

Aids – Das Virus und die Moral

Was auf den ersten Blick an das englische Wort Hilfe (aid) erinnert, ist die Abkürzung für eine Krankheit, für die es bislang keine Hilfe gibt: Aids¹. Die Identifizierung des Aids-Virus hat zwar die Möglichkeit eröffnet, therapeutische Maßnahmen zu entwickeln, doch ist eine effektive Behandlung der Infektion oder eine medikamentöse Prävention durch Impfung bisher nicht verfügbar. Das erworbene Immundefekt-Syndrom Aids breitet sich unvermindert schnell aus. Innerhalb eines Jahres verdoppelt sich die Zahl der Kranken. Selbst wenn es gelänge, neue Infektionen zu verhindern, wird die Zahl der Aids-Kranken in den nächsten Jahren drastisch ansteigen. Die Verunsicherung der Bevölkerung greift weiter um sich, die Angst vor der Krankheit wird größer.

Nie zuvor in der Geschichte der Medizin sind derart große Anstrengungen unternommen worden, Entstehung und Verbreitung einer Krankheit wissenschaftlich zu ergründen und therapeutische Strategien zu entwickeln. *Ethische und soziale Aspekte* stehen dabei oft weit hinter den medizinischen zurück. Inzwischen setzt sich jedoch die Erkenntnis durch, daß Aids, wie übrigens andere Krankheiten auch, nur unter Einbeziehung aller Determinanten verstanden werden kann. Und dabei zeigt sich, daß Aids wie ein Brennglas soziale und ethische Fragen bündelt und darüber hinaus eine Reihe von bisher im Zusammenhang mit anderen Krankheiten schon bekannten, aber auch neuen Problemen stellt. Auf einige davon soll in diesem Beitrag eingegangen werden.

Die Krankheit und ihr Bild²

Aids (engl. Acquired Immune Deficiency Syndrome), im deutschen Sprachgebrauch „erworbene Abwehrschwäche“, wurde im Frühjahr 1981 erstmals in den Vereinigten Staaten von Amerika im Institut zur Überwachung von Infektionskrankheiten, dem Center for Disease Control (CDC), an 31 bis dahin gesunden Männern, die plötzlich an schweren Störungen des Abwehrsystems litten, beschrieben. Die daraufhin am Institut gebildete Arbeitsgruppe erfuhr innerhalb kurzer Zeit von 125 weiteren vergleichbaren Fällen; einige dieser Patienten waren bereits Ende der 70er Jahre erkrankt.

Aids wird verursacht durch das von zwei Wissenschaftlergruppen fast gleichzeitig (1983 und 1984) entdeckte Virus HTLV III und LAV. Die eine Forschungs-

gruppe arbeitete unter der Leitung des Virologen Luc Montagnier am Pariser Louis-Pasteur-Institut, die andere unter dem amerikanischen Krebsforscher Robert Gallo am National Cancer Institute (NCI), das den National Institutes of Health (NIH) in Bethesda (in der Nähe Washingtons) zugeordnet ist. Relativ schnell, im Januar 1985, konnte die komplette Erbstruktur des Aids-Virus entschlüsselt werden. Ende 1986 einigten sich die Wissenschaftler auf eine neue Bezeichnung des Virus. An die Stelle der früheren Benennungen HTLV III und LAV ist nun als internationale Bezeichnung HIV = Human Immundeficiency Virus getreten.

Ziel des HIV-Angriffs ist die *Immunabwehr im Körper*. Das Virus dringt unbemerkt in den Körper ein und greift dort vor allem die sogenannten T-Helfer-Zellen, die zur Abwehr von Infektionen da sind, an und vermehrt sich dabei. Die HIV-Infektion ist eine *chronische Krankheit* mit monate- bis jahrelanger Inkubationszeit. Mehr als zehn Jahre können vergehen, ohne daß Beschwerden auftreten. Häufig beginnt jedoch bereits etwa ein Jahr nach dem Erscheinen der ersten Antikörper ein leichteres Krankheitsbild (Lymphadenopathie-Syndrom) mit Lymphknotenschwellungen am ganzen Körper, Fieber, Durchfällen, Nachtschweiß und Gewichtsabnahme. Beim größten Teil der Erkrankten tritt nach einer Weile das volle Krankheitsbild Aids auf. Es handelt sich dabei um eine Folge von Infekten verschiedenster Erreger, die sich im immungeschwächten Körper des Patienten ungehemmt ausbreiten können. Über 95 Prozent der davon Betroffenen starben bislang innerhalb von drei Jahren nach den ersten aufgetretenen Infekten.

Diese Infekte gestalten das *Endstadium* der HIV-Infektion uneinheitlich. In jüngster Zeit weisen unerklärlicherweise viele Aids-Kranke häufig bösartige Lymphknotenvergrößerungen (Non-Hodgkin-Lymphome) auf, während weniger als vorher an einem Kaposi Sarkom, einer seltenen Tumorart, leiden. Leitinfektion von Aids ist noch immer die Lungenentzündung durch den Erreger *Pneumocystis carinii*. Aids-Patienten erkranken auch häufig an verschiedenen Formen der Tuberkulose. Gegenüber den Anfangsjahren haben Störungen im Zentralnervensystem wie Hirntoxoplasmose und hochgradiger Verlust der Gehirnmasse zugenommen.

Durch frühzeitige Diagnose kann die (chemotherapeutische) Behandlung rascher eingeleitet und das Leben des Erkrankten wesentlich verlängert werden. Denn der Patient stirbt nicht an der HIV-Infektion, sondern an einem infolge der daraus resultierenden Immunschwäche übermächtig gewordenen Infekt.

Das Virus ist vor allem in den *Körperflüssigkeiten* zu finden: im Blut und in der Samenflüssigkeit. Die Übertragung auf andere Personen erfolgt ausschließlich durch parenterale Inokulation von erregerrhaltigen Körperflüssigkeiten, also durch deren Aufnahme in den eigenen Körper. Das geschieht am häufigsten beim Geschlechtsverkehr und bei Injektionen. Damit sind auch die *Hauptrisikogruppen* bekannt: homosexuelle Männer, bisexuelle Männer und Drogenabhängige, aber

auch Bluter. *Hauptübertragungswege* sind Sexualverkehr und Blutaustausch. Hochgradig bedroht ist auch das weite Feld der Prostitution, Menschen mit häufig wechselnden Geschlechtspartnern. „Ein Virus kennt keine Moral“, so behauptet ein Film zum Thema Aids. Das stimmt. Auch wenn unter den Aids-Erkrankten die sogenannten klassischen Risikogruppen noch überproportional verbreitet sind, so ist die Infektion längst in die Gesamtbevölkerung eingebrochen und auch auf weniger leichtlebige Mitglieder der Gesellschaft übergesprungen: Ein einmaliger Fehltritt kann genügen, um den monogam lebenden Partner zu infizieren; Ungeborene und Neugeborene können schon im Mutterleib oder während der Geburt infiziert werden.

Infektionen durch Speichel, Tränen und Urin, in denen das Virus ebenfalls in geringen Mengen nachgewiesen werden konnte, sind bisher nicht gesichert. Das gilt auch für eventuell mögliche Infektionen durch Beißen oder Kratzen. Selbst Insektenstiche konnten bisher nicht als Übertragungswege festgestellt werden. Außerhalb des Körpers behält das HIV nach heutigen Auffassungen seine Infektiosität nur für wenige Stunden. Auch die üblichen Desinfektionsmittel und -methoden inaktivieren das Virus rasch. Es ist davon auszugehen, daß durch Lebensmittel, Wasser, Getränke, Zubereiten und Verteilen von Speisen und die üblichen Alltagskontakte wie Händeschütteln, Umarmungen, Berühren von Kleidungsstücken und Türklinken, den gemeinsamen Gebrauch von gespültem Eßgeschirr wie auch durch Anhusten oder Anniesen (Tröpfcheninfektion) sowie sanftes Küssen das Virus nicht übertragen werden kann. Auch der Besuch von öffentlichen Bädern, Sport- und Fitneßeinrichtungen gilt als gefahrlos.

