

Gott vertrauen?

Unsere Verantwortung
angesichts HIV
und AIDS



Impressum:

Herausgeber: Evangelisches Missionswerk in Deutschland e.V. (EMW)

Redaktion: Karin Bräuer (EMW)

Autorinnen und Autoren (gemäß der Abfolge der Beiträge):

Ute Hedrich (MÖWE), Dr. Sonja Weinreich (EED), Angelika Veddeler (VEM),
Reinhard Hansen (MEW), Olaf Rehren (EMW), Dr. Sonja Weinreich (EED),
Olaf Rehren (EMW), Andrea Pfeiffer (EMS), Thomas Sandner (VEM)

Layout: Birgit Regge (EMW)

Hamburg, im März 2008



Take
the Lead

Stop AIDS. Keep the Promise.



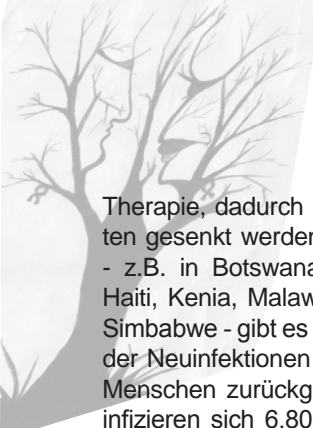
... lautete das Motto des Welt-AIDS-Tages 2007. Die deutsche Auslegung „Gemeinsam gegen AIDS: Wir übernehmen Verantwortung. Für uns selbst und andere“ erweiterte die Botschaft der Vereinten Nationen: Nicht nur Politik, Wirtschaft und Medien, sondern jede und jeder Einzelne trägt Verantwortung für sich selbst und andere. Verantwortung tragen auch die Kirchen. Weltweit geschwisterlich verbunden und tief im jeweiligen Kontext verwurzelt, erreichen sie Menschen in allen Kontinenten und auf allen Ebenen der Gesellschaft.

„Gott vertrauen? – unsere Verantwortung in Zeiten von HIV und AIDS“ lautet der Titel der vorliegenden Arbeitshilfe. Ein Titel, der eine unmittelbare Verbindung zum Motto des Welt-AIDS-Tages 2007 nahe legt, der aber weiter zurückweist und Bezug nimmt auf eine Fachtagung des Evangelischen Missionswerks in Deutschland (EMW) und des Deutschen Instituts für Ärztliche Mission (DifÄM) im Herbst 2005. Seit langem schon übernehmen Kirchen Verantwortung im Kampf gegen HIV und AIDS.

Nicht zuletzt das engagierte Mitwirken der Kirchen in internationalen und nationalen Kampagnen, in der Lobby- und

Advocacyarbeit hat dazu beigetragen, dass die großen Pharmakonzerne die Preise für lebensrettende Medikamente deutlich reduzierten, dass das Thema HIV und AIDS in vielen Ländern wie auch auf der internationalen Agenda auf der politischen Prioritätenliste steht. Beispielhaft ist ihr Engagement in der Behandlung, Begleitung und Pflege von an AIDS erkrankten Menschen. Beispielhaft ist vielerorts auch ihre Aufklärungs- und Bewusstseinsarbeit.

Doch **die Herausforderung bleibt groß**, ein Ende im Kampf gegen AIDS ist nicht abzusehen: Mehr als 90 Prozent aller Menschen weltweit wissen nicht, dass sie infiziert sind und können so das Virus unbeabsichtigt weiter verbreiten. Deutlich wird hierbei, dass dem Thema Prävention, zukünftig große Bedeutung zukommen muss – ein Thema, mit dem sich Kirchen häufig schwer tun. AIDS-Therapie ist lebenserhaltend und lebensrettend für Millionen Menschen weltweit. Doch zu einer Eindämmung der Epidemie braucht es eine rückläufige Zahl von Neuinfektionen. In vielen Ländern konnten in den vergangenen Jahren Fortschritte erzielt werden. Laut UNAIDS-Report vom Dezember 2007 erhielten 2,5 Mio. Menschen in Entwicklungsländern AIDS-



Therapie, dadurch konnten die Todesraten gesenkt werden. In einigen Ländern - z.B. in Botswana, Kamerun, Tschad, Haiti, Kenia, Malawi, Togo, Sambia und Simbabwe - gibt es Trends, dass die Zahl der Neuinfektionen vor allem bei jungen Menschen zurückgehen. Täglich jedoch infizieren sich 6.800 Menschen neu mit dem HI-Virus, täglich sterben 5.700 Menschen an AIDS.

In Afrika südlich der Sahara bleibt AIDS die häufigste Todesursache. In Osteuropa und Zentralasien ist die Zahl der Menschen mit HIV seit dem Jahr 2001 um 150 Prozent gestiegen. Besorgnis erregen müssen in vielen Ländern auch die hohen Infektionszahlen bei Homosexuellen, Sexarbeiterinnen und Sexarbeitern, Menschen, die Drogen gebrauchen, wie auch bei Gefängnisinsassen.

Prävention und Behandlung sind die zwei Seiten einer Medaille – dies hat der mehr als zwei Jahrzehnte währende Einsatz im Kampf gegen HIV und AIDS deutlich gemacht. Deutlich gemacht hat er zudem: Es gibt keinen Königsweg. Jeder Mensch benötigt eine auf ihn zugeschnittene Behandlung und eine Begleitung und Pflege, die die Person in den Mittelpunkt stellt, ihren Alltag und ihre Lebenswirklichkeit berücksichtigt, wie auch ihre menschlichen und spirituellen Bedürfnisse. Ein ganzheitlicher, ein systemischer Ansatz ist unabdingbar.

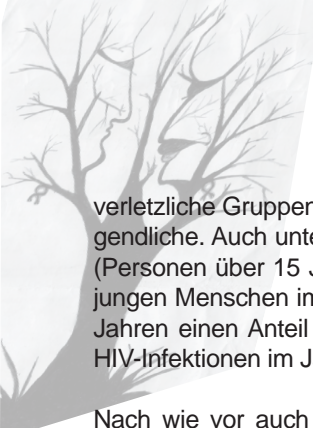
Auch jedes Land, jede Region braucht – um Erfolg zu haben – eine auf die jeweilige soziale, wirtschaftliche, gesellschaftliche Realität zugeschnittene Handlungsstrategie. Die Erfolge in Län-

dern wie Thailand, Botswana oder Brasilien mit ihren kontextuellen Aufklärungs-, Präventions- und Behandlungsangeboten belegen dies eindrücklich.

Gleichwohl: Es gibt allgemein gültige Prämissen. **Leben ist ein Menschenrecht – für alle Menschen weltweit.** Das von den Vereinten Nationen bestätigte Ziel „des universellen Zugangs zu umfassender Prävention, Behandlung, Pflege und Unterstützung“ muss in allen Programmen handlungsleitend sein.

Erreichbar ist dies aber letztlich nur, wenn soziale, politische, ökonomische und kirchliche Strukturen daraufhin überprüft werden, wie sie sich auf Menschen und deren Verhalten auswirken, welche Verhaltensspielräume und Handlungsoptionen sie bieten. Themen wie Armut, ungleiche Chancen auf dem globalen Markt, fehlende Bildungschancen – um nur einige zu nennen – sind keine isolierten Phänomene. Vielmehr sind sie miteinander verwobene, strukturelle Herausforderungen, müssen als solche klar benannt und als Querschnittsthema und -aufgabe in Strategien und Programme integriert werden.

Eine strukturelle Herausforderung ist und bleibt auch die weiterhin bestehende Ungleichheit zwischen den Geschlechtern. Besonders in Afrika sind Frauen und Mädchen viel mehr als Männer von HIV betroffen, sie machen mehr als 60 Prozent aller Infizierten aus. Entscheidend hierfür sind ihre gesellschaftliche, wirtschaftliche und politische Benachteiligung sowie fehlende Selbstbestimmung über ihren Körper. Andere besonders



verletzliche Gruppen sind Kinder und Jugendliche. Auch unter den Erwachsenen (Personen über 15 Jahren) machten die jungen Menschen im Alter von 15 bis 24 Jahren einen Anteil von 40 Prozent der HIV-Infektionen im Jahr 2006 aus.

Nach wie vor auch werden wegen des sexuellen Übertragungsweges des Virus HIV-Positive und an AIDS erkrankte Menschen fast überall auf der Welt stigmatisiert und diskriminiert. Ausgegrenzt werden somit Infizierte und Kranke, die Verwundbarsten und Schwächsten – Menschen, die des Mitgefühls, der Solidarität und der Nächstenliebe am meisten bedürfen.

Doch HIV und AIDS schärft auch unsere Sinne im Umgang mit anderen Menschen und mit uns selbst. **Einstellungsänderungen sind notwendig**, damit sich Vorbeugung, Aufklärung, Behandlung und Hilfe für die Betroffenen an ihren Lebensrealitäten orientieren können. Dies gilt auch gegenüber Menschen gleichgeschlechtlicher Beziehungen – ein Thema, das viele Kirchen nach wie vor tabuisieren.

