutionen üblich ist, durchgeführt.

Neben dem Globalen Fonds sind noch weitere wichtige internationale Finanzierungsinstrumente und Programme entstanden: das *Multi-Country HIV/Aids Program for Africa* der Weltbank hat über 1 Milliarde USD und das US-amerikanische *Presidents Emergency Program for Aids Relief* hat 15 Milliarden USD über 5 Jahre für 15 Länder zur Verfügung gestellt. Damit wurden die Mittel für die Aids-Bekämpfung in den letzten Jahren erheblich erhöht.

Auch Kirchen haben Zugang zu diesen Geldern. Mit Hilfe dieser Mittel können Kirchen ihr Engagement zu HIV/Aids ausweiten. Es erfordert von den Kirchen aber auch eine Anpassung an internationale Standards bei der Abwicklung und Auswertung von Programmen. Auch viele Regierungen des Nordens haben in ihrer bilateralen Entwicklungszusammenarbeit einen Schwerpunkt bei der Aids-Bekämpfung gesetzt, so auch Deutschland.

Die Finanzierung kirchlicher HIV/Aids-Programme aus staatlichen oder multilateralen Mitteln ist nicht ohne Probleme. Eine 2005 vom *Ökumenischen Rat der Kirchen, Caritas Internationalis, Deutschen Institut für Ärztliche Mission e.V. (Difäm)*³⁰ und

29 S. United Nations (2001). General Assembly Special Session on HIV/Aids Declaration of Commitment (www.unaids.org/UNGASS/index.html).

30 S. www.difaem.de

anderen veranstaltete Konsultation³¹ in Bossey nannte als wesentliche Schwierigkeiten bei der Finanzierung und Durchführung von HIV/Aids-Programmen: Mangel an Kapazitäten (Ausbildung, technisch usw.), fehlende Netzwerke und als überzogen empfundene Anforderungen seitens der Geber, die den Handlungsspielraum für kirchliche Arbeit einengen.

Kirchliche Entwicklungswerke sollen ihre Partner über ihre eigene finanzielle Förderung von kirchlichen HIV/Aids-Programmen hinaus bei der Antragstellung für staatliche und multilaterale Förderung beraten. Wichtig ist dabei auch die gegenseitige Informationsvermittlung über sich sehr schnell verändernde Rahmenbedingungen und Richtlinien, z. B. bei Diagnostik und Behandlung, die verstärkte Förderung von personellen Kapazitäten, gerade auch im Managementbereich bei der Verwaltung zusätzlicher Mittel, sowie die Netzwerkarbeit aus kirchlichen Mitteln, die über andere Finanzquellen nicht abgedeckt wird.

Die Finanzierung für die Aids-Bekämpfung muss stabil und langfristig gesichert sein. Bei der Prioritätensetzung innerhalb der Entwicklungszusammenarbeit werden über die bisherigen Finanzierungsinstrumente hinaus auch neue Finanzierungsvorschläge diskutiert. Dazu gehören z. B. die International Finance Facility, die die Entwicklungshilfe durch Anleihen am Kapitalmarkt kurzfristig erhöhen würde, die Erhebung einer Steuer auf internationale Devisen-Transaktionen oder die in Frankreich bereits eingeführte Besteuerung von Flugreisen. Sowohl die Erhöhung der Entwicklungshilfe, wie im EU-Stufenplan zur Erreichung des 0,7%-Ziels 2015 im Mai 2005 vereinbart, als auch die auf dem G-8-Gipfel in Gleneagles im Juli 2005 beschlossene Entschuldung sowie die auf dem G-8-Gipfel in Heiligendamm im Juni 2007 beschlossene Bereitstellung von 44 Milliarden Euro zur Bekämpfung von Infektionskrankheiten können langfristig zu mehr Mitteln für die armen Länder im Kampf gegen Aids beitragen.

31 S. www.e-alliance.ch/hiv_accessingresources.jsp

4 Kirchliches Engagement

Durch das vielfältige Beziehungsnetz der deutschen Kirchen sowie ihrer Entwicklungsorganisationen und Missionswerke mit den Partnerkirchen und -gruppen in den Ländern des Südens und Osteuropas wurde die Problematik von HIV/Aids zu einem wichtigen Feld des ökumenischen Dialogs. Die durchaus vorhandenen unterschiedlichen theologischen und nationalen politischen Bewertungen der Pandemie führten zu intensivem Austausch über die Rolle der Kirchen ebenso wie zur gemeinsamen Entwicklung und Umsetzung hoffnungsvoller Ansätze.

4.1 Kirchliche Hilfs- und Missionswerke: Aids-Bekämpfung als Querschnittsaufgabe

Viele kirchliche Entwicklungs- und Missionswerke haben HIV/Aids als Schwerpunktthema für die nächsten Jahre gewählt und wollen die Thematik in den eigenen Organisationen fest verankern.

Die Bekämpfung von HIV/Aids als Querschnittsaufgabe (Fachbegriff: „Mainstreaming HIV/Aids“*) strebt sowohl die Integration von HIV/Aids-Arbeit in die Entwicklungsarbeit als auch umgekehrt die Integration von allen Programmen, die auf menschliche Entwicklung zielen, in die HIV/Aids-Arbeit an. HIV/Aids wird so in den „Mainstream“ von Entwicklungsarbeit gebracht, und Programme werden entsprechend überprüft und angepasst.

In diesem Kontext entwickeln Hilfs- und Missionswerke eigene Richtlinien und Empfehlungen zu HIV/Aids. Diese dienen als transparente Richtschnur für den Umgang mit HIV/Aids in der Organisation, als Leitlinien für Projektarbeit und finanzielle und personelle Unterstützung, der Advocacy-, politischen Bildungs- und Öffentlichkeitsarbeit sowie der personellen Entsendung u. a. m. Diese Richtlinien werden oft in enger Zusammenarbeit mit Partnerkirchen in Übersee erarbeitet.

Beispielsweise unterstützt das Missionswerk der Evangelisch-Lutherischen Kirche in Bayern (MWB) seine Partnerkirche *Evangelisch-Lutherische Kirche im Kongo* in der Entwicklung einer HIV/Aids-Richtlinie, bei der es darum geht, wie die Kirche in einer Nachkriegssituation, in der HIV/Aids zusätzlich mit Traumata von erlebter sexueller Gewalt, sozialer Entwurzelung und Perspektivlosigkeit verknüpft ist, auf die HIV/Aids-Problematik reagieren kann.

Zudem haben die meisten Werke spezielle „Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner bzw. Verantwortliche für HIV/Aids“ bestimmt und führen Fortbildungen und Qualifizierungen von Mitarbeitenden zu HIV/Aids mit dem Ziel durch, „Aids-Kom-

petenz" zu erlangen. Zum Austausch, gegenseitigen Lernen und zur Informationsvermittlung werden Workshops und Konsultationen zu verschiedenen HIV-bezogenen Themen veranstaltet.

Bei diesen Aktivitäten steht Akteuren eine Aids-Arbeitsgruppe des *Deutschen Instituts für Ärztliche Mission* e.V. (Difäm), das als bundesweite Fachstelle für Gesundheitsarbeit der deutschen evangelischen Entwicklungszusammenarbeit fungiert, beratend zur Seite. Sie wurde 2001 auf Anregung des Rates der EKD eingerichtet. Auch *Brot für die Welt* hat weitere Berater und Beraterinnen auf Zeit für HIV/Aids eingestellt.

4.2 Ökumenische Zusammenarbeit: Unterstützung und Advocacy

Das Spektrum der ökumenischen Beziehungen der EKD, ihrer Gliedkirchen, der Entwicklungswerke und Missionswerke zu Partnerkirchen ist vielfältig. Es reicht von direkten Partnerschaften auf Gemeindeebene bis hin zu regelmäßigen Begegnungen auf der Ebene von Kirchenleitungen; die Missionswerke, das Diakonische Werk, die EKD und der eed fördern ausländische Studierende in Deutschland, die später in ihren Heimatkirchen wichtige Multiplikatorfunktionen einnehmen; ökumenische Mitarbeitende aus den Partnerkirchen in Übersee arbeiten in Deutschland; die Werke der Entwicklungszusammenarbeit unterstützen Partnerkirchen durch finanzielle und personelle Zusammenarbeit.

Die ökumenischen Partnerschaften helfen, Vertrauen zu bilden und gemeinsam eine Mission zu leben, die die Menschen in den Kirchen einander als Schwestern und Brüder in Jesus Christus näher bringt. Im Austausch mit Personen aus anderen Ländern findet ein wechselseitiger Lernprozess statt.

