

Hans Kramer

Ethische Zwischenbilanz zu Aids

Das Thema Aids ist aus den Schlagzeilen verschwunden. An die Stelle von Ängsten und Emotionen sind vielleicht mehr Behutsamkeit und Sachlichkeit getreten. Eine andere Interpretationsmöglichkeit ist diese: Man hat die Dringlichkeit des Themas ausgeblendet. Die Verdrängung des Problemkomplexes ist gelungen. Dafür spricht eine AP-Meldung vom 13. Oktober 1988 aus einer Anhörung der Aids-Kommission des Bundestags. Zweihundert Ärzten aus der ganzen Bundesrepublik waren vier Fragen nach Infektionsrisiko und Behandlungsmethoden vorgelegt worden. Nur Grundlegendes wurde gefragt. Das Ergebnis war: Nur zwei Prozent, also vier von zweihundert befragten Medizinern, beantworteten alle vier Fragen richtig. Eine weitere Nachricht um den Verdacht der Verdrängung: Ende Oktober 1988 meldete die Universität Gießen das Ergebnis der Auswertung von 1200 Fragebögen von Studenten und Studentinnen. Zwanzig Prozent der Studenten gaben an, in den letzten drei Jahren durchschnittlich acht Geschlechtspartnerinnen gehabt zu haben. Gerade diese Gruppe, die über das Aids-Risiko hinreichend aufgeklärt war, hatte keine Kondome benutzt, auch nicht bei vorher unbekanntem Partnerinnen. Sie verließen sich auf ihr „Augenmerk“. Bei ihnen standen rationale Einsicht, Angst und riskantes Verhalten einfach nebeneinander. Daß die gegenwärtige Behutsamkeit oder Verdrängung erneut in Heftigkeit umschlagen wird, darf als sicher gelten. Das wird spätestens dann geschehen, wenn eine bestimmte Grenze in der Zahl der behandlungsbedürftigen Erkrankten überschritten wird.

Ethiker vom Fach haben sich in der heißen Phase der Veröffentlichungen zu Aids zurückgehalten. Sie wollten nicht wie manche Boulevardblätter, Nachrichtenmagazine, Illustrierte, Kirchengremien und Prediger die Hysterie schüren, indem sie deren Moralisieren noch beförderten. Das Moralisieren der selbsternannten Propheten hatte zuweilen geradezu niederträchtige Züge angenommen. Die gegenwärtige beruhigte Phase kann genutzt werden für eine ethische Zwischenbilanz zu Aids. Nachdenklichkeit und ethische Aspekte sollten jetzt verstärkt in der Öffentlichkeit zum Tragen gebracht werden. Auf diese Weise kann man zu mehr Rationalität und Humanität beitragen. Unter ethischen Aspekten haben Christen heute einiges zurechtrücken können, was auch im Namen des Christentums, der Frömmigkeit oder der Kirchen falsch plakatiert wurde¹.

Im Vorfeld der Ethik ist es eine ernste Pflicht, die richtigen Zahlen zu nennen. Das Aids-Zentrum im Bundesgesundheitsamt (Berlin) meldet in seiner Statistik

zum 31. Dezember 1988²: Seit dem 1. Januar 1982 gab es in der Bundesrepublik einschließlich Berlin (West) 2779 Aids-krankte Personen: 2589 männlich, 190 weiblich. Gestorben waren bis zum 31. Dezember 1988 1146 Patienten. Es lebten also zu diesem Zeitpunkt 1633 gemeldete Kranke. Von den 2589 in den fast sieben Jahren erkrankten Männern waren 72,1 Prozent homo- oder bisexuelle Männer.

Männliche und weibliche Drogenabhängige machten 11 Prozent der Gesamtzahl der Erkrankten aus. Durch heterosexuelle Partnerkontakte waren 3 Prozent angesteckt. 0,9 Prozent der Erkrankten waren Babys. Von denen, die drei Jahre vorher, also 1985 als erkrankt gemeldet wurden, waren am 31. Dezember 1988 64 Prozent gestorben.

Die Frage nach der Dunkelziffer stellt sich. Laut dpa vom 30. Dezember 1988 nannte Prof. Meinrad Koch vom Aids-Zentrum die Zahl der gemeldeten bundesweit Infizierten 27640. Er schätzte die Zahl aller Infizierten auf rund 50000. Andere Schätzungen gehen bis auf das Doppelte. Wenn auch die Übertragung des Virus nur durch Blut- und Sexualkontakte möglich ist, wird mit diesen Zahlen eine epidemische Gefährdung angesagt. Zum Thema Gefährdung nun melden sich mit unterschiedlicher Zielrichtung die allbekanntesten „schrecklichen Vereinfacher“ zu Wort, auch vermeintlich im Namen der Ethik oder der Christlichkeit. Die einen zeichnen die Gefahren ungerechtfertigt groß, andere geben sich undifferenziert naiv. Eine Handreichung für Eltern, Lehrer und Schüler, herausgegeben von der Zentralstelle Bildung der Deutschen Bischofskonferenz, erklärt auf die Frage „Wer ist nicht gefährdet?“: „Jeder, der die Ansteckungswege kennt und sie meidet.“ Das stimmt. Weiter: „Jeder, der auf Sexualkontakte verzichtet.“ Das stimmt nicht. Denn Pflegekräfte und andere können sich auf anderen Wegen infizieren. Und nochmals heißt es, es sei nicht gefährdet: „Jeder, der in dauerhafter Bindung mit einem festen Partner lebt und für den Treue kein leeres Wort ist.“ Das ist ebenfalls falsch, weil auch ein treuer Mensch durch den infizierten Partner angesteckt werden kann.