Nach einer HIV-Infektion bilden sich innerhalb von vier bis sieben Wochen im Blut des Befallenen Antikörper, die sich gegen Substanzen im Innern des Virus richten, ihm jedoch nichts anhaben können. Diese Antikörper werden aber dazu benutzt, im sogenannten Aids-Test das Vorhandensein des Virus nachzuweisen. Der Test ermöglicht allerdings noch keine Aussage über eine eventuelle Erkrankung oder gar ihre Stadien, sondern er sagt nur aus, daß ein Organismus sich irgendwann mit dem Virus infiziert, auseinandergesetzt und damit Antikörper gegen HIV gebildet hat. Ein derartiger HIV-Träger bleibt jedoch infektiös, auch wenn er keine Krankheitssymptome zeigt.

Was die *Herkunft des Virus* anbelangt, so ist man immer noch auf Vermutungen angewiesen. Gleichwohl haben diese einen hohen Wahrscheinlichkeitsgrad. Die Spur des Virus führt nach Zentralafrika, wo ein hoher Anteil der Bevölkerung – und zwar ebensoviele Frauen wie Männer – mit HIV infiziert oder bereits an den Folgen der Krankheit gestorben sind. Von dem durch die Staaten Zaire, Burundi und Ruanda gebildeten sogenannten Aids-Gürtel aus verbreitet sich das Virus nach dem Norden und dem Süden des Kontinents. Die Überprüfung von Blutseren zeigt, daß schon in den 70er Jahren das Virus dort manifest war. Ursprüngliche Meldungen, bei dem HIV handele es sich um ein Virus, das von Affen, speziell der

Grünen Meerkatze, stamme und dann auf Menschen übergesprungen sei, konnten bisher nicht wissenschaftlich bestätigt werden. Denkbar ist, daß das Virus schon sehr lange in einer isoliert lebenden Bevölkerungsgruppe heimisch war und dann im Zug der großen sozialen Umwälzungen in Afrika in den vergangenen zwanzig Jahren auf andere Bevölkerungsteile übertragen wurde. Diese These wird untermauert durch die Tatsache, daß HIV-Infizierte und an Aids Erkrankte sich entlang der großen Verkehrsadern und in Ballungszentren gehäuft finden. Von den großen afrikanischen Städten ausgehend, wurde das Virus entweder direkt oder über die Zwischenstation Haiti in die Vereinigten Staaten übertragen, wo es sich vor allem in den homosexuellen Zentren von San Francisco und New York und dann generell durch homosexuelle Drogenabhängige in der Fixer-Szene ausbreitete. Aufgrund der Tatsache, daß auch in Europa und Südamerika die ersten Aids-Kranken homosexuelle Männer waren, kann angenommen werden, daß diese sich bei Besuchen in den Vereinigten Staaten oder bei Besuchern von dort angesteckt haben. In Deutschland ging Aids vermutlich von Frankfurt aus. Die Infektion sprang nach Berlin und wurde danach in München nachgewiesen. Schließlich verbreitete sie sich in Nordrhein-Westfalen, Hamburg, Niedersachsen und den anderen Bundesländern.

Bestandsaufnahme oder die Krankheit in Zahlen³

Die *Zahl der Aids-Kranken* wirkt alarmierend. Heute, nur sechs Jahre nach der erstmaligen Beschreibung der Krankheit durch amerikanische Wissenschaftler, sind aus den wenigen Aids-Kranken 44 000 geworden. So viele waren jedenfalls im April 1987 bei der Weltgesundheitsorganisation (WHO) in Genf gemeldet. In Wirklichkeit dürfte die Zahl aber wesentlich höher liegen, da viele Länder gar nicht oder nur einen Teil der Erkrankten erfassen. Nach Schätzungen der WHO sind derzeit weltweit 5–10 Millionen vom Aids-Virus befallen. Bis 1991 – so die Hochrechnungen – seien zwischen 500 000 und drei Millionen Menschen an Aids und weitere 1–5 Millionen an aidsähnlichen Leiden erkrankt. Zudem seien bis dahin rund 100 Millionen Menschen, auch wenn sie das typische Krankheitsbild noch nicht zeigen, an Aids infiziert. Während 1981 in den Vereinigten Staaten ein Aids-Kranker pro Woche starb, waren es 1984 bereits 30, und derzeit sterben jede Woche 200.

In Deutschland wurde 1981 noch kein Todesfall durch Aids bekannt. 1984 war es einer pro Woche, und jetzt registriert das Bundesgesundheitsamt (BGA) sieben bis zehn Aids-Tote pro Woche. In einigen Wochen werden in Deutschland wöchentlich rund 20 Menschen an Aids sterben, so prognostiziert das BGA. Die statistischen Linien der HIV-Infizierten, der an Aids Erkrankten und der daran Verstorbenen laufen in den USA und in der Bundesrepublik noch immer parallel,

nur daß die Entwicklung in der Bundesrepublik um etwa drei Jahre hinterherhinkt. Etwa alle 12 Monate verdoppelt sich die Zahl der Erkrankten, wie auch die Statistik in den USA zeigt.

Nach den USA, Frankreich und Brasilien belegt die Bundesrepublik den vierten Platz der internationalen Rangliste, in der allerdings ganze Kontinente fehlen. So liegt über Afrika kein Zahlenmaterial vor. Die amerikanische Seuchenbehörde vermutet allein in Zentralafrika, das von einigen Forschern, wie oben skizziert, für das Ursprungsland des Aids-Virus gehalten wird, über 10 Millionen Infizierte. Als aktueller Stand für die Bundesrepublik (April 1987) läßt sich angeben: ungefähr 1000 Aids-Kranke, 500 Aids-Tote und 30000 bis 100000 Aids-Infizierte.

Immer mehr Menschen „kennen jetzt einen, der kennt einen, der hat...“, und dann plötzlich „kennen wir einen“. Es ist nur noch eine Frage der Zeit, bis jeder von uns im Bekannten- und Freundeskreis mit Menschen zusammenleben wird, die das Virus in sich tragen. Wie bereiten wir uns darauf vor, wie begleiten wir unsere Nachbarn, Arbeitskollegen und Freunde, die auf diese Weise ihrem Sterben entgegengehen?

Aids und Moral

Zu Beginn seiner Pastoralkonstitution über die Kirche in der Welt von heute hat das Zweite Vatikanische Konzil folgendes erklärt: „Freude und Hoffnung, Trauer und Angst der Menschen von heute, besonders der Armen und Bedrängten aller Art, sind auch Freude und Hoffnung, Trauer und Angst der Jünger Christi. Und es gibt nichts wahrhaft Menschliches, das nicht in ihren Herzen seinen Widerhall fände.“⁴ Überall dort, wo menschliches Leben und Zusammenleben bedroht, gefährdet oder gar destruiert wird, wo das Humanum zurückbleibt hinter dem, was im Evangelium mit der Ankunft des Reiches Gottes und damit auch hinsichtlich gegliückten Menschseins zugesagt ist, haben Kirche und Theologie ihren Platz⁵. Eine am Evangelium und insbesondere an der Botschaft vom Reich Gottes orientierte *Moraltheologie* sieht ihre Aufgabe darin, Weisungen zu geben, die dazu beitragen, daß menschliches Leben aufs Ganze gesehen glückt, theologisch gesprochen: heil wird. Eine so konzipierte Moraltheologie weiß auch darum, daß vor dem Imperativ der Indikativ steht, das heißt, daß wir nicht zuerst einem Normensystem gehorchen *müssen* (Imperativ), sondern daß uns zuerst Heil und Angenommensein in Liebe geschenkt sind (Indikativ), aus denen heraus wir handeln *können*. Mit dieser Vorstellung steht christliche Moral auch in der *Nachfolge Christi*, der leidende Menschen, Menschen, die krank waren, geheilt hat, nachdem er sie, die Außenseiter, in seine Tischgemeinschaft integriert hat.