So haben z.B. Begegnungen zwischen deutschen Aids-Seelsorgerinnen und Seelsorgern und afrikanischen Betroffenen gezeigt, dass eine partnerschaftliche Vermittlung zwischen Erfahrungen in Deutschland und Problemen in Gebieten mit hoher HIV-Prävalenz für beide Seiten fruchtbar und hilfreich sein kann. Die *Vereinte Evangelische Mission* (VEM) hat Beraterinnen und Berater zu HIV/Aids u.a. in der Demokratischen Republik Kongo und in Indonesien, die die lokalen Kirchen in HIV/Aids ausbilden und zum Engagement ermutigen. Die VEM führt außerdem erfolgreich einen „Süd-Süd-Austausch“ durch: Besuche von Kirchendelegationen in anderen Ländern ermöglichen ein gegenseitiges Lernen von positiven Erfahrungen und Modellen.

In den ökumenischen Beziehungen ist HIV/Aids in den letzten Jahren ein wichtiges Thema geworden. Für viele afrikanische Partnerkirchen ist es eines der wichtigsten Themen, über die sie sich mit den deutschen Partnern austauschen wollen und bei dem sie Unterstützung erwarten.

Kirchen sind am stärksten in Afrika in der Aids-Arbeit engagiert. In vielen Ländern Afrikas haben Kirchen bereits seit Mitte der achtziger Jahre Aids-Programme zur Aufklärung und Prävention durchgeführt und unterhalten heute darüber hinaus Beratungszentren, bieten freiwillige Testmöglichkeiten an, organisieren Pflege und Hilfe für Aids-Waisen und setzen sich für den allgemeinen Zugang zu antiretroviralen Medikamenten ein.

Bei diesem kirchlichen Engagement ist jedoch festzustellen, dass Vorurteile und Ressentiments gegenüber Aids-Kranken und HIV-Infizierten zwar abgenommen haben, aber auch in den Kirchen nicht völlig verschwunden sind. Fragen der Sexualität, insbesondere der ethischen Bewertung der homosexuellen Orientierung und des Gebrauchs von Kondomen führen zu gravierenden und kaum überbrückbaren Meinungsunterschieden quer durch alle Konfessionen. Es wird eine der großen Aufgaben der nächsten Jahre in der ökumenischen Zusammenarbeit der EKD, ihrer Gliedkirchen sowie der kirchlichen Entwicklungsorganisationen und der Missionswerke sein, den Zusammenhalt und die Zusammenarbeit der Kirchen im Kampf gegen HIV/Aids zu sichern.

Ein wichtiger Meilenstein auf dem Weg der konstruktiven Auseinandersetzung der afrikanischen Kirchen war eine ökumenische Konsultation im Jahr 2001, auf der die Kirchen sich u. a. verpflichteten, Menschen mit HIV zu unterstützen und in kirchliche Aktivitäten einzubeziehen; das Thema HIV/Aids in die Curricula für theologische Ausbildung zu integrieren; Frauen und Mädchen zu stärken; Männer zu bewegen, ihr Verhalten zu ändern und Verantwortung für die Eindämmung der Epidemie zu übernehmen; sowie effektive Mittel der Prävention zu fördern, die Leben retten können.³²

Auch viele Partnerkirchen außerhalb Afrikas sind in der Aids-Arbeit engagiert, vor allem in der Pflege und Versorgung der Kranken und Waisenkinder, aber auch in Aufklärung und Prävention. Die Bedeutung von HIV/Aids wird für die nächsten Jahrzehnte eher noch zunehmen, auch in Ländern, die jetzt noch nicht so betroffen zu sein scheinen, wie in weiten Teilen Asiens und Osteuropas.

Es gibt viele Bereiche in der Bekämpfung von Aids, die von den Kirchen abgedeckt werden. Hier sind beispielhaft zu nennen:

- Die EKD-Gliedkirchen sowie ihre Missionswerke und die kirchlichen Entwicklungswerke unterstützen auf vielfältige Weise die Arbeit der Partnerkirchen.

So unterstützt *Mission Eine Welt* (Bayern) die Partnerkirchen besonders bei deren Pilotprogrammen zur Weiterentwicklung ihrer Aids-Arbeit. Beispielsweise wurde die *Kenya Evangelical Lutheran Church* dabei unterstützt, einen lokal angemessenen Ansatz

32 S. Ecumenical Consultation on HIV/Aids in Africa (2001). Plan of Action (www.wcc-coe.org/wcc/what/mission/ehaia-html/kenya-plan-of-action-e.html – eigene Übersetzung).

für Home Based Care zu entwickeln. Im Rahmen des NRW-Projekts „Kirche und Wirtschaft gegen HIV & Aids“ engagieren sich die Evangelische Kirche von Westfalen, die Evangelische Kirche im Rheinland und die Evangelisch-Lutherische Landeskirche Schaumburg-Lippe in Südafrika und Namibia, damit dort in kleineren bis mittelgroßen Firmen und in der Tourismusbranche Prävention, Beratung, Tests und antiretrovirale Medikamente angeboten werden. Partnerkirchen und kirchliche Organisationen leisten diese Arbeit vor Ort.

- In vielen Ländern, in denen Christen und Christinnen mit Angehörigen anderer Glaubensgemeinschaften zusammen leben, findet zunehmend und beginnend auch auf der Leitungsebene der Glaubensgemeinschaften eine interreligiöse Zusammenarbeit im Kampf gegen HIV/Aids statt. Manchmal erfahren die deutschen Kirchen in den Partnerkirchen aber auch Verdrängung, Fehleinschätzung und Schweigen gegenüber HIV/Aids.

Anlässlich der UN Sondergeneralversammlung zu HIV/Aids im Juni 2001 wurde eine gemeinsame Erklärung von verschiedenen Religionsgemeinschaften unterzeichnet und veröffentlicht.³³ Auf der Internationalen Aids-Konferenz im Juli 2004 gaben religiöse Führungspersonlichkeiten eine Erklärung heraus, in der sie bekennen, dass „HIV und Aids keine Grenzen kennen. Alle religiösen Gemeinschaften leben mit HIV und Aids... Wir werden nicht ruhen, bis das Versprechen vom ‚Zugang für Alle‘ und die Hoffnung auf eine Welt ohne HIV und Aids erfüllt sind“.³⁴

- Die EKD und die Entwicklungswerke unterstützen Kirchen in aller Welt in ihren Bemühungen, das Thema HIV/Aids ökumenisch zu verankern.

Zum Beispiel hat sich die *Ethiopian Orthodox Tewahedo Church* (EOC) mit protestantischen Kirchenvertretern Äthiopiens zu einer konzertierten Aktion zur Bekämpfung der HIV/Aids-Epidemie zusammengeschlossen. Die *Armenia Round Table Foundation* (ART), der Zusammenschluss der armenischen Apostolischen, Katholischen und Evangelikalen Kirchen, veranstaltet mit Förderung des Evangelischen Entwicklungsdienstes (eed) Seminare zu HIV/Aids für Theologiestudenten. Die angehenden Priester lernen, mit HIV-infizierten Menschen und ihren Familien zu arbeiten und in ihren Gemeinden die HIV-Prävention zu fördern und Stigmatisierung zu senken.

33 S. Statement by Faith-Based Organizations facilitated by the World Council of Churches for the UN Special General Assembly on HIV/Aids June 25-27, 2001, in: International Review of Mission 2001 (90) pp. 473-476.

34 Statement of Religious Leaders at the XV. International Aids Conference, Bangkok, July 2004. (http://media.e-alliance.ch/iac2004/docs/stmt_rel_leaders_new.doc - eigene Übersetzung).

- Die EKD und die kirchlichen Werke sind auch an ökumenischen Netzwerken beteiligt, die mit unterschiedlichen Aufgaben und in unterschiedlichen Regionen tätig sind.