Seit 1988 wird der Welt-AIDS-Tag jährlich am 1. Dezember begangen – und damit unmittelbar vor Beginn der Adventszeit, der Zeit der Erwartung, der Hoffnung. Stop AIDS. Keep the Promise, Stoppt AIDS. Haltet das Versprechen – lautet das programmatische Motto mit dem UN-AIDS, die AIDS-Organisation der Vereinten Nationen, für die Jahre 2005 bis 2010 rund um den Globus verschiedenste Organisationen aufruft, aktiv zu werden, in ihrem Engagement nicht nachzulassen

oder dieses zu verstärken. Und jedes Jahr im Sommer ruft das *Aktionsbündnis gegen AIDS* zur Nacht der Solidarität auf. **Der Kampf gegen HIV und AIDS braucht langen Atem**, die Bereitschaft zu beharrlichem und andauerndem Engagement.

Ein Wegweiser und eine Richtschnur soll dabei diese Arbeitshilfe sein. Sie schafft einen Rahmen des Verständnisses und der Orientierung für alle Mitgliedswerke und Vereinbarungspartner im Verbund des EMW. Sie lädt zu koordiniertem und entschiedenem Handeln ein, macht dieses transparent, überprüfbar und nachvollziehbar, unterstützt gemeinsame Abstimmung und Kommunikation in notwendigen Bereichen, wie auch Transparenz und Klarheit im Dialog mit den Partnern.

Die Arbeitshilfe ersetzt nicht bereits bestehende HIV- und AIDS-Policies in einzelnen Werken, sie soll diese vielmehr ergänzen. Sie will dazu beitragen, die Umsetzung in die praktische Arbeit zu erleichtern, indem sie Empfehlungen für wesentliche Handlungsfelder ausspricht. Und sie kann als Grundlage dienen, wo eigene Policies noch nicht erarbeitet wurden.

Jede und jeder kann etwas tun, so das eingangs zitierte deutsche Motto des Welt-AIDS-Tages 2007. Doch **nur gemeinsam können wir im Kampf gegen HIV und AIDS** und für das Leben und die Gesundheit der Menschen **etwas erreichen**.

*Karin Bräuer (EMW)
Pädagogik-Referat*

HIV und AIDS – eine Herausforderung für Mission, Theologie und Ethik

Die drei Artikel des Glaubensbekenntnisses
in Zeiten der Pandemie gelesen

Der erste Artikel: Gottes Schöpfung und die menschliche Geschöpflichkeit

Gott – Vater und Mutter, allmächtig, Schöpfer und Schöpferin. Auch in Zeiten von HIV und AIDS gilt es zuerst, von Gott zu reden: von Gottes Schöpfung, Gottes guter Schöpfung, von dem Geschaffen-sein des Menschen, gebildet nach Gottes Bilde und daher als Mann und Frau. Zu der Geschöpflichkeit des Menschen gehört elementar die Beziehungsfähigkeit. Gott hat den Menschen befähigt, sich zu Gott und zueinander zu öffnen, in Beziehung zu treten, zu lieben.

Gottes Bund, Gottes Beziehung zu Gottes Schöpfung, wie in Gen 9 durch den Regenbogen und die Worte zu Noah symbolisiert, wird nicht hilflos durch HIV und AIDS.

Das gesamte Buch Hiob ist gleichsam Antwort auf die Frage, ob HIV und AIDS Krankheiten und Schicksalsschläge, eine von Gott auferlegte Strafe sind. In der Hiobs Geschichte wird der Tun-Ergehens-Zusammenhang durchbrochen. Gott hat nicht Hiob gestraft aufgrund eines Vergehens von seiner Seite, sondern Gott hat Relationen zurechtgerückt. Hiobs Leiden

wurde nicht mit seinem Tun oder Unterlassen verbunden. Im Gegenteil: Die Freunde, die dies behaupteten, wurden kritisiert und letztendlich gestraft.

Krankheiten, Leiden gehören zur Geschöpflichkeit des Menschen dazu. Sie sind aber nicht in einem strafenden, reglementierenden Sinne zu verstehen. Paulinische Theologie – und jedes Reflektieren des zweiten Artikels des Credo – führt dies deutlich aus mit dem Hinweis auf das Leiden und Stöhnen der gesamten Kreatur.

Wie andere lebensbedrohende Krankheiten auch, ist HIV und AIDS damit nicht als Strafe Gottes verstanden. Sondern vielmehr als eine Krankheit, die zur Wirklichkeit in der nach-paradiesischen Welt gehört, die aber zusammengehalten wird mit Gottes Bundeszusage und – neutestamentlich – in der Botschaft von Ostern.

Bereits in den Schöpfungsberichten werden Beziehungen ermöglicht: Welt, Natur, Tier und Menschen werden aufeinander bezogen. Existenz wird durch die Existenz anderer möglich und sinnvoll. Sexualität ist die intensivste Form des aufeinander Bezogeneins: Liebend auf den oder die andere zuzugehen, sich in

und mit dem und der anderen zu erleben, eins zu werden – wie es die Bibel sagt – ist sie immer zugleich verstanden als göttliche Möglichkeit und Gabe.

Kirchen- und Missionsgeschichte zeugen von einer sehr restriktiv angelegten Sexualmoral und -ethik. Von der Lust am Gegenüber, von der Erfahrung von Liebe, die alle Sinne umfasst, wie dies im Hohen Lied beschrieben wird, ist nichts zu sehen oder zu erahnen. Sexualität wurde normiert und durch viele Gesetze, Richtlinien und Kirchengesetze reglementiert. In der Mission wurde das Einhalten der Normen oft zum sichtbaren Maßstab für die Bekehrung zur Christin oder zum Christen. Mit der europäischen Kleidung, mit einem oft stärker an europäisches Denken angegliederten Welt- und Selbstverständnis, wurden Moralvorstellungen und Werte und Normen transportiert, die Teilen des Zeitgeistes der Gesellschaft Europas entsprachen – oft wesentlich durch Erweckung und Pietismus geprägt. Eine Auseinandersetzung mit Kultur und Tradition, und der damit verbundenen Wertschätzung der angetroffenen Lebensweisen und Denkstrukturen geschah nicht immer.

In Zeiten von HIV und AIDS erscheinen gerade diese Auseinandersetzung und das Verstehen von Traditionen, von Erwartungen und jeweiligen Lebensgefühlen relevant zu sein. Was bedeutet es, als Mann und was als Frau in einem bestimmten Kontext zu leben? Dazu gehört selbstverständlich auch der kritische Umgang mit der Ethik der Mission und dem Verständnis von Sexualität im Gespräch mit kontextueller Theologie wie auch im

Kontakt mit Sozialwissenschaften und Anthropologie.

Nur dann kann es zu den entscheidenden Schritten, zur gemeinsamen Entwicklung von sensitiven und nachhaltigen Programmen und Projekten und dem Prozess im Lernen miteinander und voneinander kommen, zu Antwortversuchen auf die neu durch HIV und AIDS gestellten Fragen. Deutlich ist dabei, dass eine stark an Normen orientierte Sexualethik nicht mehr die Anliegen und Zeichen der Zeit wahrnehmen kann. Eine rein situative Ethik im Sinne des US-amerikanischen Wissenschaftlers Joseph Fletcher vermag u.U. nicht kritisch zu hinterfragen. Vielmehr ergibt sich aus der jeweils unterschiedlichen Situation heraus die Notwendigkeit, nach einer jeweils konkret zu verantwortenden Entscheidung bzw. Urteilsfindung.

Ganz im Sinne des 1. Artikels des Glaubensbekenntnisses bietet ein solcher verantwortungsethischer Ansatz der Sexualethik die Chance kritisch, dabei hinsehend zu fragen und Antworten zu suchen, was es angesichts von HIV und AIDS heißt, in Beziehungen zu leben, liebend aufeinander zuzugehen, Liebe und die Fülle des Lebens auch mit HIV zu erleben.

Kritisch muss der Ansatz sein, weil – nicht nur aus feministischer Sicht – gefragt werden muss, welche Beziehungen auch für Frauen das Recht einschließen, Sexualität selbst zu bestimmen. Noch immer ist dies in vielen Ländern der Welt – und gar nicht so selten auch in Deutschland – keine Selbstverständlichkeit. Dabei geht

es sowohl um unterschiedliche Lebensformen, wie auch um die Stärkung von Frauen: Selbst nein und ja zu sagen und nicht mehr abhängig zu sein, sich nicht mehr abhängig zu machen von anderen – vom Mann, Freund, Onkel, Vater, ...

Gleiches gilt für Männer, die Sex mit Männern haben: Auch hier geht es darum, eine verantwortliche Sexualethik zu finden, die nicht verdammt, sondern Liebe und intensive Beziehung fördert und Räume schafft, Homosexualität verantwortlich vor Gott und vor anderen und dem Partner zu leben.

Für Mission, Kirche, Theologie und theologische Ausbildung gilt es, im Kontext des ersten Artikels des Glaubensbekenntnisses kritisch und konsequent vom Verständnis der imago Dei, der Gottes Ebenbildlichkeit, und der Geschöpflichkeit des Menschen auszugehen. Und zwar in allen Bezügen des Lebens, wozu natürlich auch die Sexualität gehört, aber auch Krankheiten. Dabei müssen gerade im interkulturellen und missionarischen Kontext die eigenen Traditionen immer wieder befragt, analysiert und verändert werden.