Eine Moral, die das konkrete Leben anzielt, die den Menschen helfen will, auf das, was sie bedrückt, und auf das, was sie erleiden, sinnvoll zu reagieren, wird die

konkrete Herausforderung der jeweiligen Zeit immer neu an der Botschaft Jesu orientieren und bewährte Formen der Lebens- und Leidbewältigung analysieren, um dann in zeitgerechter Neuorientierung unter dem Aspekt der aktuellen Brauchbarkeit auszuwählen. Jesu Heilsverkündigung, die immer zugleich Heilsvermittlung war, setzte zumeist an Kontrasterfahrungen des konkreten Lebens an. Es ging ihm immer auch um eine Veränderung der leidbringenden Zustände. Die Einstellung zum Leid und zu den Leidenden wird daher von vielen zu Recht als ein Prüfstein der Glaubwürdigkeit von Theologie und Kirche angesehen. Und die Menschen wenden sich von Kirche und Theologie ab, wenn sie dort in diesen Fragen keine Hilfe finden oder wenn sie entdecken, daß deren Sympathie mehr dem Leid als dem Leidenden gilt. Die von Krankheit und Leid Betroffenen sind sehr empfindlich gegenüber Worten und Haltungen, die anmaßend sind, weil sie abwerten und verurteilen. Die Moral und Pastoral muß sich in diesem Zusammenhang auch fragen, ob sie in ihren Weisungen nicht Kraftakte fordert von denen, die Krankheit und Leid kraftlos gemacht hat. Der *Umgang Jesu mit Kranken* und Außenseitern kann ebenso für den Umgang mit Aids-Kranken ein Handlungsmodell sein wie das von Paulus entworfene *Bild von der Kirche als Leib Christi*. Das Bild vom Leib macht deutlich, daß alle Glieder einander brauchen und die leidenden Glieder die Solidarität der gesunden erfahren. Dies bedeutet keine Entsakralisierung von Kirche, sondern Einlösung dessen, was Jesus in seiner irdischen Tätigkeit begonnen und praktiziert hat. Kirche als Verantwortungs- und Solidargemeinschaft begegnet in Aids einem Prüfstein für praktische Nächstenliebe und Menschlichkeit. An dieser Krankheit muß sie zeigen, wie lebendig und wirksam die Idee vom Leib Christi ist: Denn wenn ein Glied leidet, leiden alle mit. Vor diesem Hintergrund und auf dieser Basis hat Moralthologie zunächst nüchtern die Situation in den Blick zu nehmen und dann Hilfe anzubieten.

Aids und die sexuelle Befreiung

„Vor zwanzig Jahren“, so schrieb kürzlich die Londoner Times in einem Artikel über Aids, „hatten wir die sexuelle Befreiung, und jetzt kommen die Rechnungen rein.“ Daß diese Rechnungen hoch und mit Sicherheit kein Beitrag zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen sind, steht hier nicht zur Debatte; hier geht es um die Frage, ob *Aids wirklich der Preis der sexuellen Revolution* ist, wie allenthalben behauptet wird.

Die Anfänge dieser in Zusammenhang mit Aids immer wieder zitierten sexuellen Revolution lassen sich auf die Zeit nach dem Zweiten Weltkrieg zurückverfolgen. Zwar hatte man schon früher entdeckt, daß die Sexualität des Menschen der industriellen und nachindustriellen Epoche nicht die gleiche ist wie die des Bürgers oder gar des Ackerbauers; dies wurde aber erst nach dem Zweiten Weltkrieg

ausdrücklich thematisiert. Dabei läßt sich, wenn auch stark verallgemeinert, folgender *Paradigmenwechsel* nicht übersehen: die Entwicklung von anti- zu prosexueller Einstellung, von kleiner zu größerer Freiheit, von dem Verdecken zur Enthüllung, von der Scham zur genitalen Sexualität. Folgende Merkmale kennzeichnen die sogenannte sexuelle Revolution: Das Sexuelle ist in die Öffentlichkeit getreten. Die Massenmedien haben zu einer großen sozialen Streuung des Themas beigetragen. Man spricht in der Öffentlichkeit unbeschwert über Sexualität, Erotik und Nacktsein. Damit verbunden wächst das Interesse an praktischer Betätigung. Die Körperlichkeit wird stärker betont, die Aufhebung von Berührungstabus, das Anerkennen des Lustvollen, dies alles sind Anzeichen einer neuen Einstellung. Bezeichnend ist die Entwicklung des Nackten: Nicht nur wurde die weibliche Brust frei, auch andere Körperteile wurden in die erotische Sphäre einbezogen. Der ganze Körper wurde erotisiert und sexualisiert. „Sexy“ wurde das Adjektiv nicht nur für die Person, sondern auch für die Kleidung, die jene trug. Keuschheit wurde zu einer sonderbaren Einstellung erklärt. Der Zusammenhang zwischen Sexualität und Fortpflanzung wurde nicht zuletzt mit Hilfe „der Pille“ geleugnet, und die Antithese zwischen hetero- und homosexuellem Verhalten verlor an Gewicht. Die Haltung den Homosexuellen gegenüber wurde toleranter. Während man noch vor dem Zweiten Weltkrieg Apparate zur Unterdrückung der Masturbation anbot, bietet man heute im Handel Geräte an, mit denen man sich bequem selbstbefriedigen kann. Die Sexualaufklärung zeigt sich ebenso wie das Sexualstrafrecht im Wandel.

Ideologisch geht die sexuelle Revolution unter anderem auf die Theorien von Sigmund Freud, Alex Comfort, Wilhelm Reich, Herbert Marcuse und die Playboy-Philosophie Hugh Hefners zurück⁶. Ihre Ideen gewannen in der Öffentlichkeit immer mehr an Boden und trugen dazu bei, das Sexualverhalten unter dem Banner der Liberalität als sexuelle Befreiung zu verstehen. Dabei ist nicht zu übersehen, daß Freuds theoretische Position mit dem Schlüsselbegriff der Libido, die zum Grundmotiv allen menschlichen Verhaltens wird, durchaus ambivalent ist. Es kann hier nicht näher auf die bei Freud nachweisbare differenzierte Klärung über die Wirksamkeit der Libido eingegangen werden, die sich insbesondere am Begriff der Sublimation festmachen läßt. Jedenfalls ging bei der praktischen Freud-Rezeption im allgemeinen Bewußtsein die Sublimation und die damit verbundene, für eine menschliche Sexualität im Freudschen Sinn notwendige sexuelle Askese weithin verloren. Bei den Freudschen Epigonen wird die Libido nun als objektiv wirksamer Trieb begriffen, dessen asketische Beherrschung zur Verdrängung mit allen möglichen negativen Nebenfolgen führt. Sexuelle Befreiung hat demnach möglichst alle das Ausleben des Triebes, der Libido, behindernde moralische Schranken aufzuheben. Jegliche Form der Expression der Libido, ob hetero- oder homosexuell, muß grundsätzlich akzeptiert werden. Eine Intimsphäre, wie sie sich in der abendländischen Kultur entwickelt hatte, wurde als Teil einer verklemmten

Moral zumindest von einer sich deutlich artikulierenden Minderheit abgelehnt. *Libido als Natur-Norm* wurde zur Regelung und Rechtfertigung jeglichen Sexualverhaltens. Sexszenen bis hin zur Vergewaltigung eroberten die Bühnen und den Bildschirm. Die amerikanische Schriftstellerin Erica Jong feierte 1973 in ihrem Bestseller „Angst vor dem Fliegen“ den Gelegenheitssex und Susan Sontag den „besseren Orgasmus“. Die möglichst bequeme Befriedigung sexueller Bedürfnisse wird als Natur des Sexus ausgegeben.