Die *Ecumenical HIV/Aids Initiative in Africa* (EHAIA)³⁵ ist ein gemeinsames Unternehmen der Afrikanischen Kirchen, der Kirchen und ökumenischen Partner im Norden und des ÖRK. *Brot für die Welt* als Aktion der evangelischen Kirchen war und ist wesentlich an der Initiierung und der weiteren Förderung beteiligt. Durch ökumenischen Austausch, Weiterbildungsveranstaltungen und Erstellung von Materialien befähigt die Initiative die Kirchen in Afrika, Zugang zu Information, Ausbildung, Netzwerken und Finanzierung zu erhalten. Diese Initiative hat dazu beigetragen, dass eine Vielzahl von Kirchen in Afrika im HIV/Aids-Bereich aktiv geworden ist, theologische Institutionen HIV/Aids in ihre Lehrpläne aufgenommen haben und HIV/Aids in die Kirchenliturgie integriert wurde. Ein weiteres Beispiel eines ökumenischen Netzwerks ist das *Ecumenical Pharmaceutical Network* (EPN).³⁶ *Brot für die Welt* trägt die Förderung für die deutschen Entwicklungswerke. Das Netzwerk fördert Kapazitätsbildung von kirchlichen pharmazeutischen Programmen durch die Schulung von kirchlichen Gesundheitseinrichtungen im Bereich Behandlung mit antiretroviralen Medikamenten und fördert den Zugang dieser Gesundheitsdienste zu qualitätsgeprüften preiswerten Medikamenten.

- Die Entwicklungswerke unterstützen Kirchen und zivilgesellschaftliche Organisationen im Süden in ihrer Advocacy-Arbeit, die in den letzten Jahren zunehmend an Bedeutung gewonnen hat. Advocacy bedeutet das Eintreten für benachteiligte Menschen und für Veränderung von ungerechten Strukturen. Durch Advocacy wird z. B. versucht, Einfluss auf Regierungen der betroffenen Länder zu nehmen, HIV/Aids auf die politische Tagesordnung zu setzen und die notwendige Zuteilung von Ressourcen zur Aids-Bekämpfung vorzunehmen.

So unterstützt z.B. *Brot für die Welt* die Organisation *Treatment Action Campaign*³⁷ in Südafrika, die sich für den Zugang zur Aids-Behandlung einsetzt. Darüber hinaus unterstützen die EKD und ihre Entwicklungswerke auch das *Globale Ökumenische Aktionsbündnis* (engl. *Ecumenical Advocacy Alliance*)³⁸, in dem protestantische und katholische Organisationen vertreten sind, unter anderem der Ökumenische Rat der Kirchen und der Lutherische Weltbund. Das Bündnis hilft Kirchen und ökumenischen Einrichtungen in ihrer Auseinandersetzung mit HIV/Aids. So war es 2004 beteiligt an der Ausrichtung einer Ökumenischen Konferenz als einer Plattform für den ökumenischen Austausch im Kampf gegen HIV/Aids. Weiterhin hat es den Beitrag der Kirchen im Kampf gegen HIV/Aids auch nach außen hin sichtbar gemacht und damit erreicht, dass Kirchen auch von säkularen und internationalen Organisationen als wichtige Partner bei der Überwindung von HIV/Aids wahrgenommen werden.

35 S. www.wcc-coe.org/wcc/what/mission/ehaia-g.html

36 S. www.epnetwork.org

37 S. www.tac.org.za

38 S. www.e-alliance.ch/hivaids.jsp

4.3 Partnerkirchen: HIV/Aids in der theologischen Ausbildung

In einigen Partnerkirchen ist das Thema HIV/Aids fester Bestandteil in der Ausbildung von kirchlichen Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen und Theologen und Theologinnen. Idealerweise handelt es sich dabei nicht um ein Kursangebot neben anderen, sondern um ein in die gesamte Ausbildung integriertes Thema. Dazu gehören auch besondere Kurse, die epidemiologische Kenntnisse, Wissen über HIV-Therapie und Prävention sowie soziokulturelle Aspekte etc. vermitteln.

Für Afrika hat die *Ecumenical HIV/Aids Initiative in Africa* (EHAIA) Curricula für HIV/Aids in der theologischen Ausbildung entwickelt, die an einigen theologischen Ausbildungsstätten verwendet werden. Initiativen wie EHAIA und das entsprechende *South Asian Ecumenical Partnership Programme* (SAEPP) in Südasien haben das Potential, auch kleinere Kirchen, Kirchen in entfernten Landesteilen und evangelikale Kirchen zu erreichen. Hier haben Hilfs- und Missionswerke die Aufgabe, solche Programme im ökumenischen Kontext mit adäquaten Ressourcen auszustatten, damit diese mit ihrer Arbeit dem großen Bedarf nachkommen können. Das Evangelische Missionswerk in Deutschland (EMW) fördert durch sein Referat „Theologische Ausbildung“ formelle Bildung in Ausbildungsinstituten, aber auch „informelle“ Bildung weltweit.

Biblische Texte, theologische Grundsatzfragen und ethische Perspektiven, die mit der Bestimmung des Menschen und seiner Verantwortung, mit Prägungen der Frömmigkeit, mit Ehe und Familie und gelebter Geschlechtlichkeit zu tun haben, bekommen in Zeiten von HIV/Aids eine zugespitzte Bedeutung. Daher sollte in der Ausbildung in den Partnerkirchen in allen Disziplinen der Theologie HIV/Aids als eine Lebenswirklichkeit reflektiert werden. Wechselwirkungen mit Fragen von Gerechtigkeit, Gender und modernen Technologien werden dabei zu berücksichtigen sein.

4.4 Aids-Arbeit in Deutschland: Aktionsbündnis gegen Aids

In Deutschland waren es vor allem die Gemeinschaften homosexueller Männer und Frauen sowie andere Gruppen, die Anfang der 80er Jahre die *Deutschen Aids-Hilfen* gründeten. Diese engagieren sich seither in der politischen, sozialen und praktischen Unterstützung und in der Selbsthilfe als Anwälte der Betroffenen. Die Kirchen in Deutschland haben durch HIV/Aids und den damit verbundenen Fragen und vor allem durch die betroffenen Menschen selbst viel gelernt.

In Hamburg wurde 1994 die erste Aids-Seelsorgestelle im Bereich der EKD eingerichtet, getragen vom Kirchenkreisverband in der Nordelbischen Evangelisch-Lutherischen Kirche.³⁹ Seit 1994 besteht auch die Aids-Seelsorge der Evangelischen Landeskirche in

39 S. auch Evangelisch-Lutherische Kirche in Bayern / Diakonisches Werk Bayern: Ich gehe aufrecht – denn du hast mich berührt. Leben mit Aids, 2002 (www.diakonie-bayern.de/index.php?id=92).

Württemberg, in dem Kirchenbezirksbeauftragte als Aids-Seelsorgerinnen und -Seelsorger Studientage, Gottesdienste und Arbeit mit Migrantinnen und Migranten durchführen und eine Ansprechstelle für Menschen mit HIV/Aids und Betroffene sind. Mit diesem Beratungs- und Seelsorgeangebot, das es auch in vielen anderen EKD-Gliedkirchen gibt, wird Kirche konkret erfahrbar, vor allem auch für Menschen, die kirchenfern sind und aus anderen Lebenswelten kommen. So engagiert sich in Berlin die *Ökumenische Aids-Initiative Kirche posithIV* mit einem Kreis von Ehrenamtlichen, von denen einige selbst mit HIV/Aids leben.

Im Dezember 2000 wurde ein breites internationales Netzwerk von über 50 Kirchen und christlichen Organisationen (*Ecumenical Advocacy Alliance*, dt. *Globales Ökumenisches Aktionsbündnis*) mit dem Ziel gegründet, mit einer weltweiten Kampagne das Schweigen über Aids zu beenden und die Eindämmung der globalen Epidemie voranzutreiben. Die deutschen Partner dieser internationalen Aktion schlossen sich im Jahr 2001 zu einem Initiativkreis zusammen, dem sieben evangelische Organisationen angehörten: *Brot für die Welt*, *Deutsches Institut für Ärztliche Mission* (Difäm), *Evangelischer Entwicklungsdienst* (eed), *Evangelisches Missionswerk in Deutschland* (EMW), *Kindernothilfe*, *Nordelbisches Zentrum für Weltmission und Kirchlichen Weltdienst* (NMZ) und *Vereinte Evangelische Mission* (VEM).

Aus diesem Initiativkreis entstand das Aktionsbündnis gegen Aids mit der Aids-Kampagne „Leben ist ein Menschenrecht!“, die als Teil der internationalen sozialen Bewegung für die Verbesserung der Lebenssituation von Menschen, die mit HIV und Aids leben, verstanden wird.⁴⁰ Zu den Zielen der Kampagne gehören der Einsatz für das Menschenrecht auf Leben und Gesundheit, die Bereitstellung zusätzlicher Mittel für die Aids-Prävention und -Behandlung durch die Bundesregierung sowie die Reduktion der Kosten für die lebenswichtigen Aids-Medikamente durch die pharmazeutischen Hersteller.