Beispielhaft seien folgende Themenstellungen erwähnt:

- Was bedeutet Leben in Fülle heute und welche Implikationen – auch politisch und ökonomisch – stellen sich angesichts der weltweiten Pandemie?
- Was bestimmt die Sicht von Menschen: Eine Krankheit oder die Geschöpflichkeit?

- Wie können „konsequent Relikte der zeitbedingten Vorstellung eines strafenden Gottes“ überwunden werden?
- Im Hinblick auf einen veränderten Ansatz in der Sexualethik noch immer aktuell sind die Thesen und Anregungen der Konferenz „HIV und AIDS verändert die Theologie positHIV“, die der Fachkreis Theologie, Ethik und HIV und AIDS“ des *Aktionsbündnis gegen AIDS* im November 2004 in der Evangelischen Akademie in Bad Boll veranstaltete (s.a. Anhang S. 32/33). Dort wurde von Theologie und Kirchen angesichts der weltweiten Pandemie gefordert:

- Sexualität als Geschenk, Gabe und Aufgabe Gottes zu begreifen;
- Frauen und Männern dabei zu helfen, ihre Sexualität gleichberechtigt zu leben und bestimmen zu können;
- Frauen und Männern dabei zu helfen, ihre je eigene Sexualität zur Sprache zu bringen und ihr Ausdruck zu verleihen;
- Frauen in Fragen von Sexualethik ein gleichberechtigtes Mitspracherecht zu geben;
- Sexualethik nicht als Macht- und Kontrollinstrument zu verstehen, sondern Kirchenmitgliedern zu helfen, ihre Sexualität verantwortlich zu leben;
- die historische und kulturelle Bedingtheit von Sexualität und die damit zusammenhängenden Bilder von Mann und Frau kritisch zu hinterfragen.

Der zweite Artikel: Die göttliche Versöhnung und Gottes Menschlichkeit

Angesichts der HIV und AIDS-Pandemie erscheint es sinnvoll, im 2. Artikel des Glaubensbekenntnisses das Gewicht auf Gottes Versöhnung, Gottes Ja zum Menschen ohne unser eigenes Zutun, ohne unser Wollen und Verlangen oder auch ohne alles kritische Für und Wider zu legen. Gottes Versöhnung ist geschehen. So heißt es im 2. Korintherbrief 5,19 *Denn Gott war in Christus und versöhnte die Welt mit sich selber und rechnete ihnen ihre Sünden nicht zu und hat unter uns aufgerichtet das Wort von der Versöhnung.*

Nach dem Theologen Karl Barth ist dies eines der Kernstücke der Versöhnungslehre: Gott schafft Beziehungen, Beziehungsgeflechte, eröffnet neue Perspektiven. Dieser Versöhnung, die allem tagtäglichen Zeitungslesen und allen Prävalenzraten so diametral entgegensteht, dürfen wir trauen.

Was bedeutet dieses Wort der Versöhnung für die Frau, die mit HIV lebt und Angst hat, dass dies am Arbeitsplatz bekannt wird? Was bedeutet es für einen Mann, der aus seiner Familie verbannt ist, weil er mit dem Virus lebt? Gottes Wort der Versöhnung ergeht immer wieder neu, es trifft Menschen in ihrem Kontext – es trifft und will nicht abgelenkt werden, als ob es andere Bereiche des Lebens gäbe.

Gottes Gnade, Gottes Versöhnungshandeln, ist nicht gebunden an Voraussetzungen, an die eigene Lebensgeschich-

te, an Brüche und Stolpersteine, sondern wie Luther selbst in seiner Auslegung des 2. Artikels im Großen Katechismus sagt: „Das sei nun die Summe dieses Artikels, dass das Wortlein ‚Herr‘ aufs einfüchtigste soviel heiße als ein Erlöser, das ist, der uns vom Teufel zu Gott, vom Tod zum Leben, von Sünd zur Gerechtigkeit gebracht hat und dabei erhält.“¹

Diese – wenn auch in etwas älterem Deutsch und nicht inklusiv ausgedrückte – reformatorische Erkenntnis, gilt es zu bestätigen: Sie spricht frei von eigenen Erfahrungen, auch Schuldverstrickungen. Sie macht nicht das Vergangene unsichtbar, aber holt hinaus, wie Luther es sagt, setzt einen neuen, anderen Bereich dagegen.

Gottes Versöhnungshandeln ist eine Chance und eine Anfrage in vielfältiger Hinsicht:

- an all jene, die Menschen mit HIV ausgrenzen, die Bereiche trennen, die Gott selbst wieder verbunden hat. Denn Gottes Versöhnung ist geschehen – dies fordert menschliches Versöhnungshandeln heraus;
- an jene, die sich nicht trauen, ihre eigenen Geschichten von Ängsten und dem schwierigen Umgang mit HIV und AIDS zu erzählen, um miteinander Mut zu gewinnen;
- auch für jene, die es wagen, offen den eigenen Status zu nennen, um Anfeindungen und lästigen Fragen zu trotzen;
- an alle vorschnellen Diskriminierungen und Schuldzuweisungen.

¹ Martin Luther, *Der große Katechismus*, in: BSLK, Göttingen⁸, 1979, 652.

Viele der Erzählungen von Jesus von Nazareth sind konkrete Beispiele für gelebte Versöhnung und Liebe. Neu können so Heilungsgeschichten entdeckt werden. Denn Heilung bedeutet auch: Menschen, die mit HIV leben, anzunehmen und zu lieben. Wenn Gemeinschaft, *Communio*, erlebt werden kann, die nicht abhängig ist vom HIV-Status, sondern Hände gereicht werden, dann geschieht Heilung von Zerbrochenen und Zerrütteten.²

Der zweite Artikel des Credo lenkt den Blick auf Gott, der Mensch geworden ist, er lenkt den Blick auf Gottes Menschlichkeit.

Leiden, Krankheit, Ausweglosigkeit und Einsamkeit sind biblische Erfahrungen: Der leidende Gott ist nah, sympathisch im Sinne von mitfühlend. Gott entzieht sich nicht der Realität von HIV und AIDS. Nicht als billiger Trost, sondern als Leid- und Lebenserfahrung, ist die Hoffnung stärker als Leid und Tod. So stark diese Hoffnung jede Einzelne und jeden Einzelnen trägt, so ist sie zugleich auch Auftrag, das Reich Gottes, die Heilung zu verkünden und dabei zugleich Strukturen, die den Tod bringen, aufzuzeigen und anzugreifen.

Wenn Medikamente, die es gibt, nicht die erhalten, die sie zum Überleben brauchen, weil Patentrechte günstige Produktionen von antiretroviralen Medikamen-

² Ein Gedanke, den der amerikanische Pfarrer und Professor Gary Gunderson sogar so weit führt, dass er ihn mit medizinisch nachweisbaren Ergebnissen verbindet. Ein Mensch aufgenommen in einer tragenden und tragfähigen Gemeinschaft, erlebt Heil und kann so auch heiler leben.

ten (ARVs) verhindern und Abkommen der Welthandelsorganisation (WTO) Einfuhren regulieren, dann ist dies eine der ungerechten, ja tödlichen Strukturen, die deutlich benannt und angegriffen werden müssen.

Jesu ungewöhnliche Schritte, die oft Gesetze und Verbindlichkeiten ad acta legten, mögen beispielhaft sein, für den Einsatz von ARV-Medikamenten wie auch von Medikamenten für opportunistische Infektionen wie z.B. Tuberkulose und bestimmte Krebserkrankungen, die im Zusammenhang mit einer AIDS-Erkrankung auftreten. Medikamente, die Leben erhalten und schaffen können, wo Menschen schon vom Tod gezeichnet sind.

Der zweite Artikel des Credo setzt somit klare Akzente für das Miteinander als Versöhnte in jedem Bereich des persönlichen, kirchlichen wie auch politischen und ökonomischen Lebens und fordert deutliches und sichtbares Handeln heraus.³

Der dritte Artikel: Unsere Kirche, unsere Mission hat AIDS

Gerade in den vergangenen Jahren haben mehr und mehr Kirchenführer wie Bischof

³ Auch hier lässt sich wieder der Bogen spannen zur Frage nach einer angemessenen Ethik. Das Ergebnis wird kein anderes sein, als in der Betrachtung des 1. Artikels: Eine Verantwortungsethik, die stark durch die jeweilige Situation geprägt ist und die – wie der Soziologe Max Weber ausführt – zu einer Ethik des Politischen werden kann und angesichts von HIV und AIDS werden muss.

Zephania Kameeta von der Evangelisch-Lutherischen Kirche in Namibia mahndend und die Kirche in die Pflicht nehmend festgehalten, dass in Zeiten der HIV und AIDS Pandemie das Leiden eines jeden und einer jeden Einzelnen den gesamten Leib Christi, die Gemeinschaft der Gläubigen, leiden lässt. Zugespitzt lautet die Formulierung: „Die Kirche, der Leib Christi, hat AIDS“. HIV und AIDS haben in vielen Kirchen bereits Gemeinden wie auch die Kirche selbst verändert, haben eine neue Sensibilisierung geschaffen.