Um neben der Hysterie auch Fehler nach Art dieser ungenauen Antworten zu vermeiden, sind unter ethischen Aspekten folgende Problemfelder in den Blick zu nehmen: Die Verantwortung der Gefährdeten, optimales Verhalten der Infizierten und Erkrankten, Ethisches zu den Aufgaben der Medizin, öffentliche Vorsorge, sozialpsychologische Informationen, Vorurteile und Diskriminierung, Sexualethik und Aids-Ethik, und schließlich: Geht Aids die Christen besonders an?

Verantwortung der Gefährdeten

Es ist eine ethische Maxime, daß jeder für die Erhaltung der eigenen Gesundheit und des eigenen Lebens Verantwortung trägt. Das ergibt sich aus individual-

ethischer Sicht. Weil Aids in kurzer Zeit zum Tod führt und Heilmittel vorläufig nicht verfügbar sind, liegt für jeden, der gefährdet ist, eine Vorsorge- und Schutzpflicht für sich selbst von höchster Dringlichkeit vor.

Da die Infektion sich epidemisch ausbreiten kann, ist auch sozialetisch für die gefährdeten Personen und Gruppen zu formulieren: Verhaltet euch im Hinblick auf Aids im Kontakt zu anderen so, wie ihr als besonnene Menschen erwartet, daß sie sich im Kontakt zu euch verhalten: nämlich nicht infizierend.

Es sind also ethisch begründet, letztlich auf der Basis der Goldenen Regel, praktische Empfehlungen zur Vorsorge zu geben in die Lebenszonen, die es nun einmal, realistisch gesehen, als gefährdete gibt: Zunächst der homosexuelle Lebensbereich. Dann aber die Risikozonen von Prostitution, Promiskuität und sexuellen Praktiken, bei denen es Blutkontakte oder Sperma-Blut-Kontakte gibt. Schließlich geht es um die medizinischen und pflegerischen Dienste.

Ethik muß durchgedacht werden bis in diese Prosa-Zonen des Lebens hinein. Niemand sollte sich bei Aids dafür als zu edel halten oder aus Prüderie die Augen verschließen. Besonders deshalb nicht, weil in den gefährdeten Gruppen und bei einzelnen gefährdeten Menschen, auch Ehepartnern, oft erst noch der Sinn für Verantwortung geweckt werden muß.

Optimales Verhalten der Infizierten und Erkrankten

Die im Abendland ethisch anerkannte Goldene Regel lautet in ihrer negativen Form: Füge niemand etwas zu, was du nicht selber sinnvoll wünschen kannst, daß es dir einer zufügt. Daraus folgt sittlich: Vermeide die Weitergabe des Aids-Virus! Infizierte werden dadurch in ihrer ethischen Verantwortung angesprochen. Das gilt aber auch als Vorsichtsregel bei Menschen, bei denen der Verdacht oder eine nur vage Möglichkeitsvermutung auf die Infektion besteht, die ja bislang unausweichlich zur tödlichen Erkrankung führt. Um die Weitergabe des Virus unter allen Umständen zu vermeiden, ist es auch ethische Pflicht des möglicherweise Infizierten, daß er sich der Diagnose stellt, damit er seinen Status klärt. Um diesen Schritt wagen zu können, bedarf er oder sie einer vielfach stärkeren Unterstützung der Öffentlichkeit, als sie bis heute gegeben wird. Daß die Gesellschaft die Anonymität der Tests zu gewährleisten hat und psychosoziale Hilfe bereitstellen muß für Untersuchte, die sich als infiziert erfahren, wird weiter unten noch genauer anzusprechen sein.

Ethisches zu den Aufgaben der Medizin

Wenn über das ärztliche Ethos gehandelt wird, spricht man nur selten von der Pflicht zu aktuellem Wissensstand und zur Fortbildung. Weil die Situation einer

Aids-Epidemie gegeben ist, müßten alle Ärzte einen auf ihre Praxis bezogenen Wissensstand haben über Ansteckungsgefahren, Wirkweisen des Virus und die therapeutischen Möglichkeiten. Der Wissensbedarf ist unterschiedlich bei Chirurgen, Gynäkologen, Internisten, Dermatologen oder Zahnärzten. Bei den skandalösen Abweisungen von HIV-Infizierten, von denen zu hören war, handelt es sich hoffentlich um Einzelfälle, in denen Ärzte ihrer Standespflicht zur eigenen Information nicht nachgekommen waren.