Dem *Aktionsbündnis gegen Aids* gehören inzwischen 85 deutsche evangelische, katholische und säkulare Organisationen der Aids- und Entwicklungszusammenarbeit, Kirchen, Missionswerke u. a. an. Außerdem sind mehr als 250 Basisgruppen aus dem Bundesgebiet beteiligt; dies sind z. B. Kirchengemeinden, Eine-Welt-Initiativen und die lokalen Aids-Hilfen. Die Aktivitäten in der Aids-Arbeit auf Gemeindeebene sind oft abhängig vom Engagement Einzelner und der Schaffung von örtlichen Netzstrukturen, um gemeinsam mit der Aids-Hilfe u. a. vor Ort aktiv zu werden.

40 S. www.aids-kampagne.de

Das Aktionsbündnis hat zu einer Annäherung von Kirchen und anderen in der Aids-Arbeit aktiven Organisationen wie z.B. den Aids-Hilfen und zu einer Zusammenarbeit zwischen evangelischen und katholischen Christinnen und Christen beigetragen. Es ist zu einer zentralen Informationsstelle für Medien, interessierte Öffentlichkeit und Personen aus Politik, Wirtschaft und Kirche geworden. Das Aktionsbündnis hat auch international Anerkennung gefunden und arbeitet mit der *Welt-Aids-Kampagne*, dem *Globalen Fonds*, sowie UN-, zivilgesellschaftlichen und anderen Advocacy-Organisationen zusammen.

5 Handeln, Heilen, Hoffen

5.1 Die Kirche als handelnde Gemeinschaft

Die vorliegende Studie zeigt, dass die HIV/Aids-Erkrankung nur bei wachsenden Anstrengungen wirksam bekämpft werden kann. Das Schweigen über Aids ist in den vergangenen Jahren gebrochen worden, Ängste, Verurteilungen, Stigmatisierungen und Diskriminierungen bestehen aber fort. Viele Kirchen weltweit haben im Ringen mit den Herausforderungen der Pandemie selbstkritisch anerkannt, dass sie selbst oft Teil des Problems gewesen oder teilweise noch sind. Ebenso viele haben sich mutig auf den Weg gemacht, bemühen sich um einen offenen Umgang mit dem Thema, sind engagiert in Prävention, Pflege und Behandlung, bei der Versorgung der Aids-Waisen und im anwaltschaftlichen Engagement für die Betroffenen und Ausgegrenzten.

Die Kammer teilt die Überzeugung vieler ökumenischer Akteure und Akteurinnen, dass die weltweite Gemeinschaft der Kirchen, ihrer Werke und ihrer Gläubigen eine besondere Verantwortung trägt und gleichzeitig ein besonderes Potential darstellt für den Umgang mit dieser Geißel der Menschheit: Sie ist weltweit vernetzt und lokal, regional und international präsent; die Kranken und ihre Angehörigen finden bei ihnen spirituellen Beistand ebenso wie konkrete diakonische Hilfe und politische Unterstützung ihrer Anliegen; in vielen Ländern spielen sie eine wichtige Rolle bei der öffentlichen Meinungsbildung und Sozialisation. Vor diesem Hintergrund verstehen sich die anschließend dargestellten Handlungsperspektiven als Einladung sowohl an die verfasste Kirche als auch an jeden und jede Gläubige, sowohl an die Kirchen in Deutschland als auch an ihre ökumenischen Partner in den Ländern des Südens und in Osteuropa.

Die Botschaft und die Handlungen Jesu waren darauf ausgerichtet, Menschen umfassende Heilung zu bringen sowie Diskriminierte und Ausgestoßene gesellschaftlich und religiös zu integrieren. Dieser Auftrag gilt unverändert sowohl für die verfasste Kirche, als auch für Christinnen und Christen. Sie stehen in der Pflicht, Personen mit HIV/Aids vorurteilsfrei anzunehmen, zu integrieren und ihnen in der Kirche eine Plattform und den Raum zu geben, der es ihnen erlaubt, angstfrei zu leben. Es ist aus Sicht der Kammer wünschenswert, dass die Kirchen und kirchlichen Organisationen als Arbeitgeber eine nichtdiskriminierende HIV/Aids-Arbeitsplatzpolitik mit entsprechenden Richtlinien und Arbeitsplatzprogrammen entwickeln. Dazu gehört auch eine Jugend- und Bildungsarbeit, die die Verantwortung der von HIV/Aids-Bedrohten und Betroffenen für ihr Leben in der Gemeinschaft anspricht.

Die Kirchen tragen in zahlreichen Ländern einen Großteil der gesundheitlichen Anforderungen an die Bekämpfung von HIV/Aids in der Welt. Die Belastung ist dadurch besonders groß, dass eine unbehandelte HIV-Infektion mit erheblichen Folgekrankheiten (Tuberkulose, Malaria etc.) verbunden ist. Die Kammer spricht sich dafür aus, dass die Kirchen darauf hinarbeiten, dass angemessene öffentliche Strukturen für die Verhütung von Krankheiten und die Pflege von Kranken geschaffen werden. Sie müssen sich jedoch darauf einstellen, dass sie noch für eine geraume Zeit im Bereich der HIV/Aids-Bekämpfung öffentliche Aufgaben wahrzunehmen haben. Deswegen ist es notwendig, dass sich die Kirchen an der Advocacyarbeit für die Bekämpfung von HIV/Aids aktiv beteiligen.

Die Kammer spricht sich weiterhin dafür aus, dass die Evangelische Kirche in Deutschland gegenüber den Regierenden und den einschlägigen Wirtschaftsunternehmen den Zusammenhang zwischen Armut und Aids beharrlich anspricht und sich für Maßnahmen insbesondere im Bereich von Gesundheit und Bildung einsetzt, die eine gerechte und nachhaltige Entwicklung fördern. Sie sollte dies tun, indem sie Regierungen und andere Geldgeber auffordert, die dafür notwendigen Ressourcen zur Verfügung zu stellen und Lösungen für die medizinischen und sozialen Probleme zu finden, die durch die Pandemie und ihre Folgekrankheiten insbesondere in den Ländern des Südens sowie in Osteuropa aufgeworfen werden. Dazu gehört auch, sich gegenüber Regierungen und internationalen Organisationen für ein flächendeckendes und qualitativ hochwertiges Angebot an HIV-Tests einzusetzen und dafür zu sorgen, dass präventive Maßnahmen weiterentwickelt werden.

Die Kammer sieht es als Aufgabe aller Menschen an, die Gleichstellung und Gleichbehandlung von Frauen, die für die Bekämpfung von HIV/Aids eine entscheidende Voraussetzung ist, zu unterstützen. Nur dann können Frauen eigenverantwortlich entscheiden, wann, mit wem und unter welchen Umständen sie sexuelle Beziehungen haben wollen. Um die Geschlechterbeziehungen zu verändern, sollen die Partnerkirchen dabei unterstützt werden, die Gender-Gerechtigkeit theologisch aufzuarbeiten und in Kirche und Gesellschaft auf allen Ebenen zu fördern. Das schließt die Aufgabe ein, entsprechende Bewusstseins- und Verhaltensänderungen bei Männern zu bewirken.

Christinnen und Christen sind auf allen kirchlichen Ebenen aufgerufen, darauf zu drängen, dass Menschen in armen Ländern Zugang zu bezahlbaren antiretroviralen Medikamenten haben. Dazu gehört auch eine Lobbyarbeit für die Entwicklung von geeigneten kindgerechten Medikamenten und eine spezielle Forschung, die geeignet ist, die Mutter-Kind-Übertragung von HIV in den Entwicklungsländern zu senken.

Die Kammer bittet die EKD, die Entwicklungswerke darin zu bestärken, sich mit ihren Partnern dafür einzusetzen, dass entsprechende soziale Sicherungssysteme in den von HIV/Aids besonders betroffenen Ländern eingeführt werden, damit deren Gesellschaften lebensfähig bleiben. Besondere Bedeutung kommt in diesem Zusammenhang der Versorgung der Waisenkinder und aller anderen betroffenen Kinder und Jugendlichen zu.

Der Zentralausschuss des ÖRK erwägt, bis spätestens 2008 einen Gipfel für Verantwortliche der Kirche und parallel dazu einen Gipfel für junge Menschen einzuberufen, um gemeinsame Antworten auf die Pandemie zu erörtern, aus besseren Praktiken zu lernen und ein Programm für den ökumenischen Umgang mit der Krise zusammenzustellen. Die Evangelische Kirche in Deutschland unterstützt dieses Vorhaben ausdrücklich.