Im Rahmen des 3. Artikels des Credo geht es aber um mehr als die Veränderung eines Grundwertes der Kirche: HIV und AIDS ist eine tiefe und nicht zu verdrängende ekklesiologische Frage geworden. In vielen Kirchen kann die Thematik nicht mehr abgewehrt werden. Wo aber dies geschieht, gilt es, an den 3. Artikel zu erinnern und die ökumenische Verbundenheit im Leiden, im Ertragen, wie auch im Helfen und im weltweiten Engagement.

Auch für Missionswerke ist kritisch zu fragen, ob AIDS-Policies, die in vielen Partnerkirchen mittlerweile entstanden sind, in das eigene Werk und die jeweiligen Landeskirchen zurückgespiegelt werden: Auch in Deutschland steigt die Zahl der Neuinfektionen seit einigen Jahren wieder im zweistelligen Prozentbereich. HIV und AIDS – und davon können AIDS-Seelsorgerinnen und -Seelsorger intensiv berichten – ist auch ein Thema in Deutschland. Doch nicht allein die deutschen Fakten, sondern vielmehr die weltweite Ökumene, fordern zu einem konsistenten und transparenten Handeln, Reden und Wirken heraus.

Leben in der Gemeinschaft bedeutet zugleich auch immer, sich mehr denn je verschiedenen Lebensformen und Lebensumständen der Kirche Christi auszusetzen, um theologische und kirchliche Antworten und Aktionen zu finden. Dazu bedarf es der intensiven theologischen und ethischen Diskussion, dem Zuhören, Verstehen, Akzeptieren und Re-Agieren über kulturelle, traditionelle und politisch gewachsene Grenzen und Differenzen hinweg.

Dies ist nur dann authentisch, wenn die ganze Vielfalt und der Reichtum der Kirche Christi einbezogen werden. Konkret bedeutet dies: auf Geschlechtergerechtigkeit zu achten, auch auf den Proporz, Jugendliche in Diskussionen einzubeziehen, ebenso Laiinnen und Laien sowie Menschen unterschiedlicher Schichten und Prägungen. HIV- und AIDS-Programme sind oft erst dann ein Erfolg, wenn ihre Planung partizipativ verläuft. Gottes Geist ist nicht gebunden an Kirchenverfassungen und Programmwartungen von Seiten der Missionswerke.

Im Vertrauen auf diesen verändernden Geist Gottes können und sollen nachfolgend einige nötige Schritte angestoßen werden. Einige Beispiele seien exemplarisch genannt:

- nicht nur die erklärte, sondern auch die praktische Bereitschaft zeigen, aus dem Süden zu lernen;
- HIV und AIDS verändert die Theologie positHIV – d.h. dass HIV und AIDS breit in die theologischen Diskurse und Begegnungen einzubringen bzw. weiterzuführen sind,

auch und nicht zuletzt dort, wo dies bereits begonnen wurde;

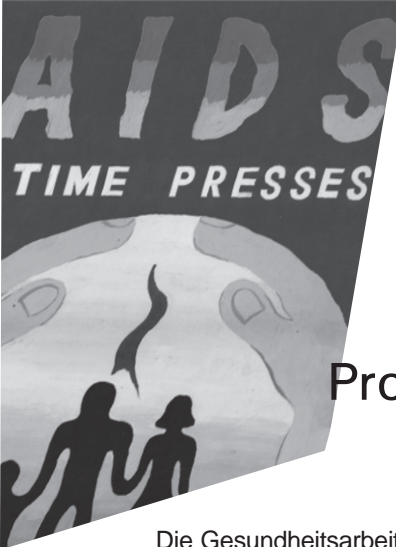
- HIV- und AIDS-Curricula entwickeln und implementieren für Theologiestudierende, für Ausbildungsgänge im sozialen und medizinischem Bereich, für den Bildungssektor;
- Ausbildungs- und Weiterbildungsangebote bereitstellen für die seelsorgerliche Praxis angesichts von HIV und AIDS;
- Material und Hilfestellungen für zielgruppenspezifische Analysen (Frauen, Kinder, Migrantinnen, ...) zur Verfügung stellen;
- Frauen verstärkt auffordern und sie durch adäquate Maßnahmen befähigen, AIDS-Programme leiten zu können;
- die Mitschuld der Kirchen „dort zu erkennen, wo sie durch ihre Praxis dazu beigetragen haben, dass ungerechte Strukturen nicht beseitigt und so die Ausbreitung von AIDS nicht eingedämmt wurden“⁴;
- kritisch die eigene Kirchen- und Missionsgeschichte überprüfen;
- keine Ängste vor Auseinandersetzungen auch im kirchlichem Rahmen haben;
- in den zivilgesellschaftlichen, politischen und ökonomischen Sektor hinein die Ergebnisse und Erfahrungen der kirchlichen HIV und AIDS-Arbeit einbringen, um Koalitionen zu gewinnen – auch wenn diese manchmal für Kirchen ungewöhnlich sein mögen.

„Wenn eine leidet, dann leiden alle mit“: Wenn alle beginnen, die Relevanz von HIV und AIDS auch in den Kirchen und Werken wahrzunehmen, wenn die Geschichten wie die Schicksale Einzelner gehört und gesehen und nicht durch Zahlen und Raten verdeckt werden, dann sind die ersten Schritte getan.

Der 3. Artikel des Credo beschreibt nicht in erster Linie die Aufgaben und Nöte der Kirche. Vielmehr hält er eine Zusage fest, die Hoffnung schafft und Zuversicht: Die Zuversicht, dass die Kirche nicht allein gelassen wird; dass Gottes Geist auch diesen Weg in Zeiten von HIV und AIDS mit uns gehen wird; die Gewissheit, dass der Geist der Ökumene und auch der Mission immer wieder begeistert und zu bereichernden Begegnungen führt – auch und gerade durch und mit Menschen, die mit HIV leben, die an AIDS erkrankt sind, die in der HIV- und AIDS-Arbeit stehen.

So gilt es positiv in Kirche, in Werken, in Gemeinden und dem weltweiten ökumenischen Miteinander die je eigenen Beiträge und Initiativen – kurz gesagt – die Herausforderungen durch HIV und AIDS anzunehmen. Gleichzeitig gilt es, die Geschöpflichkeit des Menschen, Gottes Versöhnung, aber auch Menschlichkeit und Leidensfähigkeit wahrzunehmen und weiterzuführen in Gottes Geist, in der aktiven Teilnahme aller. Dann eröffnet nicht nur das Credo, sondern das gesamte Leben und Denken der Kirche und der Mission angesichts von HIV und AIDS neue Einsichten und Handlungsmöglichkeiten – kontextuell bezogen, inklusiv und manchmal sicherlich auch provokativ.

⁴ Resolution von Bad Boll, 2004



Projekt- und Programmarbeit

Die Gesundheitsarbeit in den Partnerländern steht vor großen Herausforderungen: Nach häufig sehr ambitionierten staatlichen Programmen, die sich teilweise auch in Konkurrenz zu kirchlichen Projekten und Programmen entwickelten, ist heute ein zunehmender Rückzug staatlichen Engagements spürbar, ohne dass dies von den kirchlichen und den Programmen der konfessionellen Entwicklungsdienste aufgefangen werden könnte. Ein gewisser Fatalismus greift Raum: Aufgaben werden als kaum mehr leistbar empfunden, Dauer- bzw. Langzeitförderungen, etwa im personellen Bereich, als Sackgasse und die Abwanderung einheimischen Personals nach Ausbildung in einkommensstärkere Regionen und Länder als frustrierend.

In diesem diffizilen Setup erscheint die Wiederbelebung einer „Vision für Gesundheit“ dringend geboten, um auch und vor allem eine intensivere Auseinandersetzung mit dem Thema HIV und AIDS zu ermöglichen. Unter einer Neubearbeitung der Perspektive sind dabei folgende Ziele anzustreben:

- universeller Zugang zu zielgruppenadäquater Prävention;

- universeller Zugang zu Behandlung und Pflege im Krankheitsfall;
- stärkere Fokussierung von Randgruppen wie z.B. Waisen und Senioren.

Dabei sollten sich die kirchlichen Partnerschaften auf einen besonderen Wert besinnen, der für eine erfolgreiche Gesundheitsarbeit in den Partnerländern als Erfolgsfaktor anzusehen ist: der Gemeinde bezogene Ansatz von partnerschaftlichen Förderungen und Maßnahmen. Erst mit diesem „bottom up“-Blick werden sich stabile Gesundheitssysteme auf Dauer halten können. Die kirchlichen Aktivitäten belegen dies gegenüber den z. T. untauglichen staatlichen Versuchen, Systeme „top down“ zu installieren und zu etablieren. Diese Kritik soll indes nicht die gute und erfolgreiche Zusammenarbeit zwischen staatlichen und kirchlichen Stellen in einigen Partnerländern schmälern, bei der beide Partner die Vorteile des jeweils anderen – etwa Zugangs- oder Förderungsmöglichkeiten – nutzen können.