Sicherlich hat Aids nicht ursächlich mit dieser in den 60er und 70er Jahren auf ihrem Höhepunkt angelangten sexuellen Revolution zu tun. Sexuelle Befreiung bringt kein Virus hervor, aber für die enorme Verbreitung des Virus durch freieres sexuelles Verhalten und weltweiten Sextourismus hat die sexuelle Revolution sicherlich das entsprechende Klima geschaffen. In diesem Kontext erscheint es des Nachdenkens wert, ob die sexuelle Revolution dem Menschen wirklich die vielfach behauptete Befreiung gebracht hat oder ob sie nicht vielmehr einer Sexualmoral Vorschub geleistet hat, deren Gefahren heute niemand mehr bagatellisieren kann. Hier müssen wir, ohne zu verurteilen, sachlich und ehrlich sein.

Aids eine Strafe Gottes?

In der Diskussion über Aids wird nicht nur zwischen Aids und sexueller Revolution ein Zusammenhang hergestellt, sondern auch zwischen Aids und Strafe Gottes. Aids sei die gerechte Strafe Gottes, die eine permissive Gesellschaft treffe, weil diese, unterstützt durch die Pille, aufgeklärte Ansichten und liberale Gesetzgebung, die Schutzwälle der moralischen Normen sexueller Beherrschung und Selbstdisziplin weggefeigt habe.

Bei anderen Krankheiten, etwa dem Krebs, hat man diese Deutung der Krankheit als Strafe nicht angewandt. Oder hängt eine solche Deutung mit dem Infektionsweg zusammen, daß Aids halt eben anders übertragen wird als etwa Windpocken, in der Regel nämlich durch Sexualverkehr? Dann wäre aber wieder – so Johannes Gründel – eine „*Fixierung von ‚Sittlichkeit‘ und ‚Moral‘ auf das Sexualverhalten*“ vorgenommen. Und aus dieser Einseitigkeit hatte sich das christliche Moralverständnis gerade mühsam zu lösen versucht⁷. Bei einer solchen Fixierung wird die Moral jeder philosophischen, ethischen und theologischen Qualität beraubt. Die Formulierung „Aids als Strafe Gottes“ stellt einen ursächlichen Zusammenhang zwischen der Krankheit und einem als sündhaft eingestuften Sexualverhalten her, dem das unhaltbare Modell eines Tun-Ergehen-Zusammenhangs bzw. eine Tatfolgenethik zugrunde liegt. Einmal abgesehen davon, daß es Aids-Kranke gibt, die völlig ohne ihr Zutun infiziert worden sind (Bluter und Kleinkinder), ist die Vorstellung von einem strafenden Gott mit dem Gottesbild der Evangelien, der Frohbotschaft, nicht vereinbar.

Die Krankheit mag zwar bei den meisten „selbstverschuldet“ sein, aber von daher einen allgemeinen Zusammenhang zwischen Schuld und Krankheit zu konstruieren oder gar die Krankheit als Strafe oder Geißel Gottes zu interpretieren, scheint nicht nur menschlich, sondern auch *theologisch höchst fragwürdig*. Traditionsgeschichtlich finden wir eine solche Auffassung bei Calvin, nach dem Seuchen, Kriege und andere Nöte Heimsuchungen Gottes seien, durch die er unsere Sünden bestrafe. Es ist verständlich, daß sich viele von einem solchen Gott abwenden, „der nun erst groß wird, da er uns klein gemacht hat“ (D. Sölle). Die Botschaft der Bibel ist indes eine andere. Schon im Alten Testament lehrt das Buch Hiob, die Krankheit nicht automatisch als Folge der Sünde anzusehen. Aber ein solch verursachendes Denkmodell findet sich auch noch in der jüdischen Gesellschaft zur Zeit Jesu. In Krankheit und Leid sah sie die Strafe Gottes und im Kranken und Leidenden den Sünder und Rechtsbrecher, welcher zu meiden war. Jesus hat dieses Denkschema demaskiert, indem er im Kontext einer Blindenheilung die Jüngerfrage nach dem Schuldigen zurückweist: „Weder er (der Blinde) noch seine Eltern haben gesündigt“ (Joh 9, 3). Das Schicksal des Mannes – so die Auskunft Jesu – verweist nicht auf negative Aspekte seines Lebens. Das Neue Testament hat weitere Beispiele parat, wie Jesus den Kranken und Geächteten seine Solidarität erweist. Und ist es nicht gerade die Auferweckung Jesu, die jeden wie auch immer gearteten Tun-Ergehen-Zusammenhang zwischen seinem qualvollen Tod am Kreuz und einer durch die Juden gemutmaßten Schuldhaftigkeit und somit zwischen Leid und Strafe Gottes ein für allemal durchbricht?

Zwischen Aids heute und Aussatz damals gibt es durchaus Parallelen. Schon damals gab es eine Art *Meldepflicht*, wie sie heute von manchen Politikern gefordert wird. Damals ging man zu den Priestern, wenn Verdacht auf Aussatz bestand. Diese prüften sieben Tage und sprachen dann das Urteil. Lautete es „unrein“, so war der weitere Weg des Erkrankten vorgezeichnet. Die Verfahrensweise ist detailliert in der Bibel im 13. Kapitel des Buchs Leviticus geregelt. Dort liest man unter anderem: „Der Aussätzige, der von diesem Übel betroffen ist, soll eingerissene Kleider tragen und das Kopfhaar ungepflegt lassen; er soll den Schnurrbart verhüllen und ausrufen: Unrein! Unrein! Solange das Übel besteht, bleibt er unrein; er ist unrein. Er soll abgesondert wohnen, außerhalb des Lagers soll er sich aufhalten“ (Lev 13, 45f.). Zu der körperlichen Krankheit kam die wirtschaftliche Isolation und damit Verwahrlosung und Verzweiflung über den Kranken. Die Evangelien berichten mehrfach, daß Jesus Kontakt mit Aussätzigen hatte. Das erste Wunder geschah an einem von ihnen. Jesus streckte die Hand aus: Er durchbrach damit die Grenzen zwischen Gesunden und Kranken, zwischen Reinen und Unreinen, zwischen dem „Anständigen“ und dem Infizierten und heilte den Aussätzigen (vgl. Mt 8, 1–4). Was würde Jesus heute sagen? Vielleicht würde er sagen: „Wenn du hörst, daß ein Mensch Aids hat, dann geh hin in sein Haus, sprich mit ihm, iß mit ihm und werde ihm sein Nächster.“⁸

Aids „ist keine Strafe Gottes, sondern ein natürliches Ereignis. Aber jedes Leiden – und eben auch dieses – stellt die Sinnfrage unseres Daseins. Vielleicht ist Aids über allem persönlichen Leid, das es verursacht, uns allen ein Anlaß zur Selbstbesinnung: daß Gottes Gebote zu unserer Freude und unserer Befreiung ergangen sind.“⁹ Dies gilt auch für das sechste Gebot: Es ist gut für den Menschen, wenn er seinem Partner die Treue hält.