Die Kammer spricht sich dafür aus, dass die Evangelische Kirche in Deutschland die Gliedkirchen und die Gemeinden bittet, in ihrer Aufmerksamkeit und in ihrem Engagement für das Thema HIV/Aids nicht nachzulassen, sich in Zusammenarbeit mit ökumenischen Partnern für eine bessere Betreuung der von HIV/Aids Betroffenen einzusetzen, ihre Rechte zu schützen sowie Aufklärung und Informationen über HIV/Aids anzubieten. Dazu gehört auch die Unterstützung von Initiativen wie z.B. das *Aktionsbündnis gegen Aids*. Außerdem empfiehlt die Kammer der EKD, die kirchlichen Missions- und Entwicklungswerke zu bitten, auch künftig die Förderung von Projekten zur Aids-Bekämpfung zu einem wichtigen Schwerpunkt ihrer Arbeit zu machen und ihre Anstrengungen in diesem Bereich noch weiter zu intensivieren.

5.2 Die Kirche als heilende Gemeinschaft

Die Herausforderungen sind komplex. Die Aufgabe ist groß. Der Weg zu Linderung, Besserung oder Heilung ist mühsam und weit. Es braucht den langen Atem und hartnäckige Geduld. Jedoch: Der christliche Glaube lebt in der Hoffnung, die Ausschau hält und bereit macht, das Mögliche und Notwendige heute und morgen zu tun: ohne Scheu vor Schwierigkeiten, in tatkräftiger Verantwortung nach Möglichkeiten, der Krankheit vorzubeugen, ihre Schrecken zu bekämpfen, ihrer zerstörerischen Macht zu begegnen.

Freilich: Das Gespräch zwischen Christinnen und Christen, in den Kirchen und zwischen den Kirchen ist auch von Konflikten gezeichnet und gerade in dieser Frage durch die Unterschiedlichkeit in den biblisch begründeten Positionen und in der ethischen Grundorientierung belastet. Es gibt deutliche Unterschiede in grundsätzlichen theologischen Fragen nach dem Zusammenhang von Tun und Ergehen, von Schuld und Strafe, von menschlichem Fehlverhalten und seinen Konsequenzen, von

Geschick, Verhängnis und Verantwortung. In der grundlegenden sexualethischen Orientierung und in ihren konkreten Konsequenzen bei der Beurteilung unterschiedlicher Lebensformen, im Umgang mit der Gender-Frage, der Beurteilung sexueller Prägungen, des angemessenen Schutzes vor Ansteckung und der sinnvollen Empfängnisverhütung sind so gravierende Unterschiede festzustellen, dass diese Differenzen manchmal die Einheit der Kirche bedrohen. Dies gilt es festzustellen, auszuhalten und zu bearbeiten. Dabei ist auf den Zusammenhang von theologischer Grundorientierung, von nüchterner Wahrnehmung der Lebenswirklichkeit und den seelsorgerlichen Dimensionen kirchlichen Redens und Handelns zu achten. Vorerst bedeutet dies, in Spannungen und mit Spannungen unter Christenmenschen zu leben: im gemeinsamen Studium der Heiligen Schrift und in gemeinsamer theologischer Arbeit um vertiefte Erkenntnis und Annäherung der Positionen bemüht zu bleiben. Dies betrifft insbesondere ökumenische Lebenszusammenhänge.

Bei allen Differenzen sind die Kirchen gefordert, in der Nachfolge Christi und in der Gemeinschaft des Glaubens in der weltweiten Kirche Jesu Christi Aids nicht nur als Krankheit „der anderen“ zu begreifen, sondern den Herausforderungen gemeinsam und entschlossen zu begegnen. Die notwendigen theologischen Klärungen und die inner- und zwischenkirchlichen Diskussionen dürfen die jetzt gebotene Bekämpfung der Pandemie nicht behindern.

5.2.1 Sexualität verantwortlich gestalten

Sexualität ist eine den Menschen von Gott anvertraute Gabe. Gott schafft nicht einen Menschen, sondern Menschen in Beziehung zueinander. Gottes gute Gabe ist kostbar, sie bereichert das Leben. Sie soll so gelebt werden, dass Würde und Schutz anderer Menschen und der menschlichen Gemeinschaft geachtet werden. Gott befähigt Menschen, in Beziehungen zu leben und einander zu lieben. Er befähigt Menschen, diese Beziehungen in Verantwortung vor Gott und dem Mitmenschen zu leben und zu gestalten. Sexuelle Beziehungen gehören zu den intimsten menschlichen Beziehungen. Sie sollten in gegenseitigem Vertrauen und im Respekt voneinander gelebt werden. Hier ereignet sich Schönheit des Lebens, freilich auch Schuld, Verstrickung und Tragik.

Zur Gleichwertigkeit und Gleichberechtigung der Geschlechter gehört auch die sexuelle Gleichberechtigung. Männer dürfen nicht über Frauen verfügen, Frauen sind nicht dazu bestimmt, Männern zu gehorchen. Gewalt muss in solchen Beziehungen ausgeschlossen sein. Der Glaube überwindet alle Tabus, die daran hindern, die Gewalt in den Beziehungen von Männern zu Frauen zu benennen und zu überwinden. Kirchen können und werden dazu beitragen, das Schweigen zu durchbrechen und Betroffenen zu helfen.

Im Licht von HIV/Aids sind überkommene sexualethische Positionen daraufhin kritisch zu befragen, ob und wie sie dem Schutz des Lebens dienen. Mancherorts führt die Furcht vor HIV/Aids dazu, Sexualität wieder zu tabuisieren und einseitig mit moralischer Verfehlung, mit Sünde und Tod zu verbinden. Verantwortliche Freiheit und nüchterne Prävention etwa durch den Gebrauch von Kondomen werden als amoralisch denunziert. So aber geraten die gute Gabe des Schöpfers und die gebotene Verantwortung füreinander aus dem Blick.

5.2.2 Versöhnung und Teilhabe

Viele Christinnen und Christen betrachten HIV/Aids als ein Problem der anderen, als ein Problem von Randgruppen, von dem sie selbst nicht betroffen sind. Dies führt dazu, dass sich HIV-positive und Aidskranke Menschen gerade in christlicher Gemeinschaft oft heimatlos, stigmatisiert und diskriminiert fühlen. Andererseits gibt es hilfreiche Impulse, hier umzudenken. Dieses veränderte Denken in den Kirchen wurde auch durch die ÖRK-Studie „Aids und die Kirchen“ (1997) gefördert. Hier wird die Vision einer heilenden Gemeinde angesichts der Bedrohung durch HIV/Aids entwickelt: „Weil sie der Leib Christi ist, ruft die Kirche ihre Glieder auf, zu heilenden Gemeinschaften zu werden. Trotz des Ausmaßes und der Komplexität der Probleme können die Kirchen gegenüber den HIV/Aids Betroffenen ein wirksames Zeugnis ablegen, das Heilung bringen kann. Die Erfahrung der Liebe, der Akzeptanz und der Unterstützung innerhalb einer Gemeinschaft, in der Gottes Liebe sichtbar gemacht wird, kann eine starke heilende Kraft freisetzen.“⁴¹ Heilung meint hier das Gehaltensein im Glauben und in der Gemeinschaft und die Versöhnung mit dem Unabwendbaren auch dann, wenn somatische Heilung nicht mehr möglich sein sollte. Sie ereignet sich in spirituellen, sozialen, psychischen Dimensionen. Sie wehrt aller Ausgrenzung und Stigmatisierung und gibt dem Geist der Gemeinschaft und Solidarität Raum.

Eine Gemeinde kann nur dann zum Ort werden, an dem sich Menschen mit HIV/Aids angenommen fühlen und es wagen, sich mitzuteilen, wenn in den Gemeinden das Schweigen gebrochen und HIV/Aids zum Thema in Liturgie und Predigt wird. Ein guter Schritt in diese Richtung sind zwei Publikationen: Das im Zusammenhang mit EHAIA (*Ecumenical HIV/Aids Initiative in Africa*) entstandene Buch „Africa Praying“, eine umfassende Sammlung liturgischer Texte und Predigten zu HIV/Aids für unterschiedliche Lebenssituationen und Themenbereiche⁴² und die von Mission 21 und der VEM gemeinsam herausgegebene Sammlung „God breaks the Silence. Preaching in Times of Aids“.⁴³

41 Aids und die Kirchen. Eine Studie des Ökumenischen Rates der Kirchen, Frankfurt 1997, S. 50.

42 Dube, M.W. (Ed.): *Africa Praying. A Handbook on HIV/Aids Sensitive Sermon Guidelines and Liturgy*, World Council of Churches, Geneva 2003.