Wenn von der Wiederbelebung einer „Vision für Gesundheit“ die Rede ist, muss betrachtet werden, wie dies operativ ge-

lingen kann. Folgende Schlagworte drängen sich dabei auf:

- Fortsetzung der Fortbildung einheimischer Kräfte („human resource development“);
- Stärkung von Kooperationen, auch mit dem nicht-kirchlichen Bereich;
- stärkere Vernetzung der Aktivitäten in Deutschland und vor allem auch im Partnerland;
- Arbeit auch mit den und für die „Randgruppen“ ohne nennenswerte Lobby, etwa Waisen und Seniorinnen und Senioren;
- Entwicklung bzw. Stärkung von Curricula zu HIV und AIDS im

Rahmen der theologischen Ausbildung;

- Förderung der operationellen Forschung;
- verstärkte Akquisition von Drittmitteln.

Mit dem Ziel höchstmöglicher Reputation auf der jeweiligen Ebene in Bezug auf den gesundheitsfördernden und -bewahrenden Aspekt sollte dabei ein ganzheitlicher Ansatz betont werden: Eine Vision für Gesundheit ist untrennbar verknüpft mit den Begriffen Geschlechtergerechtigkeit, Armutsbekämpfung, Ernährungssicherheit, Bildung, Friedensarbeit, Ökologie und Menschenrechten.

Gebet zum Welt-AIDS-Tag 2007

*Gott, du hast keinen anderen Körper als unseren,
du hast keine anderen Hände als unsere,
deine Füße sind unsere Füße,
und durch unsere Augen schaust du mit deinem
Mitgefühl auf die Welt.*

*Es sind unsere Füße, auf denen du gehst
und Gutes tust.*

Mit unseren Händen segnest du jetzt.


*Gott, hier ist unser Körper, unser ganzes Leben.
Wir wollen Verantwortliche sein, deren Körper und
Glieder dir gehören,
sodass das Versprechen eines Lebens im Überfluss
für unsere Schwestern und Brüder,
die mit HIV und AIDS leben oder davon betroffen sind,
Wirklichkeit wird.*

Amen



Der Dialog mit den Partnern zum Thema HIV und AIDS

1. Missionswerke verstehen sich nicht in erster Linie als *funding agencies*, als Geldgeber, sondern sehen ihre Partner miteinander verbunden als Gemeinschaften von Kirchen. Dies gilt nicht nur für die bereits auch strukturell existierenden Gemeinschaften von Kirchen im EMW-Verband wie EMS, VEM, mission21, NM u.a., sondern generell. Daher ist ein „Partnerdialog“ zwischen zwei unterschiedlichen Polen nicht die wirklich gedachte Kommunikationsform. Missionswerke sehen sich vielmehr in einem Gespräch unter Geschwistern, die vor einem gemeinsamen Problem stehen.
2. Es ist daher wichtig, dass die AIDS-Arbeit eines Missionswerkes als gemeinsame Arbeit aller in dem Werk verbundenen Kirchen verstanden wird. Grundlagen für diese Arbeit müssen gemeinsam erarbeitet, ggf. ein gemeinsamer Kriterienkatalog entwickelt werden. Auch kann eine Policy nur in einem gemeinsamen Prozess entwickelt werden, an dem alle Partner aktiv beteiligt sind.
3. Gleichzeitig sollen Partnerkirchen sich darin unterstützen, eigene Policy-Prozesse zu initiieren und die gemeinsam erarbeitete Policy kontextbezogen zu implementieren – dies sowohl auf der Nord-Süd-Ebene (Stichworte: Capacity-Building, Empowerment, Finanzmittel) als auch auf der Süd-Nord-Ebene (Stichwort: AIDS geht uns alle an, ein Leib – mehrere Glieder)
4. Ist eine Policy erarbeitet worden, muss sie allen Partnern zur Verfügung stehen. Die in ihr enthaltenen Kriterien zur Förderung von AIDS-Programmen in den Kirchen müssen transparent sein.
5. Eine AIDS-Policy kann kein ehernes Gesetz sein. Missionswerke und ihre Partner müssen ihre Arbeit daher in regelmäßigen Abständen überprüfen und reflektieren und ggf. die gemeinsamen Arbeitsgrundlagen neu formulieren oder ergänzen.
6. Das Planen, die Begleitung und das Evaluieren von AIDS-Program-



men sind sehr wichtig. Für AIDS-Programme werden langfristig enorme Mittel benötigt, die nicht aus anderen Arbeitszweigen abgezogen werden dürfen. Vielmehr müssen sie zusätzlich zur Verfügung gestellt werden. Dass Kirchen und Missionswerke sich hier als verlässliche und ehrliche Partner zeigen, ist unerlässlich.

7. In jeder Kommunikation muss berücksichtigt werden, dass HIV und AIDS sehr sensible Themen berührt, die nicht einfach offen anzusprechen sind. In dieser Sensibilität liegen besondere Chancen des Zusammenwachsens, aber auch Gefahren. Es kann Kirchen einander wirklich näher bringen und befreiend wirken, wenn ein aufrichtiger Dialog zustande kommt. Allerdings kann auch ein „Scheindialog“ entstehen, in dem die vermuteten Kriterien des Dialogpartners vorausgehend formuliert werden, ohne dass ein wirklicher Austausch entsteht. Solche Scheindialoge entzündeten sich manchmal z.B. an der Frage nach Kondomen oder am Thema der Verbindung von AIDS und Gewalt gegen Frauen. Am Ende eines solchen Scheindialogs steht eine vordergründige Einigkeit in

der Sache, während in Wirklichkeit ein Austausch über kontroverse Fragen gerade nicht stattgefunden hat.

8. Für die Kommunikation über HIV und AIDS ist es entscheidend wichtig, dass die verschiedenen Gruppen innerhalb der Kirchen an ihr beteiligt sind. Daher müssen Vertreter und Vertreterinnen z.B. der Frauen, der Jugendlichen und anderer Gruppen aktiv und bewusst mit einbezogen sein.
9. Menschen, die mit HIV oder AIDS leben, müssen in der Kommunikation zum Thema ihren Platz finden. Programme sollen nicht nur für sie, sondern mit ihnen entwickelt werden.
10. Wie unter Punkt 1 erwähnt, sind Missionswerke keine funding agencies, sondern Gemeinschaften von Kirchen. Die theologische Arbeit am Thema spielt daher in ihren gemeinsamen Anstrengungen eine wichtige Rolle. Programme sollten theologische (hermeneutische, religionspädagogische, ...) Elemente enthalten, die den Verkündigungsauftrag der Kirchen berücksichtigen und ernst nehmen.



Personalverantwortung (1)

Nord-Süd

Mitarbeitende

Alle Mitarbeitenden, sowohl in Deutschland als auch in Übersee, sollen eine entsprechende „AIDS-Kompetenz“ entwickeln. Das heißt, sie sollen genügend Informationen und eigene Kompetenz zum Thema HIV und AIDS besitzen, um selbständig mit dem komplexen Themengebiet umgehen zu können. Unerlässlich ist hierbei auch, die eigene Betroffenheit und die eigenen Einstellungen zu reflektieren. Eine Mitarbeiterin oder ein Mitarbeiter sollten als primäre Ansprechperson (Querschnittsperson) benannt werden, bzw. eine informelle Gruppe primärer Ansprechpartner zu allen Belangen, die das Thema betreffen.

Besonderes Augenmerk muss auf den Aspekt der Geschlechtergerechtigkeit gelegt werden. Zu den Hauptkräften der Ausbreitung der Epidemie gehören die ungleichen Verhältnisse und Chancen von Frauen und Männern in Kirche und Gesellschaft, d.h. die Benachteiligung und Unterprivilegierung von Frauen.

Das DIfÄM steht als Fachstelle in allen HIV und AIDS relevanten Bereichen für Beratung zur Verfügung.

Regelmäßige Fortbildungen und Studiantentage, auch für alle nachfolgend genannten Personengruppen, sind für die kompetente Bearbeitung des Themas unerlässlich.

Stipendiatinnen und Stipendiaten sowie ökumenische Mitarbeitende aus den Partnerkirchen

Wir müssen davon ausgehen, dass bei der Durchführung von Stipendien und dem Einsatz von ökumenischen Mitarbeitenden Fälle von HIV-Infektionen auftreten können. Im Rahmen des Auswahlprozesses darf HIV und AIDS nicht als singulärer Komplex gesehen werden. Vielmehr werden Stipendienggeber bzw. Anstellungsträger darauf achten, dass sich der Kandidat bzw. die Kandidatin und seine bzw. ihre Familie vor der endgültigen Zusage eines Stipendiums bzw. Arbeitsvertrages einer gründlichen Gesundheitsuntersuchung in Zusammenarbeit mit einer Ärztin oder einem Arzt vor Ort und dem DIfÄM unterzieht. Das DIfÄM wird eine Empfehlung bezüglich der Gesundheitssituation ab-



geben. Die ärztliche Schweigepflicht ist dabei bindend und gilt universell. Die Behandlung von HIV-infizierten Stipendiatinnen und Stipendiaten bzw. ökumenischen Mitarbeitenden unterliegt der Fürsorgepflicht der Stipendienträger bzw. Anstellungsträger. Daher muss der Zugang zu adäquater Behandlung und Pflege im Falle einer HIV-Erkrankung ermöglicht werden. Die Fürsorgepflicht beinhaltet selbstverständlich auch Erkrankungen, die im Zusammenhang mit HIV und AIDS auftreten. Die hierzu notwendigen Vorkehrungen können, auch wegen des hohen finanziellen Risikos, nicht von einem Missionswerk allein erbracht werden. Zur Absicherung des finanziellen Risikos von HIV und AIDS und anderer chronischer Krankheiten hat das EMW eine Gruppenversicherung für Gäste aus Übersee vermittelt (s.a. S. 28).