Aids, die Angst und der Umgang mit dem Tod

Aids ist nicht nur eine Viruserkrankung, sondern auch eine *sozialpsychologische Erkrankung*. In unserer Gesellschaft ist Aids zu einem Drohwort geworden, zu einer empfindlichen Störung des so gut geplanten und durchorganisierten Lebens, in dem man alles oder doch fast alles für machbar hielt. Dieses in Sicherheit gewähnte Leben wird nun durch die Krankheit der personalen Selbstbestimmung entzogen. Wer sich bisher als Handelnder empfunden hatte, fühlt sich nun als ein durch die Krankheit in die Passivität Gedrängter. Krankheitsangst ist wesentlich Angst vor Kontrollverlust: das Gefühl des Ausgeliefertseins. Sie zeigt sich nach Siegfried R. Dunde in vier Formen¹⁰: 1. in der Angst vor der *Ansteckung*, wobei dann in der Regel nicht zwischen dem Virus und dem kranken Menschen unterschieden wird, was schließlich zur Ausgrenzung und Ablehnung von letzterem führt. Isolierstation, Gummihandschuhe und Mundschutz sind die Chiffren einer solchen Angst; 2. in der Angst vor dem *Krankheitsausbruch*, die sich gegen die Möglichkeit richtet, krank zu werden. Hier steigert sich die Angst um so mehr, je weniger geeignete Abwehrmaßnahmen es gegen den Krankheitsausbruch gibt; und dies ist bei Aids der Fall; 3. in der Angst vor dem *Ausschluß*, die auf Isolierbereiche, Verfolgung und letztlich auf die Gesellschaft, die die Krankheit und ihren Überträger fürchtet und haßt, gerichtet ist; 4. in der Angst vor der *Krankheit* als einem Spezialfall des Glücksverlustes, wobei dieser Glücksverlust nur in den seltensten Fällen als personales Schicksal hingenommen, zumeist jedoch der bösen Absicht eines äußeren Feindes zugeschoben wird. Hinter all diesen Formen der Krankheitsangst steht letztlich die Grundangst vor der Auslöschung, die Angst vor dem Tod. Durch Aids wird der Tod, den wir so gut aus dem Alltag verdrängt und in die Klinik verlegt hatten, mitten ins Leben zurückgeholt.

Durch Aids ist auch der Tod wieder in den öffentlichen Diskurs gelangt. Das Aids-Problem hat existentielle Dimensionen: Sterben und Sexualität. Man spricht von Hingabe, die töten kann. Eros und Tod, mit diesen beiden elementaren Erfahrungen hat Aids zu tun. Eros und Tod waren schon immer die großen Bewegter der kollektiven Phantasie, „die zwei ursprünglichen Tabus“, wie der französische Philosoph Georges Bataille meint. Die Todesangst kann so schlimm werden, daß sie nur durch den Tod zu stillen ist. So wird aus Italien der Selbstmord

eines Mannes berichtet, der zuvor seine schwangere Frau und seinen kleinen Sohn umbrachte, weil er die Symptome seiner Grippe fälschlich für eine Aids-Infektion durch ein einmaliges Fremdgehen mit einer Anhalterin gehalten hat.

Gemessen an der durchschnittlichen Lebenserwartung, sterben die meisten Aids-Kranken zu früh. Gerade von „Männern im besten Alter“ (70 % der Aids-Kranken) wird in unserer Gesellschaft ein Höchstmaß an Fitneß und Leistungsfähigkeit verlangt, wenn sie nicht zu den Verlierern in Beruf und Privatleben gezählt werden wollen. Der Tod hat hier keinen Ort. Für am Vollbild Aids Erkrankte (im Endstadium der Krankheit) bedeutet der Tod somit oft ein unvorbereitetes Hereinbrechen. Der Dienst, den wir Aids-Kranken dann noch erweisen können, besteht in der *Sterbebegleitung*. Die Patienten brauchen jetzt eine intensive körperliche und seelische Pflege. Erst in diesem letzten Stadium der Erkrankung sind viele Patienten bereit, mit ihren Familien und Arbeitskollegen offen über ihre Krankheit und auch über ihre sexuelle Orientierung zu sprechen. Die schweizerische, in den Vereinigten Staaten von Amerika tätige Psychiaterin und Sterbeforscherin Elisabeth Kübler-Ross hat aus ihren in Workshops mit Aids-Patienten gesammelten Erfahrungen berichtet, wie die Teilnehmer in der Sterbephase zu einer Lebensqualität kommen, die sie niemals zuvor erfahren haben, indem sie lernen, sich ganzheitlich, einschließlich ihrer Homosexualität, zu akzeptieren. Anschaulich schildert Kübler-Ross das Beispiel eines jungen Mannes, der nach Jahren wagte, in sein Elternhaus zurückzukehren, und trotz seines vom Krebs entstellten Gesichts von seiner Mutter mit einer herzlichen Umarmung empfangen wurde mit den Worten: „Mein Sohn, wir wissen, daß du Aids hast.“ Auch bei Aids-Kranken wird man den einzelnen Phasen des Sterbeprozesses begegnen, wie sie Elisabeth Kübler-Ross bei chronisch Kranken, vor allem bei Krebskranken, beobachtet: Nichtwahrhabenwollen, Auflehnung gegen die Krankheit und die Umwelt, Verhandeln mit dem Schicksal, Depression und schließlich Annahme des Todes. Für den Begleiter des Aids-Kranken ist es von größter Wichtigkeit, die Phasen zu kennen; denn wenn er dem Schwerkranken und Sterbenden nicht dort begegnet, wo dieser sich gerade auf seinem Weg innerlich befindet, verfehlt er ihn. Das humane Gestalten von Sterben und Tod setzt voraus, daß der den Aids-Kranken Begleitende zur Krankheit und zu seinem eigenen Sterben und Tod in ein angstfreies Verhältnis getreten ist. Von einem solchen Standpunkt aus kann er dann das Sterben seines Mitmenschen mit menschlicher Wärme und ganzheitlicher Zuwendung begleiten und es so noch als Teil des Lebens lebenswert machen.

Safer-sex

Die Krankheit Aids ist nicht nur ein Problem medizinischer, psychischer und sozialer Art, sondern stellt, weil sie in der Regel sexuell übertragen wird, eine

Bedrohung von Sexualität überhaupt dar. Die Menschen – nicht nur die Gruppe der besonders gefährdeten – distanzieren sich körperlich stärker voneinander, sie rücken in ihren täglichen Kontakten weiter auseinander und entintimisieren den freundschaftlichen Umgang miteinander. Aids fördert, wie es der Sexualforscher Eberhard Schorsch nannte, eine „aseptische Vereinzelung“¹¹. Zwar hat es immer schon eine Reihe sexuell übertragbarer Krankheiten gegeben, diese wurden aber nicht als so bedrohlich empfunden wie Aids, da sie grundsätzlich behandelbar bzw. heilbar waren. Mit Aids taucht nun seit der Entdeckung des Penicillins erstmals wieder eine Krankheit auf, die tödlich ist. Für die jetzt lebende jüngere Generation, für die Machbarkeit, Konsum und Freiheit zum selbstverständlichen Standard gehören, stellt dies etwas völlig Neues dar.

Weil Aids nicht behandelbar ist, stellt sich schon seit seinem Auftreten die Frage der *Prävention*: Welche sexuellen Verhaltensweisen sind zu vermeiden, und wie sind sie zu vermeiden? – die Frage also, wie sexueller Umgang sicherer gemacht werden kann. In den Vereinigten Staaten kam es schon relativ früh zu Empfehlungen, die unter dem Stichwort „*Safer-sex*“ bekannt sind¹². Grundsätzlich laufen diese Empfehlungen für ein risikoarmes Sexualverhalten darauf hinaus, den Austausch von Körperflüssigkeit wie Sperma, Urin und Speichel zu vermeiden. Dies kann zum Teil durch Verwendung von Kondomen erreicht werden. Die Safer-sex-Kampagne beschränkt sich aber nicht nur darauf, von bestimmten sexuellen Praktiken abzuraten, sie propagiert auch *neue Formen und damit auch eine andere Erlebniswelt von Sexualität*. Empfohlen werden Masturbation, Massagen, voyeuristische und exhibitionistische Spiele, Telefonsex, um nur einiges zu nennen. Durch diese Praktiken kommt es zu einer anderen Bewertung des Sexuellen. Sexualpraktiken, die bisher eher als „einsam“ und abartig galten, wird nun der gleiche gesundheitliche und in diesem Denken der gleiche moralische Rang zugewiesen wie der traditionellen Form der monogamen Partnerschaft, während das Festhalten an bislang positiv besetzten Formen als therapeutisch gilt. „Empfehlungen zur Änderung des Sexualverhaltens“, so Sophinette Becker, werden in der Aids-Debatte „oft ausgesprochen, als gelte es, ein bestimmtes Kleidungsstück nicht mehr zu tragen oder eine Marotte aufzugeben“¹³. Der Verzicht, der offenbar nötig ist, darf nicht einmal betrauert, er muß euphorisch verleugnet werden.