In Hinsicht auf die Patienten haben Ärzte den Auftrag, aufzuklären und zu beraten. Ihre Aufgabe ist es, dem Wissen und der Wachheit aufzuhelfen, wo sie die Möglichkeit sehen, daß Patienten sich in gefährdeter Situation befinden. Besonders sind Frauen anzusprechen, die sich Gedanken um eine mögliche Infektion ihres Partners machen oder machen sollten. Schwangeren hat besondere Aufmerksamkeit zu gelten. Der Arzt sollte im Gespräch abklären, wann ein Test als hilfreiche Klärung vorzuschlagen ist. Vielleicht drängt das Thema Aids zu einer neuen Gesprächskultur in der ärztlichen Konsultation. Dialogische Situationen in einem Klima des Vertrauens sind vom Arzt mit Aufmerksamkeit und Einfühlungsvermögen aufzubauen. Beratung sollte auch in den Gebührenordnungen honoriert werden, damit sie in der unbedingt benötigten Weise geschieht.

Für sich selbst und die Mitarbeiter haben die Ärzte die notwendigen Sicherheitsvorkehrungen, unter Ausschluß von Hysterien, zu treffen. Darüber müßte gesprochen werden zwischen den Patienten einerseits und den ärztlichen und pflegerischen Betreuern andererseits, aber auch ausdrücklich und wiederholt im Team. Nicht erklärte oder nicht verstandene Schutzmaßnahmen verunsichern. Ein zu geringer Sicherheitsstandard ist nicht zu verantworten. Berechtigte oder ungeklärte Sorge vor Infektionen schafft in den Arztpraxen und im Krankenhaus Angst. Angst aber bringt Aggressionen hervor. Beide, Angst und Aggressionen, setzen die rationalen Steuerungen im Team und im Umgang mit Patienten außer Kraft. Dann herrscht Inhumanität. Mündliche Berichte sprechen von erschreckenden Vorgängen etwa in brasilianischen Aids-Stationen.

Geheim vorgenommene Aids-Tests sind ethisch mit dem Selbstbestimmungsrecht des seiner selbst mächtigen Menschen nicht vereinbar. Selbstverständlich sind die Grenzen des Rechts einzuhalten. Ebenso wird man jedem Arzt zugestehen, wenn er mit Bedacht die ihm gegebenen rechtlichen Möglichkeiten ausschöpft. Im persönlichen Verhältnis Arzt-Patient gibt es allerdings oft Situationen, in denen blankes Rechtsdenken die Humanität und das Helfenwollen oder auch das vom Patienten erwünschte Helfensollen des Arztes deformieren würde. Hier sollte er im besten Sinn pädagogisch handeln. In der gegebenen Situation, daß ungleich mehr Männer als Frauen infiziert sind und daß Männer ein aggressiveres, mehr partnerwechselndes Verhalten an den Tag legen, sollten Ärzte als Beistand für Frauen, insbesondere auch Ehefrauen, prophylaktisch denken und ihnen Rat und Tat geben.

Öffentliche Vorsorge

Es gibt zweifellos eine gesellschaftliche Moral. Vielleicht sollte man bei den Debatten im Umfeld von Aids genauer sprechen von Standards im Sozialethos. In ihnen ist gefaßt, was die denkenden und sachlich interessiert diskutierenden Mitmenschen in unserer Kultursituation als das Förderliche für die Humanität und das Zusammenleben werten und was von ihnen als sozial schädlich verurteilt wird. Der kleinste gemeinsame Nenner hinsichtlich des Sexualverhaltens, das bei der HIV-Übertragung entscheidend wird, lautet in unserer gegenwärtigen Gesellschaft: Das Recht auf sexuelles Glück sei jedem zugestanden, solange dadurch anderen Menschen kein Schaden zugefügt wird. Diese Maxime trifft selbstverständlich nicht das christliche Niveau. Auch manchem Nichtchristen ist sie entschieden zu niedrig angesetzt, weil personales Du-Interesse und gar Liebe in diesem Motto des Sozialethos noch nicht angesprochen sind. Es ist damit aber das weithin praktizierte Niveau unserer Bevölkerung formuliert, auf dem alle gemeinsam zu Strategien in bezug auf Aids finden können. Es gilt also in inhaltlicher Auffüllung dieser Glücksmaxime die gesellschaftliche Grundforderung, sein Sexualeben so zu gestalten, daß eine Ausbreitung von Aids nicht befördert wird. Zu diesem Ziel hat die Gesellschaft dreierlei beizutragen: vor allem Vorsorge, bei Erkrankung, Pflege und, wenn einmal möglich, Heilung. Damit befähigt die Gesellschaft den einzelnen, seiner ethischen Sorgepflicht für sich, den Partner und die Sozialgemeinschaft nachzukommen.