Eine eventuell notwendige Behandlung wird unter Beratung des DiFÄM erfolgen, auch um die Frage der Weiterführung der Behandlung nach Rückkehr in das Heimatland zu klären. Der Verantwortungsträger in Deutschland kann keine über die vereinbarte Vertragszeit hinausgehende Verantwortung für eine Therapie übernehmen, da in den meisten Ländern der Partnerkirchen inzwischen therapeutische Möglichkeiten geschaffen worden sind.

Kurzzeit- und Langzeit- Mitarbeitende in Übersee

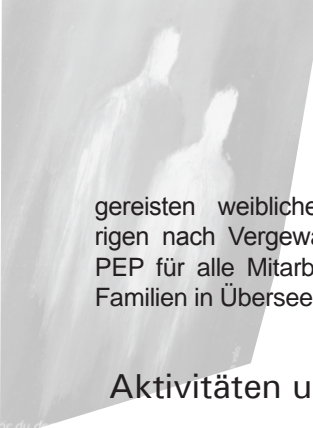
Partnerarbeit und Mission finden durch Austausch und Mitarbeit von

Menschen in konkreten Situationen statt. Kurzzeit- und Langzeit-Mitarbeitende werden vor der Ausreise adäquat über die Situation von HIV und AIDS in ihrem Einsatzland informiert. Kurzzeit-Mitarbeitende ebenso wie Studierende im Austauschprogramm stellen aufgrund ihres Alters und ihrer persönlichen Situation oft eine besonders verletzbare Gruppe dar und müssen vor der Ausreise sehr gut informiert sein, auch das eigene HIV-Infektionsrisiko betreffend.

Die Thematik soll verstärkt in der Begleitung während des Aufenthaltes in Übersee und bei Veranstaltungen für Rückkehrerinnen und Rückkehrer aufgegriffen werden. Ziel ist, dass alle Ausgesandten, nicht nur die im Gesundheitsbereich Tätigen, die notwendige Kompetenz im Umgang mit HIV und AIDS erwerben. Damit können sie in ihrem Bereich aktiv im Rahmen der ihnen zur Verfügung stehenden Möglichkeiten an der Bekämpfung von HIV und AIDS teilnehmen.

Grundsätzlich soll allen entsandten Mitarbeitenden, die ein Infektionsrisiko haben, Postexpositionsprophylaxe (PEP, Medikamente zur Reduzierung der Übertragungswahrscheinlichkeit von HIV nach einer Exposition) zur Verfügung gestellt werden. Das betrifft besonders die Mitarbeitenden im Gesundheitsbereich, die sich über Patientenkontakte infizieren können. In Deutschland ist die PEP schon seit Jahren gängige Praxis (s.a. S. 20-23).

Neu hinzugekommen ist die Indikation PEP für alle Mitarbeiterinnen und Mitaus-



gereisten weiblichen Familienangehörigen nach Vergewaltigung. Ziel ist es, PEP für alle Mitarbeitenden und deren Familien in Übersee bereitzustellen.

Aktivitäten und Strategien

- Aufbau der notwendigen internen Kompetenz für HIV und AIDS, (Basis-Wissen zu HIV und AIDS, Reflexion eigener Betroffenheit und Einstellungen, wie z.B. zu Diskriminierung und Stigmatisierung, Sexualität, Tod, etc.;
- regelmäßige Fortbildung zu HIV und AIDS (mit DiFÄM, u. a.);
- HIV und AIDS in die theologische Ausbildung integrieren, auf Seminaren und Versammlungen thematisieren, in alle kirchlichen Programme integrieren, auch Gemeindeentwicklung;
- auf Sensitivität hinsichtlich der Geschlechtergerechtigkeit achten (im eigenen Arbeitskontext, auf Reisen und im Dialog);
- Beratung und Begleitung von Mitarbeitenden, auch Einbringen von berufsspezifischen Themen;
- Ausbildung und Unterstützung der Mitarbeitenden in Übersee (Pfarrerinnen und Pfarrer, Ärztinnen und Ärzte sowie andere Langzeitmitarbeitende vor Ort), sodass sie Kompetenz in Bezug auf HIV und AIDS entwickeln und diese in ihre Kirchen einbringen können;
- Weitergabe von Informationen zu Netzwerken und Ressourcen an Partnerkirchen und untereinander;
- Unterstützung der Partnerkirchen bei der Formulierung und Umsetzung einer eigenen HIV- und AIDS-Policy;
- Projekt- und Programmanträge auf Implikationen in Bezug auf HIV und AIDS untersuchen;
- Evaluierung der Förderpolicies;
- Zusammenarbeit im Verbund des EMW, mit anderen ökumenischen Partnern (Policies, Schwerpunkte) und anderen Kirchen vor Ort;
- Aufstellen eines Notfall- und Aktionsplans im Falle einer Erkrankung einer Besucherin, eines Besuchers aus Übersee mit der Notwendigkeit von Behandlung (Telefonnummer und entsprechende Kontaktperson, Ärztin, Psychologin, Krankenhaus), Abklärung der rechtlichen Verantwortlichkeiten;
- Überprüfung und Anpassung der Module für die Vorbereitung von Langzeit-Ausreisenden;
- Überprüfung und Anpassung der Module für die Vorbereitung von Kurzzeit-Ausreisenden im Rahmen des Freiwilligenprogramms und des Austauschprogramms für Studierende;
- Bei beiden Überarbeitungen: Mehr Gewicht auf das bestehende Risiko einer HIV- Infektion legen;
- Evaluation der Vorbereitungsseminare (Fragebogen, Fragen);
- Bereitstellung von Information zu Counselling während des Aufenthaltes in Übersee;
- Berücksichtigung des Themas in Seminaren für Rückkehrerinnen und Rückkehrer.



HIV Postexpositionsprophylaxe (PEP) – Welche Medikamente, wie und wann?

Welche Medikamente stehen zur Verfügung?

Für eine PEP wird eine Kombination von drei antiretroviralen Medikamenten (ART) in Tablettenform für eine Dauer von 28 Tagen eingenommen. Die Behandlung mit nur zwei oder einem Medikament sollte vermieden werden, da ihre Wirkung geringer ist und es zu Resistenzen kommen kann.

Alternativen

Sollten diese Arzneimittel nicht erhältlich sein, können auch andere Präparate verwendet werden. Allerdings empfehlen wir, die Einnahme von Medikamenten zu vermeiden, die in den entsprechenden Ländern zur Behandlung verwendet werden, wie zum Beispiel Nevirapine oder Efavirenz.

In jedem Fall sollten diese Fragen mit einem Arzt oder einer Ärztin, der oder die entsprechende Erfahrung hat, abgesprochen werden.

Wann sollte ich mit der Einnahme der Medikamente beginnen?

ART zur Postexpositionsprophylaxe wird

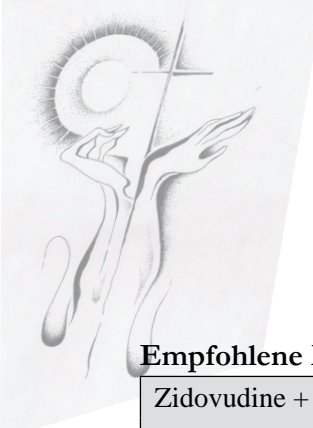
immer so schnell wie möglich begonnen, am besten innerhalb von zwei Stunden, aber nie später als 72 Stunden nach der möglichen Infektion mit dem Virus. Je früher die Einnahme beginnt, desto höher ist die Chance, dass die Medikamente eine HIV-Infektion tatsächlich verhindern können.

Um sicher zu stellen, dass ART rechtzeitig eingenommen wird, sollten alle gefährdeten Mitarbeitenden mit einem Starterpack (Anfangsdosis der erforderlichen antiretroviralen Therapie) ausgerüstet sein. Die ärztliche Beratung und nötigen Tests sollten so bald wie möglich durchgeführt werden.

Sind mehr als 24 Stunden seit der möglichen Infektion vergangen, sollte vor Beginn einer ART, wenn irgend möglich, eine ärztliche Beratung stattfinden.

Was muss ich bei der Einnahme beachten?