43 United Evangelical Mission and Mission 21, *God breaks the Silence. Preaching in the Times of Aids*, Rheinbreitbach 2005.

Auch in den EKD Gliedkirchen hat sich ein langsames Umdenken vollzogen. Nicht zuletzt durch den Prozess der Entstehung und der Arbeit des *Aktionsbündnisses gegen Aids* fand eine Annäherung zwischen den Kirchen und anderen zivilgesellschaftlichen Institutionen statt. Die Kompetenz zur Veränderung der Situation liegt zu einem großen Teil bei den Betroffenen. So sollten Menschen mit HIV/Aids immer mindestens Teil, wenn möglich direkt Autoren des Prozesses sein, der zur Situationsveränderung führt. Der Ökumenische Rat der Kirchen (ÖRK) hat dementsprechend als wesentliches Element seiner Aids-Arbeit die „Größere Beteiligung von Menschen mit HIV“ (Greater Involvement of People Living with HIV and Aids) identifiziert. Manche Gemeinden haben dieses Anliegen aufgenommen und feiern eigene Gottesdienste zum Welt-Aids-Tag oder zu anderen Gelegenheiten. Formen des gemeinsamen Gedenkens an die Toten, der gemeinsamen Fürbitte für Menschen mit HIV wurden entwickelt.

Hier weitet sich der Blick von den diakonischen und seelsorgerlichen Angeboten hin zu den ekklesiologischen Fragestellungen: Gemeinden lernen „Kirche für andere“ zu sein und dabei auch offener über Sexualität, über das Bezogensein aufeinander zu reden und dies in das Leben der Gemeinden zu integrieren. In vielen Gemeinden in Deutschland ist dies jedoch noch nicht die Realität – viele Berichte von Menschen mit HIV zeugen davon.

5.2.3 Das Aufgebot der Hoffnung

Als Jesus mit seinen Jüngern einem begegnet, der schon als Kranker geboren wurde, und diesen sieht (Joh 9, 1) und nicht – den resignierenden Passanten gleich – übersieht, fragen ihn seine Jünger, wessen Schuld die Krankheit sei: „Wer hat gesündigt, dieser oder seine Eltern?“ (Joh 9, 3). Jesus aber lässt sich auf das räsonierende Fragen nach dem Gestern nicht ein, entzieht sich einer Argumentation, die in kühler Distanz das Geschick eines Menschen analysiert und diskutiert. Er verweist auf Künftiges, auf das Tun Gottes, das an dem Kranken offenbar werden soll: „...es sollen die Werke Gottes offenbar werden an ihm.“ (ebd.)

Die Werke Gottes? Der Schöpfer ordnet das Chaos, lässt das Licht leuchten und ruft das, was nicht ist, ins Leben. Er schenkt dem Menschen seine Würde. Unzerstörbar, unverlierbar.

Die Werke Gottes? Der Heiland ist unterwegs, ist selbst das Wort des Schöpfers, ist selbst das Licht und bringt das Licht (Joh 1). Er lädt Gerechte und Ungerechte an seinen Tisch, stiftet heilende Gemeinschaft; er geht an den Höhlen der Aussätzigen nicht vorbei, bietet heilende Kraft auf gegen die Dämonen und wendet das heillo-

se Geschick der Kranken. Die Seinen sehen und hören es: „Blinde sehen und Lahme gehen, Aussätziges werden rein und Taube hören, Tote stehen auf und Armen wird das Evangelium gepredigt“ (Matth 11, 5).

Die Werke Gottes? Jesus ruft seine Jünger in die Nachfolge. Dort erfahren sie Inspiration und Wegweisung, dort werden ihnen Kraft und Vollmacht geschenkt; dort erfüllt sie die Kraft des Heiligen Geistes. Dort werden sie Zeugen dessen, der uns allen wohlgetan hat. In der Nachfolge wird Jüngerinnen und Jüngern die Kraft der Hoffnung zuteil, die mit Glaube und Liebe im Bunde ist. Im Licht des anbrechenden Reiches Gottes sind die Zeugen Christi unterwegs mit wachen Sinnen, regsamem Herzen und mit Händen, die trösten und tragen, teilen und heilen in unerbittlicher Hoffnung.

Internetadressen

International

UNAIDS: www.unaids.org

Internationale Aktionen

Gemeinsam mit der Weltgesundheitsorganisation jährlicher Bericht über die Aids-Epidemie mit Informationen über einzelne Länder und Kontinente

UNICEF: www.unicef.org

Internationale Aktionen

Informationen über Aids bei Kindern weltweit und Kampagnen

Ecumenical Advocacy Alliance, dt. Globales Ökumenisches Aktionsbündnis:

www.e-alliance.ch/hivaids.jsp

Informationen über kirchliches Handeln und kirchliche Kampagnen

Ökumenischer Rat der Kirchen: www.oikoumene.org/de/home.html

Informationen über Aids aus ökumenischer kirchlicher Sicht

Deutschland

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung: www.bzga.de

Informationen über Kampagnen zur Aids-Prävention

Robert Koch-Institut: www.rki.de

Informationen zu medizinischen Fragen und über die neuesten Entwicklungen in Deutschland

Aktionsbündnis gegen Aids: www.aids-kampagne.de

Informationen zu HIV und Aids, Kampagnenhintergrundwissen

Deutsches Institut für Ärztliche Mission e.V. (DIFÄM): www.difaem.de

Beratung, Konzeption und Begleitung von Gesundheitsprojekten in enger Zusammenarbeit mit Partnern in der Entwicklungszusammenarbeit vor Ort

Deutsche Aids-Hilfe e.V.: www.aidshilfe.de

Portalseite des Dachverbandes der Aids-Hilfen in Deutschland. Links zu allen Aids-Hilfen. Basiswissen zu HIV und Aids. Bestellmöglichkeit für Broschüren

Glossar

Advocacy	(dt. Anwaltschaft) Aktionen, die für benachteiligte Menschen eintreten und darauf ausgerichtet sind, politische Verantwortung, Politikunterstützung, soziale Akzeptanz sowie Systemunterstützung für ein bestimmtes Gesundheitsziel zu erreichen
Aids	engl. <i>Acquired Immunodeficiency Syndrome</i> (dt. Erworbenes Immunschwäche-Syndrom) Endstadium der HIV-Infektion
Antiretrovirale Medikamente	Spezifische, die Virusvermehrung unterdrückende Medikamente
Antiretrovirale Therapie	Behandlung mit antiretroviralen Medikamenten, die seit 1996 in Kombination verabreicht werden, deswegen auch „Kombinationstherapie“ genannt
Commercial Sex Workers	(dt. geschäftsmäßige Sexarbeiter) Begriff, der anstelle von „Prostituierte“ in der Fachliteratur verwandt wird
Epidemie	Unübliche Häufung einer Krankheit innerhalb einer Population
Gender	(dt. soziales Geschlecht) Für den englischen Begriff gibt es im Deutschen keine adäquate Übersetzung; er bezeichnet die gesellschaftlich, sozial und kulturell geprägten Geschlechterrollen von Frauen und Männern
Gender-Gerechtigkeit	Begriff für das Ziel von Gender Mainstreaming, nämlich die Gleichstellung der Geschlechter
Gender Mainstreaming	(dt. durchgängige Gleichstellungsorientierung) Strategie zur nachhaltigen Förderung der Chancengleichheit von Frauen und Männern
Generalisierte Epidemien	Ausbreitung einer Epidemie in anfälligen Gruppen sowie in der Allgemeinbevölkerung über fünf Prozent