Safer-sex ist nicht nur die ständige Erinnerung an die Krankheit, die in dem Partner eine hochinfektiöse Gefahrenquelle sieht, er ist zudem eine *reduzierte Form der Sexualität*, weil hier das Band zwischen reproduktiver und sexueller Sphäre durchgetrennt ist. Das Sexuelle ist nur noch Vollzug und Operation. Es wird noch mehr als bisher partialisiert, handhabbar gemacht, zu einem Genuß ohne Reue verharmlost. In seinem tiefsten Wesen ist Safer-sex ebenso wie der Sexkonsum menschenunwürdig, weil er eine menschenverachtende Form der Sexualität darstellt.

Der sicherste Weg, eine Ansteckung zu verhindern, ist nicht der des Safer-sex,

sondern *sexuelle Enthaltsamkeit und Treue*. Diese unbestreitbare Tatsache haben die Deutschen Bischöfe in ihrer Stellungnahme vom 27. Januar 1987 betont. Nach christlicher Moralvorstellung, die sich aus dem Willen Gottes, der Natur und der Würde des Menschen herleitet, „geschieht das gegenseitige geschlechtliche Sich-Schenken von Mann und Frau in der unbedingten Treue und unauflöslichen Einheit der Ehe“. „Eine entsprechende Änderung des Lebensstils und damit eheliche Treue und sittliche Ordnung der Sexualität sind die geeigneten Wege, eine weitere Ausbreitung dieser Krankheit zu vermeiden“, heißt es in einer erneuten Verlautbarung vom 13. März 1987. Weil dieser Ansicht der Bischöfe eine unbestreitbare Logik innewohnt, muß sie immer wieder in Erinnerung gebracht werden, ob es die Menschen beherzigen wollen bzw. können oder nicht. Immer schon hat sich die katholische Kirche gegen außereheliche Geschlechtskontakte gewandt und empfängnisverhütende Mittel, darunter auch Kondome, als unmoralisch abgelehnt, nicht nur, weil letztere Nachkommenschaft ausschließen, sondern auch, weil sie leichtfertigen und unverantworteten Geschlechtsverkehr begünstigen. Wenn es daher um die Abwehr der vorwiegend durch Geschlechtskontakte übertragenen Krankheit Aids geht, ist es nur konsequent, zu sexueller Enthaltsamkeit außerhalb der Ehe aufzufordern und die Anpreisung solcher Mittel abzulehnen. Es ist zudem unbestritten, daß diejenigen, die ihr Leben an der kirchlichen Moral ausrichten, kaum Gefahr laufen, mit dem gefährlichen Virus infiziert zu werden.

Vom ethischen Standpunkt aus gibt es Überlegungen, ob Safer-sex und Kondome, wenn überhaupt, allenfalls als Katastrophenschutzmittel, als das geringere Übel, toleriert werden könnten, wenn dadurch das größere Übel, die Ansteckung, verhindert werden kann. Eine solche Überlegung geht von der Notlage aus, daß Aids zu sofortigem Handeln zwingt und eine anzielende Verhaltensänderung nicht abgewartet werden kann. In einer solchen Tolerierung des geringeren Übels – der heilige Thomas von Aquin hat dies auch gegenüber Freudenhäusern so gehalten – liegt keine ethische Rechtfertigung von Safer-sex und Kondomen. „Wo sonst nichts mehr hilft, mag die staatliche Gesundheitspolitik auch an Kondome denken (darin steckt keine sittliche Rechtfertigung!)“ (Bischof Karl Lehmann¹⁴).

Zeugung und Schwangerschaft bei Aids

Moralische Probleme stellen sich auch im Hinblick auf Zeugung und Schwangerschaft bei Aids-Infizierten. In diesem Zusammenhang gilt es, viele Aspekte zu bedenken, was an dieser Stelle nicht geleistet werden kann. Um die Übertragung der Krankheit auszuschließen, müßten alle Virusträger sexuell enthaltsam leben. Doch – andererseits – warum sollten sie das, wo doch die Mehrzahl nicht einmal weiß, daß sie zum Kreis der potentiellen Aids-Opfer gehört? Es wäre jedenfalls

unverantwortlich, wenn Infizierte, die um ihre Infektion wissen, neues Leben zeugen würden. Die so gezeugten Kinder tragen mit hoher Wahrscheinlichkeit (60 Prozent?) ebenfalls das Virus in sich. Sind sie infiziert, müssen sie nach der Geburt eine harte Behandlung über sich ergehen lassen. Um ihre Überlebenschance ist es schlecht bestellt, denn die Behandlung verzögert ja nur den Ausbruch der Infektion. Die meisten mit dem Aids-Virus geborenen Kinder sterben innerhalb der ersten drei Lebensjahre. Die Prävention müßte hier also im Vorfeld beginnen, was bedeutet, daß bei Verdacht auf eine Infektion ein HIV-Test durchzuführen wäre. Ist dieser positiv, ist von einer Zeugung abzusehen.

Wesentlich schwieriger ist das Problem, wenn das Kind bereits gezeugt ist. Hier stellt sich für viele die Frage des *Schwangerschaftsabbruchs*. Für solche Fälle sieht der § 218 des Strafgesetzbuchs einen straflosen Schwangerschaftsabbruch aufgrund medizinischer und eugenischer Indikation vor¹⁵. Vom ethischen Standpunkt her gesehen, rechtfertigt die Krankheit des Kindes aber niemals dessen Tötung. Der Wert des Lebens steht höher als dessen Qualität. Des weiteren gilt es zu beachten, daß nicht mit letzter Sicherheit gesagt werden kann, ob das ungeborene Kind infiziert oder gesund ist, ob die Krankheit ausbrechen wird und ob nicht vielleicht doch schon in Kürze das heilende Medikament zur Verfügung steht.

Meldepflicht – Reihenuntersuchungen – heimliche Aids-Tests

Je schneller die Zahl der von Aids Betroffenen steigt und je mehr die Krankheit öffentlich thematisiert wird, desto häufiger wird die Forderung nach gezielten Kontrollen laut. Im einzelnen werden Pflichtuntersuchungen der Gesamtbevölkerung, Sonderregelungen für den internationalen Reiseverkehr und die Meldepflicht gefordert.

Im Zusammenhang mit der *Meldepflicht* wird sowohl eine namentliche als auch eine anonyme Meldepflicht diskutiert. Die geforderte Meldepflicht wird vor allem mit der Notwendigkeit der Erhebung von Daten für epidemiologische Zwecke begründet; das Wissen über die Entstehung der Krankheit soll verbessert werden. Die Daten sollen auch frühzeitige Planungen für benötigte Klinikplätze sowie für ambulante und häusliche Pflege ermöglichen. Zur Erreichung dieser Ziele braucht man jedoch offenbar keine namentliche Meldepflicht, es genügen anonymisierte Daten. Auch solche Daten können Auskunft geben sowohl über die Zahl der weiblichen und männlichen Kranken und Infizierten und den Anteil der kranken und infizierten Kinder als auch über die Ausbreitung der Krankheit in einzelnen Gruppen (Homosexuelle, Prostituierte, Drogenabhängige) und in der Gesamtbevölkerung.