Die Medikamente müssen regelmäßig und in der richtigen Dosierung über 28 Tage eingenommen werden. Bei Frauen muss immer eine Schwangerschaft ausgeschlossen werden und während der Einnahme von ART muss eine Schwangerschaft verhütet werden.

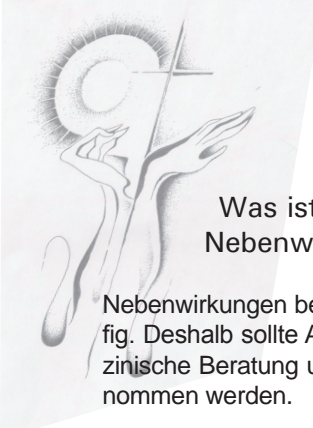


Empfohlene Medikamentenkombinationen:

Zidovudine + Lamivudine oder Combivir® (Zidovudine+Lamivudine)	Plus	Nelfinavir oder Lopinavir/ Ritonavir
---	------	---

Information zu den Präparaten:

Präparat	Dosierung	Einnahme	Häufige Nebenwirkungen
Zidovudine (AZT, ZDV) Retrovir®	300 mg zweimal täglich	mit oder nach dem Essen	Übelkeit, Erbrechen, Bauchschmerzen, Mü- digkeit, Kopfschmerzen und Schlaflosigkeit
Lamivudine (3TC) Epivir®	150 mg zweimal täglich		Kopfschmerzen und Müdigkeit
Combivir® (AZT+3TC)	1 Tbl zwei- mal täglich		wie oben
Nelfinavir Viracept®	5 x 250 mg (5 Tbl) zwei- mal täglich	2 Stunden nach dem Essen	Durchfall, Übelkeit, Erbrechen und Bauchschmerzen
Lopinavir/Rito- navir Kaletra®	400/100 mg (3 Tbl) zwei- mal täglich	mit oder nach dem Essen	Durchfall, Hautaus- schlag, Kopfschmerzen Müdigkeit



Was ist mit den Nebenwirkungen?

Nebenwirkungen bei ART sind sehr häufig. Deshalb sollte ART nicht ohne medizinische Beratung und Betreuung eingenommen werden.

Fast alle verwendeten Medikamente können zu Magen-Darm-Beschwerden, wie Übelkeit, Bauchschmerzen oder Erbrechen, zum Teil mit Durchfall führen. Daneben kommt es oft zu Kopfschmerzen oder genereller Müdigkeit. Diese Symptome bessern sich jedoch oft nach einigen Tagen.

Nelfinavir oder Lopinavir können zu Stoffwechselstörungen führen. Deshalb sind entsprechende Laboruntersuchungen zur Kontrolle nötig. Die häufigsten Nebenwirkungen sind in der Tabelle zusammengefasst.

Wie lange muss ich PEP einnehmen?

Die Medikamente müssen vier Wochen (28 Tage) regelmäßig eingenommen werden.

Welche Untersuchungen sollten während der Einnahme durchgeführt werden?

Neben einer allgemeinen klinischen Untersuchung werden folgende Untersuchungen empfohlen:

- Blutbild: Hämoglobin und Leukozytenzahl
- Leberwerte
- Blutzucker
- Nierenwerte
- HIV-Test zu Beginn, nach 4 Wochen, 3 Monaten und 6 Monaten
- Hepatitis-B- und Hepatitis-C-Test

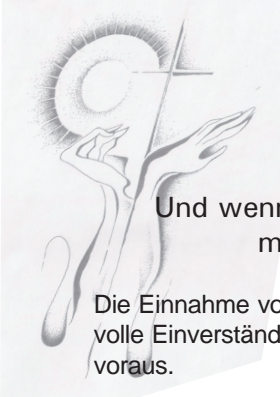
Wie kann man die Medikamente erhalten?

Antiretrovirale Therapie ist heute erschwinglich, allerdings liegen die Preise in Deutschland um ein Vielfaches höher als in manchen wirtschaftlich ärmeren Ländern.

Die Arzneimittelhilfe des DIfAM kann Organisationen behilflich sein, ART in ihrem Einsatzland zu beschaffen, entweder zur Mitnahme oder zur Auslieferung im Einsatzland (petersen.amh@difaem.de). Voraussetzung dafür ist eine fachkundige Beratung mit entsprechender Dokumentation.

Wie müssen die Medikamente gelagert werden?

Die Medikamente müssen trocken gelagert werden. Sie sind vor direkter Sonneneinstrahlung zu schützen. Lopinavir/r (Kaletra®) muss im Kühlschrank aufbewahrt werden. Die Haltbarkeitsdaten sind strikt zu beachten. Im Allgemeinen sind die Medikamente zwei bis drei Jahre haltbar.



Und wenn ich PEP nicht möchte?

Die Einnahme von ART setzt immer das volle Einverständnis des/der Betroffenen voraus.

Warum ist der HIV-Test nötig?

HIV-Tests sind notwendig, weil

- eine kurzzeitige Einnahme von ART bei HIV-positiven Menschen zu Resistenzen führen kann, die eine spätere Therapie erschweren;
- es nötig ist, den Therapieerfolg nachzuweisen;
- es arbeitsrechtliche Konsequenzen haben könnte.

HIV-Tests dürfen nur mit dem Einverständnis der Betroffenen gemacht werden.

Zusammenfassung

- Für eine ART zur Postexpositionsprophylaxe müssen drei verschiedene Arzneistoffe über einen Zeitraum von 28 Tagen eingenommen werden.
- Um Nebenwirkungen zu überwachen, ist eine ärztliche Beratung und Betreuung unabdingbar.
- Keine HIV-PEP ohne HIV-Tests, die aber immer nur nach entsprechender Beratung gemacht werden sollten.

Herausgeber:

© Difaem und Tropenlinik

Paul-Lechler-Krankenhaus 2005

Paul-Lechler-Straße 24

72076 Tübingen

Tel: 0049-(0)7071-206-512

Fax: 0049-(0)7071-206-510

E-Mail: info@difaem.de

Internet: <http://www.difaem.de> und

www.tropenlinik.de



Freiwilligenarbeit

In der evangelischen Kirche nimmt die Freiwilligenarbeit einen immer größeren Raum ein. Diese gilt auch für die Arbeit von Missionswerken und Entwicklungsdiensten. Gründe dafür liegen u.a. in der Attraktivität von Arbeitsangeboten, vor allem in Übersee, aber auch in der Einsicht, stärker als bisher jüngere Zielgruppen anzusprechen und Ihnen die Möglichkeit der Identifikation mit kirchlicher Arbeit in einem Kontext zu bieten, der deutlich von der sonst üblichen Freiwilligenarbeit in der heimatlichen Gemeinde abweicht.

Nicht zuletzt trägt auch der Aspekt des *Ecumenical Leadership Building*, der Nachwuchsförderung in der weltweiten Ökumene, im Zusammenhang mit der zunehmend internationaleren Ausrichtung von Missionswerken zur gesteigerten Attraktivität von Freiwilligendiensten bei. Dass unabhängig von diesen Aspekten der Kurzzeit-Einsatz von Freiwilligen in der partnerschaftlichen Arbeit gelegentlich auch den Charakter einer Personalentsendung auf niedrigerem Level aufweist, soll an dieser Stelle nur erwähnt werden.

Freiwilligenarbeit kann und darf jedoch die Entsendung qualifizierten Personals nicht substituieren, weil die Finanzmittel

für sonst anfallende Personalkosten nicht oder zumindest schwieriger aufgebracht werden können.

In der Freiwilligenarbeit sind die Vorbereitungs- sowie die Betreuungsphase von gesteigerter Bedeutung.

Die Thematisierung von HIV und AIDS, sowie allgemein der Gefahr chronischer Erkrankungen, ist vor allem mit Blick auf die Freiwilligenarbeit in überseeischen Partnerorganisationen defizitär. Aufgrund der gesteigerten Verpflichtung und Verantwortung der entsendenden Organisationen ist hier eine Intensivierung nicht nur wünschenswert, sondern geboten. Dabei sind unterschiedliche Aspekte zu berücksichtigen:

Kontextuell steht die Thematisierung des Zusammentreffens verschiedener Kulturen im Vordergrund. Insbesondere mit Bezug auf gesundheitliche Aspekte sind unterschiedliche Wahrnehmungen, der unterschiedliche Umgang mit Hygiene und Erkrankungsgefahren, aber auch das spirituelle Erleben und die Begründung von und für Krankheiten stärker als bisher zu problematisieren.



Im individuellen Umgang mit der eigenen, aber auch mit der Sexualität der Personen, mit denen man während des Freiwilligendienstes zusammenarbeitet und lebt, ist die eigene Verantwortung zu betonen. Hierzu erscheint es sinnvoll, dass in der Vorbereitungsphase eine geschlechtsspezifische, ggf. in weibliche und männliche Gruppen getrennte Bewusstseinsbildung erfolgt. Ziel muss sein, sowohl auf der Wissens- als auch auf der emotionalen Ebene einen unaufgeregt sachlichen Umgang mit der Thematik zu erreichen, der sowohl Leichtfertigkeit als auch unangemessene Ängste vermeidet.