Generika	Arzneimittel, für die der Patentschutz abgelaufen ist und die unter einer chemischen Kurzbezeichnung, einem sog. Freinamen (engl. <i>generic name</i>) anstelle des weiterhin geschützten Markennamens angeboten werden
Globaler Fonds	Globaler Fonds zur Bekämpfung von Aids, Tuberkulose und Malaria (engl. <i>Global Fund to Fight Aids, Tuberculosis and Malaria</i>), der von der UN-Sonder-Generalversammlung zu HIV/Aids im Jahr 2001 beschlossen wurde und eine gemeinsame Aktion von Regierungen, NROs einschließlich Kirchen und privaten Geldgebern darstellt
Good Governance	(dt. gute Regierungsführung) Bezeichnung für ein gutes Steuerungs- und Regelungssystem einer politisch gesellschaftlichen Einheit wie Staat oder Gemeinde
HIV	(engl. <i>Human Immunodeficiency Virus</i>) Humanes Immunschwäche-Virus: Bezeichnung für ein Virus, das die Krankheit Aids verursacht
HIV-Status	Angabe, ob eine Person HIV-positiv (mit HIV infiziert) oder HIV-negativ (nicht mit HIV infiziert) ist
Hochprävalenzländer	Ländern mit einer hohen Häufigkeit (Prävalenz) von HIV-Infektionen in der Bevölkerung
Immunabwehr	Fähigkeit des körpereigenen Abwehrsystems, Antigene, also Fremdkörper wie Bakterien und Pilze, zu bekämpfen
Infektiosität	Fähigkeit eines Erregers, jemanden anzustecken
Inkubationszeit	Zeit, die zwischen der Infektion mit einem Krankheitserreger und dem Auftreten der ersten Symptome (Ausbruch der Krankheit) bzw. der Nachweisbarkeit der Infektion vergeht
Kombinations- behandlung oder Kombinationstherapie	In Deutschland anderer Begriff für die Antiretrovirale Therapie, die aus mindestens drei verschiedenen antiretroviralen Medikamenten besteht

Mainstreaming HIV/Aids	(dt. HIV/Aids in den Hauptstrom integrieren) Integration von HIV/Aids-Arbeit in die Entwicklungsarbeit und umgekehrt, die Integration von allen Programmen, die auf menschliche Entwicklung zielen, in die HIV/Aids-Arbeit
Marginalisierung	Prozess, bei dem Bevölkerungsschichten an den Rand (engl. <i>Margin</i>) der Gesellschaft gedrängt werden
Malaria	Infektionskrankheit, die durch Stiche von mit Malariaparasiten infizierten Anophelesmücken übertragen wird
Mikrobizide	Substanzen, die Mikroorganismen, Bakterien und Viren abtöten können
Millennium- Entwicklungs-Ziele	(engl. <i>Millennium Development Goals, MDGs</i>) Liste von Zielen für die Verringerung von Armut, Hunger, Krankheitslasten, Analphabetismus, Umweltverbrauch und Geschlechterdiskriminierung, die im September 2000 vom UN-Millenniumgipfel angenommen wurde
Opportunistische Infektion	Erkrankungen, die durch die Schwächung der Immunabwehr bei der HIV-Infektion auftreten
Pandemie	Ein länderübergreifender oder weltweiter Ausbruch einer Krankheit
Prävalenz	Die Häufigkeit einer Erkrankung zu einem bestimmten Zeitpunkt bezogen auf eine bestimmte Bevölkerung
Prävention	Verhütung, Verhinderung, Vorbeugung
Promiskuität	(lat. <i>promiscus</i> gemeinsam, <i>promiscere</i> vorher mischen) Geschlechtsverkehr mit (häufig) wechselnden Partnern, ohne eine feste Beziehung einzugehen
Resistenz	Widerstandskraft eines Organismus gegen äußere Einflüsse

Safer Sex	(dt. geschützter Sexualverkehr) Sexualverhalten, das das Risiko der Ansteckung mit einer sexuell übertragbaren Infektion, besonders HIV/Aids, dadurch mindert, dass Samenflüssigkeit, Scheidenflüssigkeit, Blut oder Blutspuren nicht in den Körper der Partnerin oder des Partners gelangen
Treatment Literacy	(dt. Behandlungskennntnisse) Informationen, wie man sich vor der Krankheit schützen kann und welche Behandlungsmöglichkeiten es gibt
Tuberkulose	Infektionskrankheit, die durch Tuberkelbaziellen übertragen wird. Häufigste opportunistische Erkrankung in Afrika
UNAIDS	(engl. <i>Joint United Nations Programme on HIV/Aids</i>) Koordinierungsprogramm der Vereinten Nationen zur Bekämpfung von HIV/Aids, das 1996 aus dem <i>Global Program on HIV/Aids</i> der Weltgesundheitsorganisation entstanden ist
Voluntary Counseling and Testing (VCT)	(dt. freiwilliges HIV-Testen und Beratung) HIV-Testen mit vorhergehender und nachfolgender Beratung, das auf freiwilligem Einverständnis der Getesteten beruht

Mitglieder der Kammer der EKD für nachhaltige Entwicklung

Prof. Dr. Lothar Brock (Vorsitzender), Frankfurt am Main

Dr. Imme Scholz (stellvertretende Vorsitzende), Bonn

Dr. Christoph Benn, Genf

Anna Gräfin von Bernstorff, Gartow

Prof. Dr. Hans Diefenbacher, Heidelberg

Siegmond Ehrmann MdB, Berlin

Prof. Dr. Elisabeth Gräß-Schmidt, Gießen

Thilo Hoppe MdB, Berlin

PD Pfr. Dr. Jörg Hübner, Neuss

Dr. Gudrun Kordecki, Iserlohn

Oberkirchenrat Dr. Ulrich Möller, Bielefeld

Christine Müller, Leipzig

Dr. Peter Pavlovic, Brüssel

Prof. Dr. Hans-Balz Peter, Bern

Dr. Ursula Schäfer-Preuss, Manila

Dr. Christine von Weizsäcker, Bonn

Renate Wilke-Launer, Hamburg

Andreas Zumach, Genf

Ständige Gäste

Dr. Jürgen Hambrink, Berlin

Danuta Sacher, Stuttgart

Bischof Martin Schindehütte, Hannover

Oberkirchenrat Wilfried Steen, Bonn

Geschäftsführung

Oberkirchenrätin Dr. Ruth Gütter, Hannover

Oberkirchenrat Eberhard Hitzler, Hannover

Oberkirchenrätin Dr. Renate Knüppel, Hannover

In der Reihe »EKD-TEXTE« sind bisher erschienen:

- Nr. 12 **Ehe und nichteheliche Lebensgemeinschaften**
Positionen und Überlegungen aus der EKD
- Nr. 13 **Schlußbericht der Gemeinsamen Ökumenischen Kommission zur Überprüfung der Verwerfungen des 16. Jahrhunderts**
- Nr. 18 **Die Zukunftsmöglichkeiten der jungen Generation**
Überlegungen zur Jugendarbeitslosigkeit
- Nr. 19 **Gezielte Hilfen für Langzeitarbeitslose**
Probleme der Langzeitarbeitslosen, arbeitsmarktpolitische Überlegungen
- Nr. 20 **Zur Achtung vor dem Leben**
Maßstäbe für Gentechnik und Fortpflanzungsmedizin
- Nr. 21 **Vergessene Opfer**
Kirchliche Stimmen zu den unerledigten Fragen der Wiedergutmachung an Opfern nationalsozialistischer Verfolgung
- Nr. 22 **Unsere Verantwortung für den Sonntag**
Gemeinsame Erklärung des Rates der EKD und der Deutschen Bischofskonferenz
- Nr. 23 **Bewältigung der Schuldenkrise – Prüfstein der Nord-Süd-Beziehungen**
Eine Stellungnahme der Kammer der EKD für Kirchlichen Entwicklungsdienst
- Nr. 24 **AIDS – Orientierungen und Wege in der Gefahr**
Eine kirchliche Stellungnahme
- Nr. 26 **In besonderer Gemeinschaft**
Gemeinsame Worte des BEKDDR und der EKD
- Nr. 27 **Frieden in Gerechtigkeit für die ganze Schöpfung**
Texte aus Stuttgart und Basel
- Nr. 28 **Studium der Evangelischen Theologie**
Übersicht über Studienmöglichkeiten im Bereich der EKD
- Nr. 29 **Wehrdienst oder Kriegsdienstverweigerung?**
Anmerkungen zur Situation des Christen im Atomzeitalter
- Nr. 31 **Energieeinsparung –
Umriss einer umweltgerechten Politik im Angesicht der Klimagefährdung**
Ein Diskussionsbeitrag des Wissenschaftlichen Beirats
- Nr. 32 **Sport und christliches Ethos**
- Nr. 33 **Die Kirche im konziliaren Prozeß gegenseitiger Verpflichtung für Gerechtigkeit, Frieden und
Bewahrung der Schöpfung. Rückblick und Ausblick**
- Nr. 34 **Bildungs- und Schulpolitik aus christlicher Sicht**
Eine Zwischenbilanz der Kammer der EKD für Bildung und Erziehung
- Nr. 35 **Beratung im Schwangerschaftskonflikt**
Stellungnahme der Kammer der EKD für Ehe und Familie
- Nr. 36 **Auf dem Weg zum neuen Evangelischen Gesangbuch**
- Nr. 38 **Ökumenische Versammlung für Gerechtigkeit, Frieden und Bewahrung der Schöpfung**
Dresden, Magdeburg, Dresden
- Nr. 39 **Als Christen anderen begegnen**
Studie der Theologischen Kommission des Bundes der Evangelischen Kirchen
- Nr. 40 **Wanderungsbewegungen in Europa**
Diskussionsbeitrag der Kommission der EKD für Ausländerfragen und ethnische Minderheiten
- Nr. 41 **Zur Verantwortung des Menschen für das Tier als Mitgeschöpf**
Ein Diskussionsbeitrag des Wissenschaftlichen Beirats
- Nr. 42 **Sinti und Roma**
Eine Studie der Evangelischen Kirche in Deutschland
- Nr. 43 **Zur evangelischen Jugendarbeit**
- Nr. 44 **Frauenordination und Bischofsamt**
Eine Stellungnahme der Kammer für Theologie
- Nr. 45 **Kirchengesetz über Mitarbeitervertretungen in der EKD**
- Nr. 46 **Menschenrechte im Nord-Süd-Verhältnis**
Erklärung der Kammer der EKD für Kirchlichen Entwicklungsdienst
- Nr. 47 **Die Meissener Erklärung**
- Nr. 48 **Schritte auf dem Weg des Friedens**
Orientierungspunkte für Friedensethik und Friedenspolitik
- Nr. 49 **Wie viele Menschen trägt die Erde?**
Ethische Überlegungen zum Wachstum der Weltbevölkerung
- Nr. 50 **Ehe und Familie 1994**
Ein Wort des Rates der EKD aus Anlass des Internationalen Jahres der Familie 1994
- Nr. 51 **Asylsuchende und Flüchtlinge**
Zur Praxis des Asylverfahrens und des Schutzes vor Abschiebung
- Nr. 52 **»Gefährdetes Klima – Unsere Verantwortung für Gottes Schöpfung«**
- Nr. 53 **Vom Gebrauch der Bekenntnisse**
Zur Frage der Auslegung von Bekenntnissen der Kirche
- Nr. 54 **Gemeinsame Initiative – Arbeit für alle!**
Eine Studie der Kammer der EKD für soziale Ordnung
- Nr. 55 **Asylsuchende und Flüchtlinge**
Zweiter Bericht zur Praxis des Asylverfahrens und des Schutzes vor Abschiebung

In der Reihe »EKD-TEXTE« sind bisher erschienen: (Fortsetzung)

- Nr. 56 **Zur Situation und Befindlichkeit von Frauen in den östlichen Landeskirchen**
Bericht des Frauenreferates der EKD 1995
- Nr. 57 **Mit Spannungen leben**
Eine Orientierungshilfe des Rates der EKD zum Thema „Homosexualität und Kirche“
- Nr. 58 **Der evangelische Diakonat als geordnetes Amt der Kirche**
Ein Beitrag der Kammer für Theologie der Evangelischen Kirche in Deutschland
- Nr. 59 **Zur ökumenischen Zusammenarbeit mit Gemeinden fremder Sprache oder Herkunft**
- Nr. 60 **Versöhnung zwischen Tschechen und Deutschen**
- Nr. 61 **Gewissensentscheidung und Rechtsordnung**
Eine Thesenreihe der Kammer für Öffentliche Verantwortung der EKD
- Nr. 62 **Die evangelischen Kommunitäten**
Bericht des Beauftragten des Rates der Evangelischen Kirche in Deutschland für den Kontakt zu den evangelischen Kommunitäten
- Nr. 63 **Christentum und politische Kultur**
Über das Verhältnis des demokratischen Rechtsstaates zum Christentum
- Nr. 64 **Gestaltung und Kritik**
Zum Verhältnis von Protestantismus und Kultur im neuen Jahrhundert
- Nr. 65 **Genitalverstümmelung von Mädchen und Frauen**
Eine kirchliche Stellungnahme.
- Nr. 66 **Taufe und Kirchnaustritt**
Theologische Erwägungen der Kammer für Theologie zum Dienst der evangelischen Kirche an den aus ihr Ausgetretenen
- Nr. 67 **Ernährungssicherung und Nachhaltige Entwicklung**
Eine Studie der Kammer der EKD für Entwicklung und Umwelt
- Nr. 68 **Das Evangelium unter die Leute bringen**
Zum missionarischen Dienst der Kirche in unserem Land
- Nr. 69 **Kirchengemeinschaft nach evangelischem Verständnis**
Ein Votum zum geordneten Miteinander bekenntnisverschiedener Kirchen
- Nr. 70 **Thomas Mann und seine Kirche**
Zwei Vorträge von Ada Kadelbach und Christoph Schwöbel
- Nr. 71 **Im Geist der Liebe mit dem Leben umgehen**
Argumentationshilfe für aktuelle medizin- und bioethische Fragen
- Nr. 72 **Richte unsere Füße auf den Weg des Friedens**
Gewaltsame Konflikte und zivile Intervention an Beispielen aus Afrika
- Nr. 73 **Was Familien brauchen.** Eine familienpolitische Stellungnahme des Rates der EKD
- Nr. 74 **Solidarität und Wettbewerb**
Für mehr Verantwortung, Selbstbestimmung und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
- Nr. 75 **Soziale Dienste als Chance**
Dienste am Menschen aufbauen · Menschen aktivieren · Menschen Arbeit geben
- Nr. 76 **Zusammenleben gestalten**
Ein Beitrag des Rates der EKD zu Fragen der Integration und des Zusammenlebens mit Menschen anderer Herkunft, Sprache oder Religion
- Nr. 77 **Christlicher Glaube und nichtchristliche Religionen**
Ein Beitrag der Kammer für Theologie der Evangelischen Kirche in Deutschland
- Nr. 78 **Bedrohung der Religionsfreiheit**
Erfahrungen von Christen in verschiedenen Ländern
- Nr. 79 **Die Manieren und der Protestantismus**
Annäherungen an ein weithin vergessenes Thema
- Nr. 80 **Sterben hat seine Zeit**
Überlegungen zum Umgang mit Patientenverfügungen aus evangelischer Sicht
- Nr. 81 **Schritte zu einer nachhaltigen Entwicklung**
Eine Stellungnahme der Kammer für nachhaltige Entwicklung der EKD
- Nr. 82 **Fern der Heimat: Kirche**
Urlaubs-Seelsorge im Wandel
- Nr. 83 **Dietrich Bonhoeffer**
Texte und Predigten anlässlich des 100. Geburtstages von Dietrich Bonhoeffer
- Nr. 84 **Freiheit und Dienst**
Argumentationshilfe zur allgemeinen Dienstpflicht und Stärkung von Freiwilligendiensten
- Nr. 85 **Menschen ohne Aufenthaltspapiere**
Orientierungshilfe zur Hilfe, Leitsätze, Schicksale, Recht u. Gemeinde
- Nr. 86 **Klarheit und gute Nachbarschaft**
Christen und Muslime in Deutschland
- Nr. 87 **Wandeln und gestalten**
Missionarische Chancen und Aufgaben der evangelischen Kirche in ländlichen Räumen
- Nr. 88 **Verbindlich leben**
Kommunitäten und geistliche Gemeinschaften in der Evangelischen Kirche in Deutschland
- Nr. 89 **Es ist nicht zu spät für eine Antwort auf den Klimawandel**
Ein Appell des Ratsvorsitzenden der Evangelischen Kirche in Deutschland, Bischof Wolfgang Huber
- Nr. 90 **Die Bedeutung der wissenschaftlichen Theologie für Kirche, Hochschule und Gesellschaft**
Dokumentation der XIV. Konsultation „Kirchenleitung und wissenschaftliche Theologie“
(Nr. 1, 2, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 11, 14, 15, 16, 17, 25, 30, 37 sind vergriffen; EKD-Text Nr. 11 ist jedoch in Nr. 20 als Anhang abgedruckt)

Herausgegeben vom Kirchenamt der EKD
Herrenhäuser Straße 12 · 30419 Hannover
Telefon: 05 11/27 96 0 · Fax: 05 11/27 96 707
E-Mail: versand@ekd.de · Internet: www.ekd.de