Ein erster Aspekt der Vorsorge ist die Information. Von der Gesellschaft sind angemessene Informationsangebote und Beratungsinstitutionen bereitzustellen. Das gehört zur gesundheitspolitischen Verantwortung des Staates. Dabei kann der Staat die christliche, gar die katholische Moral, die soziologisch gesehen eine Sondermoral ist, nicht voraussetzen. Nicht einmal ein Hochethos ist zugrunde zu legen, das auf Ehe und lebenslange Treuebeziehung von nur zwei Partnern zielt. Auch sind die verschiedenen sozialen, kognitiven, emotionalen und rollenverhafteten Standorte der zu Informierenden pädagogisch zu beachten. Schüler, erwachsene „Normalbürger“, Homosexuelle und dann in anderer Weise die Prostituierten, die beruflichen und die drogenabhängig-beschaffenden, sind in ihrem Frage- und Verstehenshorizont verständlich anzusprechen. Die Debatte hat sich entzündet an der Frage, ob Plakate, Filme und Anzeigen für die sichernde Verwendung von Kondomen sprechen sollten oder dürften. Die christdemokratische Bundesgesundheitsministerin sagte als Pädagogin und Staatsfrau: Ja. Die deutschen Bischöfe wiesen das zunächst strikt zurück, klärten dann aber ihre Position: Es solle zumindest zusätzlich zur Gummi-Information eine Nachdenklichkeit über die Möglichkeit der Treue angestoßen werden.

Ein zweiter Aspekt der gesellschaftlichen Vorsorge ist der öffentliche Umgang mit Infizierten oder Infektbedrohten. Es wird gefragt: Soll der Staat möglichst

umfassende Zwangstests anordnen, um die Infizierten herauszufinden, sie zu reglementieren oder auch zu isolieren? Wer dafür plädiert, geht von der Grundkonzeption aus, der Staat müsse die Gesunden vor den Kranken schützen. Ethisch muß gefragt werden, ob dieser Gesichtspunkt gerade angesichts der Aids-Epidemie, die gegenüber anderen Epidemien eine gesonderte Struktur aufweist, so stichhaltig und wichtig ist, daß man daraufhin die Persönlichkeitsrechte von Gesunden, Gefährdeten, Infizierten und Erkrankten in entscheidender Weise einschränken darf. Selbst wenn die Befürworter die Beeinträchtigungen je nach Status differenzieren wollen: Höchst gravierend sind die Einschränkungen. Es sind Zwangstests, namentliche Meldung, Überwachung, Zwangsbehandlung und schließlich Quarantäne- oder Isolierungslager. Ethisch ist zu verlangen, genau die öffentlichen Vorgehensweisen zu ergreifen, welche die Ausbreitung der Infektion am wirksamsten stoppen und dabei zugleich am wenigsten in den neuzeitlich-freiheitlichen Lebensraum der Bürger, und zwar aller Bürger, eingreifen. Man muß gleichzeitig für zwei hohe Güter Sorge tragen, die in Konflikt geraten können: Einerseits die freie Selbstbestimmung und andererseits die öffentliche Epidemieverhinderung. Gefordert ist jetzt möglichst realistisches Abwägen. Das hat zu geschehen unter Führung der hier zuständigen Sozialpsychologie.

Sozialpsychologische Informationen

Die grundlegende Einsicht dazu lautet: Versuche zu totaler Kontrolle und die Drohung mit Isolierung erhöhen die Ansteckungsgefahr. Wenn Kontrolle und Isolierung drohen, werden Gefährdete³, Infizierte und Erkrankte ihren Status möglichst lange verbergen. Sie wollen ihre Interaktionen mit anderen Menschen eben nicht beschränken lassen. Vielmehr haben sie Interesse an Intensivierung. Ihre Lebenserwartung ist sehr kurz geworden. Wenn die Krankheit dann für andere erkennbar ausgebrochen ist, kann die Kranken für von ihnen bewirkte Ansteckung keine juristische Strafe mehr treffen, außer der eines Quarantäneaufenthalts. Der aber ist faktisch bei der dann nötigen stationären Behandlung immer schon gegeben.

Um es deutlich in Sicht auf die Sozialmechanismen herauszustellen: Totale Kontrolle nach dem Ideal des Polizeistaats kann bei Aids nicht gelingen. Infizierte wären nur durch veröffentlichte Tests dingfest zu machen. Die meisten Infektgefährdeten können sich aber Tests entziehen, weil ihre Aktivitäten der polizeilichen oder medizinischen Öffentlichkeit nicht bekannt werden.

Darum ist für die öffentliche Vorsorge der einzige Weg, der ethisch Zustimmung finden kann: Solange keine Heilungsaussichten gegeben sind, sollte man gefährdete Gruppen nicht durch Kontroll- und Reglementierungsmaßnahmen zum sozial gefährlichen Abtauchen bringen. Der Weg zur freiwilligen und an-

onymen Testuntersuchung sollte breit offengehalten werden – bis dahin, daß es Usus wird, daß alle Partnerschafts- und Heiratswilligen sozusagen als gegenseitigen Zutrauensbeweis ohne Pikanterie sich diese Zusicherung der Gesundheit holen. Auf diese Weise würden auch die Tests aus dem Umfeld der Diskriminierung herausgenommen.