Da eine wirksame Bekämpfung von Aids ein Erkennen der Infizierten voraussetzt, wird in der Diskussion ein generelles *Screening* der Gesamtbevölkerung

vorgeschlagen. Gegen einen solchen Plan werden jedoch verschiedene Bedenken vorgebracht¹⁷. Allein schon die riesigen Kosten, ca. eine Milliarde Mark pro Jahr, würden nicht dem Nutzen entsprechen. Darüber hinaus sind aber auch einmalige Reihenuntersuchungen angesichts der Inkubationszeit nicht aussagekräftig, sie müßten drei- bis viermal jährlich wiederholt werden. Und was nützen Reihenpflichtuntersuchungen und namentliche Erfassung bei einer Krankheit, für die es keine Heilung und keinen Impfstoff gibt, um der Infektion vorzubeugen? Sollten sich neue englische Studien erhärten, nach denen zwischen Infektion und Ausbruch der Krankheit 15 Jahre liegen können, dann wird deutlich, daß es unverantwortlich wäre, Infizierte von Schule, Ausbildung und Berufsausübung auszugrenzen. Was soll mit den Virusträgern über lange Jahre hin in Quarantäne geschehen? Vom ethischen Standpunkt her – dies verlangt das Prinzip Verantwortung – sollte sich jedoch jeder, bei dem Verdacht auf Aids besteht, unbedingt einem Test unterziehen.

Wenn auch ein generelles Screening der Gesamtbevölkerung abzulehnen ist, so gibt es jedoch auch gewichtige Gründe für ein Aids-Screening im klinischen Bereich. „Die vielfältigen Manifestationen machen es möglich, daß sich ein unbekannter Aids-Fall hinter sehr unterschiedlichen klinischen Konstellationen verstecken kann.“¹⁸ In der Praxis führt dies jedoch zu Schwierigkeiten verschiedenster Art, u. a. zu ethischen und juristischen Problemen. Für eine solcherart indizierte serologische Untersuchung muß die Einwilligung des Patienten vorliegen; andererseits setzt sich aber ein Arzt ins Unrecht, wenn er bei auch nur vagem Verdacht eine HIV-Untersuchung unterläßt. Das angesprochene Problem wird in der Öffentlichkeit unter dem Stichwort „heimlicher Aids-Test“ diskutiert. Nach Überprüfung der Pro- und Contra-Argumente legt sich hier folgende Schlußfolgerung nahe¹⁹: „Außer bei den wohl keineswegs seltenen Fällen einer vom Patienten erbetenen umfassenden Untersuchung oder bei ungeklärter Symptomatik verletzt der ohne vorherige Aufklärung durchgeführte HIV-Antikörpertest in aller Regel die Rechtsgüter ‚Körperliche Unversehrtheit‘ und ‚Entschließungsfreiheit‘ des Patienten. ‚Hinter dem Rücken‘ des Patienten durchgeführte Tests sind daher abzulehnen. Die Wege der Wahl sind statt dessen, den Test im Einzelfall nach einem aufklärendem Gespräch mit dem Patienten durchzuführen oder ihn als Routinetest in Untersuchungsprogramme aufzunehmen, auch hier jedoch mit entsprechendem Hinweis an die Patienten. Durch heimliche Tests dagegen drohen nunmehr die Ärzte selbst jenes Gut zu zerstören, dessen Gefährdung durch andere sie sonst (und oft zu Recht) so beklagen: das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient.“²⁰

Aids im Unterricht

Wissenschaftler weisen bereits warnend darauf hin, daß die nächste Gruppe, in die das HIV einbrechen wird, die jungen Menschen sein werden, die ihre Form der Sexualität erst noch finden müssen und deshalb mit ihr experimentieren. Nach den bisherigen Erfahrungen verhalte sich diese Zielgruppe gegenüber Aids eher unbefangen und sei daher in hohem Maß ungeschützt. Die Behandlung des Themas im Unterricht scheint daher dringlich.

Zwar herrscht an *Informationen* über Aids kein Mangel und die Nachricht von der Gefahr, an Aids zu erkranken, sowie von den wichtigsten Formen des Schutzes vor dem Virus hat den größten Teil der Bevölkerung erreicht, aber diskutiert wird immer noch die Methode geeigneter Aufklärung. Dieser Umstand dürfte vor allem mit dem Thema selbst gegeben sein. Wegen seiner Problemgeladenheit ist es unvermeidlich, daß die Vermittlung immer an Grenzen stoßen wird, die uns von Moral, Ethik und Glaube gesetzt sind und somit auch Empfindungen unterschiedlichster Art verletzen. Wirkung und Erfolg einer Beschäftigung mit Aids in der Schule hängen daher sehr von *Inhalt und Methode* der Darstellung ab. Die Behandlung von Aids im Unterricht darf sich nicht nur auf die medizinisch-biologischen Aspekte beschränken, sondern es muß der *gesamtmenschliche Kontext* verdeutlicht und dabei jene Aspekte erfaßt werden, die zuinnerst mit dem Thema verbunden sind, z. B. Gesundheit, Krankheit, Normen, Werte, Grundwerte, Grundrechte, sittliches Verhalten, verantwortete Sexualität, Askese.

In den Vereinigten Staaten von Amerika hatte man in Studien die Bedingungen erhoben, unter denen Menschen bereit sind, unter dem Eindruck einer Krankheit ihr Verhalten zu ändern, und dabei folgende Faktoren ermittelt: 1. Die Menschen müssen sich durch die Krankheit persönlich gefährdet fühlen und schwere persönliche Konsequenzen erkennen können; 2. sie müssen davon überzeugt sein, daß Verhaltensänderungen auch tatsächlich die Krankheit verhindern können und daß sie auch die Möglichkeit haben, ihr Verhalten zu ändern, und schließlich 3. benötigen sie ein persönliches Erlebnis (sozialer Druck). Alle Untersuchungen zeigen, daß die Konfrontation mit Aids-Kranken oder persönliche Erlebnisse im Zusammenhang mit der Krankheit (z. B. der Tod eines besonders Nahestehenden) wesentliche Faktoren für eine Verhaltensänderung sind. Den geringsten Einfluß auf Verhaltensänderung haben bloße Informationen über Aids²¹.

Bei der Auseinandersetzung um eine Prävention der Krankheit darf nicht der Eindruck entstehen, Kondome seien der einzige Schutz. Es soll vor allem auf eine *Veränderung des Lebensstils* hingewirkt, dabei aber nicht der Eindruck erweckt werden, als handle es sich bei Treue, Enthaltensamkeit und Selbstbeherrschung um eine Art katastrophengebundenen Verzicht. Verantwortete Sexualität ist eine krisensichere und eine an sich erstrebenswerte Lebensweise und darf daher nicht zu einem reinen Ansteckungsschutz herabgestuft werden.

Die vorhandene Gefahr einer Ansteckung mit Aids läßt zwar die Frage nach dem richtigen, *personengerechten Sexualverhalten* wieder stärker in den Vordergrund treten, aber Aids darf nicht zum Anlaß genommen werden, um bestimmte Moralvorschriften durchzudrücken. Moralvorschriften müssen überzeugen! „Christliches Sexualverhalten ist nicht identisch mit einer eng-prüden bürgerlichen Moral, wohl aber ist ihr Grundgesetz eine personale Liebe, die sich nicht damit zufriedengeben kann, die menschliche Sexualität als reinen Sinnengenuß zu verstehen und zu praktizieren.“²² Menschliche Geschlechtlichkeit darf also nicht funktionalistisch eingeengt werden, sondern muß in ihrer ganzheitlichen, das heißt leib-geistigen Funktion gesehen werden.

Aufklärung soll betroffen machen und Menschen, wenn nötig, zur Verhaltensänderung bewegen. Auch im Zusammenhang mit der Aids-Problematik dürfen *Angst und Panik* nicht gefördert werden. Angst ist bekanntlich ein schlechter Ratgeber. Sie kann zwar ein Mittel zur Verhaltensänderung sein, ihre Wirkung ist aber zeitlich begrenzt; man kann auch mit der Angst zu leben lernen. „Eine Moral der Angst verändert den Menschen nicht im Innern; sie verdunkelt die Würde seiner Freiheit, die er als Geschöpf Gottes in einer – noch nicht erlösten – Schöpfung zu bewahren hat.“²³ Nicht verängstigtes, sondern verantwortungsbewußtes Handeln sollte das Ziel der Aufklärung sein. Hierbei sollte auch deutlich werden, daß sittliche Weisungen keine Unterdrückung, sondern eine „neue Humanität“ (Johannes Paul II.) intendieren.