Das Entscheidende aber ist, daß man jeden Virusträger glaubhaft und für ihn zum Vorteil zur Kooperation einlädt. Er soll sicher wissen, daß er in jedem Fall soziale Annahme und Anteilnahme finden wird. Er darf nicht um Straf- und Quarantänemaßnahmen fürchten müssen. Er muß vielmehr so etwas wie eine Belohnung für sein sozial erwünschtes Verhalten bekommen. Wenn er die Personen seiner Lebenswelt über seine Infektion informiert, sollte er belobigt werden. Wesentliche Teile der Belobigung müßten sein: soziale Anerkennung, weiter geltende soziale Integration, angemessene Schul- und Arbeitsplatzgarantie, optimale medizinische und soziale Hilfe ohne Diskriminierung sowie bei Bedarf finanzielle Verbesserung der Lebenssituation durch Rente, Kranken- oder Pflegegeld. Beratungs-, Test- und Behandlungsmöglichkeiten sind dazu breiter gefächert und leicht zugänglich anzubieten. Einiges in der Sozialgesetzgebung wird man deshalb neu fassen müssen, offensichtlich im Griff auf öffentliche Mittel, die aus den Steuern aller kommen. Dafür muß ein breiter gesellschaftlicher Konsens vorbereitet werden.

Gegen diese sozialpsychologisch begründeten Vorstellungen werden Einwände erhoben im Namen der Moral: Wir sollen für die, die unmoralisch oder zumindest unkontrolliert gelebt haben, zahlen, gar noch deren Verhalten sozial belohnen? Gegen solche Einwände hilft vielleicht, die implizite Einstellung im Plädoyer für harte Gangarten aufzudecken. Die lautet im Klartext: Wir wollen alle Infizierten und Erkrankten isolieren, um allen Nichtinfizierten die sichere Möglichkeit zu bieten, sich bei beliebigem Sexualverhalten nicht anzustecken.

Ein kühle Beobachtung spricht insgesamt dagegen, sich unter dem Titel der öffentlichen Fürsorge mit harten Gangarten gegen Infizierte zu wenden. Die Beobachtung ist: Von dieser Epidemie wird man ganz und gar nicht überfallen wie von Grippe, Scharlach, Tuberkulose, Pocken oder Malaria. In der Regel wird man vom Aids-Virus nicht heimtückisch angefallen, sondern man holt ihn sich. Es infiziert sich faktisch nur, wer sich sexuell im Gefahrenbereich, der normalerweise bekannt ist, ungeschützt betätigt oder wer die medizinische Sorgfalt fahrlässig außer acht läßt. Die Bedrohung bei arglistiger Täuschung, eventuell auch in der Ehe, ist ein Sonderfall. Am Arbeitsplatz kann man Ansteckung ausschließen.

An den Randzonen öffentlicher Vorsorge, wo Infizierte einfachhin unbekümmert um Ethik die Krankheit weitergeben, wie etwa auf dem Strich, in der Beschaffungsprostitution oder in ähnlichen Lebensräumen, reichen in Deutschland offenbar die Regelungen des Seuchengesetzes⁴.

Vorurteile und Diskriminierungen

Der Leiter des Aids-Programms der Weltgesundheitsorganisation, Jonathan Mann, schlug 1988 in London vor, im gesamten Problem drei einzelne, jedoch miteinander zusammenhängende Epidemien zu unterscheiden: 1. die HIV-Infektion, 2. die Krankheit Aids und 3. die psychische Epidemie, das heißt die sozialen, kulturellen, politischen und ökonomischen Reaktionen. Für die ethischen Überlegungen ist die Aufteilung hilfreich, weil die hier genannte „psychische Epidemie“ gesondert ausgeleuchtet werden kann⁵. Es handelt sich dabei um wahnhaft, hysterieähnliche Massenvorgänge, die sich durch Suggestion und Nachahmung ausbreiten. Sie werden geprägt durch kulturspezifische Anfälligkeiten für irrationale Gehalte. Affekte und Verhalten ganzer Gesellschaftsgruppen geraten in der psychischen Epidemie außerhalb der Kontrolle der rationalen Steuerung. Zur Verdeutlichung seien einige historische Hinweise auf psychische Epidemien gegeben: Die Kinderkreuzzüge um 1200, die Leprosenmordungen aufgrund von Verschwörungserüchten unter Philipp dem Schönen 1341; die Tanzwut nach den Pestepidemien des 14. Jahrhunderts, ein induziertes Irresein, die Wiedertäufer in Münster 1534/35, der Hexenwahn über drei Jahrhunderte als verbürokratisierter Massenwahn, die Klosterepidemien des 16. und 17. Jahrhunderts, Wellen von Rassenwahn und Nationalismen, Antisemitismus, Kulturrevolution, Erweckungsbewegungen und allfällige Sündenbockjagden.

Für die kollektiven Vorurteile und Diskriminierungen, eben die psychischen Epidemien, die sich gegen Aids-Kranke wenden, sind vier bedeutsame Treibsätze auszumachen: einerseits psychische, andererseits soziale, auch ideologische und schließlich religiöse. Psychisch geht es um den Schatten. Man spaltet von sich das seelisch Dunkle ab, verlagert es in den anderen und leistet stellvertretende Bestrafung. Der andere wird verurteilt statt das Negative im Verurteilenden selbst. Weiter ist die Ängstigung der sogenannten „Normalbürger“ durch Homosexuelle und Süchtige treibend. Die Ängste wenden sich in psychischen Mechanismen gegen deren Lustverhalten, deren nichterwachsene psychische Position und deren Einforderung von Hilfe.

Unter sozialem Aspekt ist zu sehen, daß man das Sexualverhalten immer auch durch Sitte, also öffentliche Meinungspolizei, reglementieren will. In dieser Weise galt und gilt mit unterschiedlicher Dringlichkeit: Wer nicht ehelich heterosexuell lebt, wird abgewertet. Infolgedessen nimmt man im Problemfeld Aids nur noch den von der öffentlichen Sitte verpönten Aspekt der Homosexualität wahr. Bei solchen Aburteilungen greifen kollektive Rollenzwänge und nicht, wie man oft glauben machen will, ethische Gedanken. Die Aufschaukelung in der Grobheit des Strafverlangens gegen Aids-Kranke nach den Gesetzen des Biertischs ist weiterhin als Sozialmechanismus zu beachten.

Ideologien treiben dann die psychische Epidemie der Vorurteile an, wenn man

Aids als Strafe oder Rache der Natur ausibt. Da denkt der Bundesbürger wieder magisch. Man sieht das verweichlichende „Paradies der Lüste wieder versperrt“ oder prangert eine „tieferliegende geistige Immunschwäche“⁶ an. Religiöse Vorstellungen schließlich weisen auf einen Rachegott oder seinen Strafengel⁷. Wenn man Menschen mit solch wilden Äußerungen begegnet, befällt einen nicht selten das Gefühl, nicht nur ideologische Sentenzen zu hören, sondern psychotische Vorgänge zu erleben.

Im Namen der Rationalität, der Humanität und damit insgesamt der Ethik ist diesen überbordenden Irrationalitäten, die man zu Recht psychische Epidemien nennen kann, zu wehren. Die Abwehr sollte sich, wo immer nötig, gegen öffentliche Vorgänge und gegen menschengefährdende Rede wenden. Vor allem aber hat sich jeder um Aufarbeitung der genannten gefährlichen Potenzen in sich selbst zu bemühen. Psychische Selbsterhellung muß im Hinblick auf Aids geleistet werden, so beschämend sie auch innerlich sein kann.

Sexualethik und Aids-Ethik

In die Überlegungen um Aids wurden bisher in den öffentlichen Debatten immer sehr schnell die Fragen nach dem ethisch richtigen oder falschen Sexualverhalten eingebracht. Der Vorgang ist psychologisch verständlich wegen der vornehmlich genitalen Weitergabe der Infektion. Was aber am Verlauf der Debatte psychologisch verständlich ist, muß deshalb noch nicht logisch richtig sein. Um die Redlichkeit in der ethischen Argumentation zu gewährleisten, ist grundsätzlich festzuhalten: Das Feld, in dem die wesentlichen Begründungen für ein richtiges Sexualverhalten erstellt werden, hat zunächst mit dem Problembereich Aids nichts zu tun⁸. Das zeigt sich historisch schon daran, daß man auch in der Vergangenheit keine wesentlichen Forderungen der Sexualethik von der möglichen Gefahr durch Geschlechtskrankheiten her begründet hat. Die Frage um den Gesundheitsschutz, heute eben die Frage um Schutz vor Aids, ist eine Anschlußfrage nach abgeschlossener Debatte, was man sexualethisch für richtig hält. Aspekte um Aids sind Fragen der individuellen und sozialen Gesundheitsvorsorge. Sie bringen für die strikte, eigentliche Sexualethik kein neues Argument. Ob man für gelebte Sexualität nur in der lebenslang treuen Einhe ist, warum man gegen sukzessive freie Partnerschaften, gegen Homosexualität, gegen Promiskuität, gegen Prostitution, für oder gegen Kondombenutzung ist, das entscheidet sich schon vor der Aids-Debatte und unabhängig von ihr. Hygiene und Sexualethik sind zweierlei! Um es theoretisch zu sagen: Die Aids-Gefahr bringt weder ein notwendiges noch ein hinreichendes Argument zur Begründung des richtigen Sexualverhaltens.