Aids und Pastoral

Es mag der Diskussion überlassen bleiben, ob Aids in erster Linie ein moralisches oder pastorales Problem ist. Aids ist mit Sicherheit ein menschliches Problem und damit eine Frage christlicher *Barmherzigkeit und Caritas*! Aids stellt die gesamte Gesellschaft und insbesondere die Kirchen vor die Frage, wie human sie ist, wie sehr sie bereit ist, Menschen zu schützen und zu helfen, die von einer tödlichen Krankheit bedroht sind, ohne zu fragen, wie moralisch diese Menschen vorher gelebt haben. Nach Siegfried R. Dunde erweist sich die Humanität unserer Gesellschaft an drei Punkten²⁴: 1. an der *Solidarität* mit den Infizierten, Bedrohten und Erkrankten. Werden sie geschützt oder will man sich vor ihnen schützen?; 2. an der *Toleranz* gegenüber Minderheiten, wobei vor allem eine Minderheitshetze ausgeschlossen werden muß, und schließlich 3. an der Bereitschaft zur Gewährung von *Repräsentanz*: Statt ständig über Betroffene zu reden, müßte man mit ihnen reden und ihre Interessen berücksichtigen. Diese drei Punkte können auch für christliche Pastoral und Sozialarbeit richtungweisend sein. In diesem Zusammenhang ist auch auf die überaus wirksame Kraft des seelischen Beistands von außen hinzuweisen, um die Abwehrkräfte des Körpers gegen die Krankheit im

Innern zu stärken. „Um Infizierte und Leichterkrankte vor einem völligen Zusammenbruch ihres Immunsystems zu schützen, der dann die für das Vollbild von Aids typischen Symptome zeitigt, sollte... verstärkt psychotherapeutische Hilfe eingesetzt werden, wie sie ja auch bereits gegen Krebs angewendet oder in einigen Therapieformen... systematisch entwickelt wurde. Ich bin mir wohl bewußt, daß Viren keinen Geist haben und also nicht magisch beeinflussbar sind, aber es ist bekannt, daß sich gerade das menschliche Immunsystem in besonderem Maße der seelischen Gestimmtheit des Menschen anpaßt. Psychische und soziale Schädigungen setzen die Immunabwehr drastisch herab, während psychosoziales Wohlbefinden ihre Stabilität erhöht.“²⁵

Inzwischen werden bereits verschiedene Hilfsprojekte durchgeführt. Mitarbeiter der Caritas, kirchliche Beratungsstellen und Klinikseelsorge leisten vor Ort wertvolle Arbeit. Eine wichtige Funktion kommt auch den Aids-Selbsthilfegruppen zu. Sie können wohl am besten in den Reihen der Kranken ein Gefühl für die eigene Verantwortung wecken, das sie veranlaßt, nach anderen Formen der Erfüllung, nach neuen Möglichkeiten der Zuneigung, Zärtlichkeit und Partnerschaft zu suchen.

Aids ist, um es auf einen kurzen Nenner zu bringen, ohne Zweifel eine die Menschheit in hohem Maß bedrohende Krankheit. In der Konfrontation mit dieser Krankheit sollten wir uns bewußt sein, daß es hier um mehr als um die wirksame Bekämpfung einer Seuche geht, denn es handelt sich bei Aids um eine Herausforderung, die entscheidende, uns alle angehende Wertfragen betrifft.

Auch wenn ein wirksamer Impfstoff oder gar ein Heilmittel noch nicht in Sicht ist, dürfen wir uns nicht mit verzweifelten Hilferufen möglichst weit vom Geschehen distanzieren – jeder einzelne vermag durch ein hohes Maß an Verantwortung einen Beitrag zum Bestehen dieser Herausforderung zu leisten. Die Verantwortung impliziert hier vielfältige Forderungen: 1. Die Gesunden sind zu schützen. 2. Bereits Infizierte sollten sich im zwischenmenschlichen Bereich so verhalten, daß ihr Partner vor jeder Ansteckung sicher ist. 3. Die von der Immunschwächekrankheit Betroffenen dürfen weder diskriminiert noch isoliert werden, vielmehr ist ihnen im Sinn christlicher Nächstenliebe zu begegnen. 4. Jeder ist dazu aufgerufen, über die Begriffe Liebe und Treue neu nachzudenken und diese noch stärker in die eigene Sexualität zu integrieren. Wenn jeder einzelne sich bemüht, im Rahmen des ihm Möglichen der Herausforderung verantwortlich zu begegnen, muß Aids nicht zu einer Jahrhundertkatastrophe werden.

ANMERKUNGEN

¹ Aus der kaum noch zu überschauenden Literatur zum Thema vgl. für diesen speziellen Teil der Thematik v. a. R. Süßmuth, *Aids: Wege aus der Angst* (Hamburg 1987); S. R. Dunde, *Aids – Was eine Krankheit verändert* (Frankfurt 1986); F. Rühmann, *AIDS: eine Krankheit und ihre Folgen* (Frankfurt ²1985); R. Rosenbrock, *AIDS kann schneller besiegt werden* (Hamburg ³1987).

² Vgl. zum folgenden etwa R. Süßmuth, a. a. O. 35–52.

³ Die neuesten Zahlen werden jeweils in der monatlich erscheinenden Zeitschrift *Aids-Forschung* veröffentlicht; vgl. auch *Frankfurter Rundschau*, 18. 3. 1987, u. *Frankfurter Allgemeine Zeitung*, 1. 4. 1987.

⁴ *Gaudium et spes* Nr. 1.

⁵ Zum folgenden vgl. E. Bleske, *Leidbewältigung als ethische Aufgabe*, in: *Christliches ABC – heute und morgen*, Nr. 5/83, 17–30.

⁶ Zum folgenden vgl. K. Schmitz-Moormann, *Sexualerziehung unter veränderten Vorzeichen* (Mskr. 1986) 1f.

⁷ Vgl. J. Gründel, *AIDS aus der Sicht der theologischen Ethik*, in: *AIDS-Forschung* 1 (1986) 663.

⁸ H. J. Albrecht, *Jesus und AIDS*, in: *Ev. Komm.* 20 (1987) 225.

⁹ *Christ in der Gegenwart* 39 (1987) 118. ¹⁰ Vgl. S. R. Dunde, a. a. O. 34f.

¹¹ E. Schorsch, *Die AIDS-Problematik aus sexualwissenschaftlicher Sicht*. Vortrag vor der Ärztekammer Hamburg, 26. 10. 1985 (Mskr.).

¹² Vgl. zum folgenden F. Rühmann, a. a. O. 156–166.

¹³ S. Becker, *AIDS. Die Krankheit zur Wende?*, in: *Psychologie heute*, Nov. 1985, 60–65; hier 65.

¹⁴ Interview mit Bischof Karl Lehmann zur *Aids-Kampagne*, in: *Glaube und Leben* Nr. 6, 8. 2. 1987.

¹⁵ Vgl. W. Eberbach, *Rechtsprobleme der HTLV-III-Infektion (AIDS)* (Berlin 1986).

¹⁶ Vgl. R. Süßmuth, a. a. O. 12–15. ¹⁷ Vgl. ebd. 14.

¹⁸ E. B. Helm, W. Stille, in: *Der Spiegel* Nr. 18, 27. 4. 1987, 252.

¹⁹ Vgl. auch etwa *Die Zeit*, Nr. 16, 10. 4. 1987, 73.

²⁰ W. H. Eberbach, *Heimliche AIDS-Tests* (Mskr.) 7f.

²¹ Zu den Studien vgl. F. Rühmann, a. a. O. 159.

²² *Christ in der Gegenwart* 39 (1987) 118. ²³ Ebd. 142.

²⁴ Vgl. S. R. Dunde, a. a. O. 12f. ²⁵ Vgl. ebd. 11.