Wohl zeigt sich rein faktisch: Würden alle Menschen ausnahmslos nach den

Idealen der christlichen, katholischen Sexualethik leben, gäbe es die Gefahr einer Aids-Ausbreitung nicht. Deshalb kann man sich im Blick auf Aids mahnend und erinnernd, allerdings nicht neue sexualethische Begründungen bebringend, an viele Menschen wenden und sagen: „Tu strikt das, was du – etwa als Christ – als Sexualethik richtig erkannt hast!“ Andere werden von Aids gedrängt, noch einmal neu zu überdenken, ob homosexuelle Praktiken oder Promiskuität, Prostitution oder Fixen, in ihrem eigenen Fragefeld betrachtet, sittlich richtig sein können. Die Gesundheitsgefährdung kann eine neue Nachdenklichkeit stiften. Ein Anstoß ist gegeben, aber noch keine neue sexualethische Grundlegung.

Auf diesen Wegen, nämlich medizinische Anstöße aufnehmend, ist unter Katholiken in der letzten Zeit noch einmal nach der ethischen Berechtigung von Kondomen im hetero- und homosexuellen Lebensbereich gefragt worden. Insbesondere wurde die Homosexualität noch einmal debattiert. Päpstliche Reden und römische Schreiben von 1975 und genauer noch 1986 wenden sich gegen Kondome und homosexuelle Praxis in irgendeinem Fall⁹. Allerdings ist neu, daß kirchlich-amtlich festgestellt wird: Es gibt homosexuelle Veranlagung, die keine Schuld darstellt, sondern eine Beeinträchtigung. Um die Praxisfragen läuft trotz der klaren römischen Aussagen unter katholischen Christen eine Kontroverse. Rom sieht Kondombenutzung und gelebte homosexuelle Beziehungen immer als so grundlegende Übel an, daß man sie unter keinem Aspekt sittlich tolerieren könne. Man kann nach diesen Schreiben nicht andere Güter abwägend dagegen einbringen. Die deutschen Bischöfe stimmen in ihrer Königsteiner Erklärung von 1968 der ausnahmslosen Verwerfung von Kondomen in der Ehe nicht zu¹⁰. Amerikanische und französische Bischöfe halten diese Art von Schutz bei gefährdeten und infizierten Homosexuellen für legitim, weil anders der Tod weitergegeben würde. Die Bischöfe nehmen eine Abwägung des kleineren und größeren Übels vor¹¹. In einigen Kirchenpapieren und bei einigen Moraltheologen ist zu lesen: Homosexuelle Handlungen können nicht als subjektive Sünde gewertet werden, wenn sie von personaler Annahme in treuen Partnerverhältnissen geprägt sind¹². So ist die Debatte auf der Ebene der Kardinäle, Bischöfe und Theologen offen, wenn auch Rom, wohin der Katholik mit besonderem Respekt hört, ein Nein gesagt hat. Für das Nein wurde allerdings nie amtlich Irrtumslosigkeit reklamiert.

Geht Aids die Christen besonders an?

Christen sind aufgefordert, gemäß der Praxis und Weisung dessen, nach dem sie sich nennen, ein Verhalten der Liebe praktisch in den Alltag zu bringen und sich für eine allgemein soziale Praxis der Liebe einzusetzen. Dazu abschließend einige Thesen.

1. Christen sollen die Verantwortung der Gefährdeten für sich und andere mit

allen Mitteln und auf allen Wegen zu wecken suchen. Die Gefährdeten sollen sich schützen, wenn auch bei ihnen die spezifisch christlich erwünschten Verhaltensweisen nicht zu erreichen sind.

2. Ebenso sollen Christen die Infizierten und Erkrankten anregen, soziale Verantwortung wahrzunehmen. Sie sollen die anderen schützen. Entscheidend dafür, ob sie es können, wird sein, wieviel nüchterne und sorgende Akzeptanz die Öffentlichkeit den Infizierten anbietet.

3. Forschung und ärztliche Dienste sind finanziell und personell optimal auszustatten, gemessen an der pandemischen Bedrohung.

4. Christen haben öffentliche Vorsorge mitzubetreiben. Für klare Rede und gruppenspezifische Anrede ist zu sorgen. Gegen jede Ausgrenzung muß sich der Christ aus Kalkül und aus Nächstenliebe stemmen.

5. Für die Nächstenliebe im Problemfeld Aids haben Christen sich selbst zu trainieren und die Öffentlichkeit zu immunisieren gegen tumbe Vorurteile und Diskriminierungen.

6. Fragen der Sexualethik sind an ihrem eigenen Platz zu diskutieren. Die Aids-Debatte ist als eigenständige anzugehen – via Süsmuth¹³. Die katholischen Fragen um Kondome und Homosexualität sind als offen zu registrieren.

7. Das Samaritergleichnis (Lk 10, 25–37) verpflichtet heute speziell den Aids-Kranken gegenüber. Deren Wohngemeinschaften sind ohne Ausgrenzungen zu fördern. Die anglo-amerikanische Hospizbewegung ist nach Deutschland zu übersetzen, um für menschliche Integration und Begleitung als Lebenshilfe bis zum Ende Sorge zu tragen¹⁴.

8. Zwei Bibelworte sollen uns Christen wie Positionslichter auf den noch zu gehenden Wegen sein: „Eure Liebe sei ohne Heuchelei!“ (Röm 12, 9) und: „Einer trage des anderen Last, so werdet ihr das Gesetz Christi erfüllen“ (Gal 6, 2).

ANMERKUNGEN

¹ J. Reiter, Aids – Das Virus und die Moral, in dieser Zschr. 205 (1987) 435–453; J. Gründel, AIDS – Anlaß zur Enttabuisierung ethischer Fragestellungen, in: AIDS. Herausforderung an Gesellschaft und Moral, hrsg. v. dems. (Düsseldorf 1987) 80–106; ders., AIDS und die ethische Problematik, in: A. W. v. Eiff, J. Gründel, Von Aids herausgefordert. Medizinisch-ethische Orientierungen (Freiburg 1987) 57–102; Ph. Schmitz, Ethische Literatur zu Aids, in dieser Zschr. 205 (1987) 786–788; H. Windisch, AIDS und die Pastoral, in: Theologie der Gegenwart 31 (1988) 95–101; D. Mieth, Aids – die ethische Exponiertheit der Probleme, in: Der AIDS-Komplex. Dimensionen einer Bedrohung, hrsg. v. E. Burkel (Frankfurt 1988) 408–424.

² Dt. Ärztebl. 86 (1989) C-182–184.

³ H. Kreutz, Sexuelles Verhalten im Umbruch. Eine soziologische Analyse der Entwicklungstendenzen in der Bundesrepublik Deutschland, in: AIDS. Herausforderung (s. Anm. 1) 42–79, bes. 71–77.

⁴ O. Seewald, Rettung durch das Recht? AIDS als juristisches Problem, ebd. 107–128.

⁵ W. Lange-Eichbaum, Genie, Irrsinn und Ruhm (München 1967) 212–215 (Lit.); W. Bitter, Massenwahn in Geschichte und Gegenwart (Stuttgart 1965); W. Korff, Außenseiter. Zur ethischen Beurteilung abweichender Identität, in: ThQ 155 (1975) 3–16; Fanatismus und Rassenwahn, hrsg. v. O. Weinberger u. a. (Graz 1988).

- ⁶ Zitate von G.-K. Kaltenbrunner, in: Rh. Merkur 13. 12. 1987, und J. Gründel, AIDS – Anlaß zur Enttabuisierung 87; der Artikel insgesamt ist gerichtet gegen moralisierende Tabus.
- ⁷ Die Vorstellungen, nur sprachlich dezenter: „Die Frage, ob Aids eine Strafe Gottes ist, kann weder mit einem glatten Nein noch mit einem problemlosen Ja beantwortet werden“ bei J. Piegsa, AIDS – Krankheit und Herausforderung (Köln 1987) 11.
- ⁸ Am deutlichsten bisher dazu D. Mieth, Aids – die ethische Exponiertheit 413–420.
- ⁹ Erklärung der Kongregation für die Glaubenslehre zu einigen Fragen der Sexualethik v. 29. 12. 1975; Schreiben der Kongregation für die Glaubenslehre an die Bischöfe der katholischen Kirche über die Seelsorge für homosexuelle Personen v. 30. 10. 1986, beide hrsg. v. Sekretariat d. Dt. Bischofskonferenz.
- ¹⁰ Wort der deutschen Bischöfe zur seelsorglichen Lage nach dem Erscheinen der Enzyklika „Humanae vitae“, in: Nachkonziliare Dokumentation 14 (Trier 1968) 63–71.
- ¹¹ In: La Croix 11. 1. 1989; HK 43 (1989) 48, 93. Die Evangelische Kirche zeigt sich ganz selbstverständlich für die Güterabwägung entschieden: AIDS. Orientierungen und Wege in der Gefahr. Eine kirchliche Stellungnahme (EKD Texte 24, Juni 1988). Daß von der Dt. Bischofskonferenz noch immer keine Stellungnahme veröffentlicht wurde, ist auch im Blick auf Rom als Selbstlämung apostrophiert worden: HK 42 (1988) 405 f.; Güterabwägung auch in dem als optimal zu wertenden Papier auf Bistumsebene: AIDS. Orientierungsrahmen für das Bistum Trier (1987).
- ¹² Sinn und Gestaltung menschlicher Sexualität. Ein Arbeitspapier der Gemeinsamen Synode der Bistümer in der Bundesrepublik Deutschland, bes. 4.4., in: Gemeinsame Synode, Off. Gesamtausg., Ergänzungsbd. (Freiburg 1977) 176–178; F. Furger, Ethik der Lebensbereiche (Freiburg 1985) 95–99.
- ¹³ R. Süsmuth, AIDS. Wege aus der Angst (Hamburg 1987).
- ¹⁴ S. Stoddard, Die Hospiz-Bewegung. Ein anderer Umgang mit Sterbenden (Freiburg 1988); G. Endrich, Hospiz-Fürsorge, Geborgenheit und menschenwürdiges Sterben, in: Dt. Ärztbl. 86 (1989) C-20 f.