Das Motto *don't panic*, nicht in Panik verfallen, sollte Leitbild sein. Es erhält die Spannung aufrecht zwischen der notwendigen Bewusstseinsbildung und der Ermutigung zum Einsatz in einem Land mit deutlich erhöhtem Infektionsrisiko und ermöglicht innerhalb dieses Spannungsverhältnisses eine sinnvolle Arbeit.

In die Vorbereitung sind kompetente Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner einzubeziehen. Sie sollten sowohl über die nötige sozialpädagogische als auch medizinisch-fachliche Kompetenz verfügen, um die vorstehend genannten Aspekte transportieren zu können. Das Deutsche Institut für Ärztliche Mission (DifÄM) kann dazu ein Curriculum zur Verfügung stellen (Kontakt: hettler@difaem.de).

Vor Ort gilt es, die Betreuung auch und gerade unter dem Aspekt der Infektionsmöglichkeit mit HIV und AIDS und anderen chronischen Erkrankungen zu qualifizieren. Insbesondere sind hierfür Ansprechpersonen zu identifizieren, die sowohl auf der Wissens-, als auch der emotionalen Ebene diskussionsfähig sind und zum Gespräch offen einladen. Soweit gemeinsame Workshops oder Treffen der Freiwilligen in den Einsatzregionen stattfinden, sollte die Thematik einen angemessenen Raum einnehmen, z.B. in Form des Erfahrungsaustauschs.



Personalverantwortung (2)

Süd-Nord

Die Verantwortung der entsendenden Partnerkirchen soll gestärkt werden. Denn einerseits können auch Menschen mit HIV und AIDS nach ihrer Rückkehr ein normales Leben führen und einen Beitrag zum Leben der entsendenden Organisation leisten. Es ist sogar wünschenswert, dies zu verstärken und dazu beizutragen, dass Menschen, die mit dem HI-Virus infiziert sind, nicht stigmatisiert werden. Andererseits sollte die Partnerkirche immer, und wie in anderen Fällen auch, sorgfältig die Entscheidung abwägen, ob eine Bewerberin oder ein Bewerber geeignet ist für ein Studium. Da sich bei der Rückkehr von Menschen mit einer chronischen Erkrankung im Einzelfall erhebliche Probleme ergeben können, sollte psychologische, soziale oder medizinische Betreuung sichergestellt sein.

Mit der Verfügbarkeit von lebensverlängernder antiretroviraler Therapie kann HIV und AIDS, obwohl es keine Heilung gibt, behandelt werden – wie andere chronische Erkrankungen auch. Es ist jedoch nötig, dass die Diagnose rechtzeitig gestellt wird und dass auch ein gesunder, mit dem HI-Virus infizierter Mensch

regelmäßige medizinische Überwachung erhält. Auf diese Weise kann das Fortschreiten der Erkrankung aufgehalten werden und der rechtzeitige Zeitpunkt für den Beginn mit antiretroviraler Therapie festgestellt werden, sodass schwere Komplikationen mit großer Wahrscheinlichkeit verhindert werden können.

Jeder Gast, jede Stipendiatin und jeder Stipendiat sowie jede ökumenische Mitarbeiterin und jeder ökumenische Mitarbeiter, die länger als sechs Monate in Deutschland bleiben, sollte sich schon im Heimatland einer gründlichen ärztlichen Untersuchung unterziehen, um das Vorliegen von chronischen Erkrankungen festzustellen, einschließlich HIV und AIDS. Dies ist im Interesse der genannten Personengruppen, da nur so eine schon vor der Einreise nach Deutschland bestehende Erkrankung festgestellt werden kann. Gäste und Stipendiatinnen und Stipendiaten können beim Vorliegen einer chronischen Erkrankung bei ihrem Aufenthalt in Deutschland in eine Krisensituation kommen, wenn die Erkrankung nicht bekannt und daher auch nicht behandelt war. Die einladende oder anstellende Organisation bzw. das Stipendienprogramm sollte der Bewerberin, dem Bewerber die Untersuchung dringend



empfehlen bzw. als Voraussetzung für die Einreise fordern. Alle Bewerberinnen und Bewerber sollten ein auf dieser Untersuchung basierendes vertrauliches Gesundheitszeugnis schicken. Dieses wird von der Gast-Organisation einer Vertrauensärztin oder einem Vertrauensarzt vorgelegt, die oder der dann die nötigen Schritte für eine eventuell notwendige medizinische Versorgung einleitet und in Zusammenarbeit mit der Gast-Organisation die weitere medizinische und soziale Betreuung regelt.

Das ärztliche Zeugnis wird nicht dazu benutzt, Bewerberinnen und Bewerber aufgrund ihres Gesundheitsstatus negativ zu selektionieren. Insbesondere ist der alleinige positive HIV-Status kein Grund dafür, Bewerberinnen oder Bewerber abzulehnen. Auf diese Weise wird vielmehr sichergestellt, dass ein Besuch oder Stipendium erfolgreich abgeschlossen werden kann. Für ein ärztliches Zeugnis und Gutachten gilt immer, dass die ärztliche Schweigepflicht gewahrt bleiben muss.

Die medizinische Versorgung der Stipendiatinnen und Stipendiaten wie auch der Gäste wurde bisher meistens über private Krankenversicherungen abgedeckt.

Diese schließen eine Kostenübernahme bei einer chronischen Erkrankung normalerweise aus. Das EMW hat eine Gruppenversicherung für Gäste aus Übersee vermittelt, die auch bereits bestehende chronische Erkrankungen mit übernimmt, einschließlich HIV und AIDS. Das Ziel ist, dass alle Stipendiatinnen und Stipendiaten wie auch Gäste einen umfassenden Krankenversicherungsschutz im Gastland haben und dass die Kosten nicht von den Werken übernommen werden müssen.

Für alle o.g. Personengruppen, die länger als sechs Monate in Deutschland sind, ist eine Gesundheitsuntersuchung erwünscht in einem Institut oder einem Krankenhaus des Vertrauens, z.B. im Paul-Lechler-Krankenhaus, der DIFÄM Tropenklinik. Während des Aufenthalts sollen alle Mitarbeitenden aus den Partnerländern und Stipendiatinnen und Stipendiaten ausreichende und adäquate Informationen zu HIV und AIDS erhalten. Das beinhaltet Wissen über die medizinischen Grundlagen und die Ausbreitung; es sollte aber auch der Bezug zum eigenen Leben und eigenen Handeln hergestellt werden, d.h. eine persönliche Betroffenheit soll erreicht werden.

Krankenversicherung

Anstellungsträger, einladende und gastgebende Organisationen tragen ein unterschiedliches Maß an Verantwortung, sei es aus moralischen oder sittlichen Aspekten oder in Folge rechtlicher Verpflichtung, z.B. aus dem Entwicklungshelfergesetz (EhfG) oder dem Gesetz zur Förderung eines freiwilligen sozialen Jahres (FSJG), vor allem aber auch aus dem Dienst- bzw. Arbeitsvertrag als vertraglicher Nebenpflicht.

Die nachfolgende Empfehlung betrifft in erster Linie ökumenische Mitarbeitende, Stipendiatinnen und Stipendiaten sowie Personen auf Partnerschaftsreisen aus dem Ausland.

Für diesen Personenkreis können seit Anfang des Jahres 2006 Krankenversicherungen abgeschlossen werden, die zwar über dem Durchschnitt der bisherigen Krankenversicherungsprämien liegen, aber neben anderen chronischen Erkrankungen (z.B. Hepatitis C, Diabetes mellitus, Hypertonie) auch HIV-Infektionen und deren Folgen als chronische Erkrankungen betrachten und erstmals versicherbar machen. Auf der Basis von 1.000 zu erreichenden Fällen (Zielvorgabe) ist die Victoria Versicherung (Kontakt über Büro Dr. Walter) bereit,

chronische Erkrankungen ohne Gesundheitsvorprüfung pauschal und geschlechtsunabhängig abzuschließen. Die sonstigen Leistungen entsprechen denen der bisher bekannten Verträge. Diese Versicherungsleistung kann jedoch nur dann dauerhaft geleistet werden, wenn der Versicherung eine ausreichende Zahl von Fällen vorliegen, was derzeit (Ende 2007) bei weitem nicht erreicht ist.

Der Abschluss solcher Krankenversicherungen für Gäste aus dem Ausland wird daher dringend angeraten. Argumente hierfür sind u.a. die Risikoverlagerung auf Dritte sowie die Berechen- und Planbarkeit. Außerdem kann die Abwicklung dort erfolgen, wo sie versicherungstechnisch „hingehört“. Einen Härtefallfonds zur kollektiven Abmilderung von individuellen Kostenexplosionen zu installieren, würde demgegenüber einen sehr hohen Verwaltungsaufwand bedeuten und – im Gegenteil zur Krankenversicherung für ausländische Gäste – die geringe Berechen- und Planbarkeit. Negativ zu betrachten wäre auch die hohe Eigenverantwortung der Einrichtung und der regelmäßige Abgleich von Daten und Zahlungen. Außerdem bestünde bei Unterdeckung Nachschussgefahr.



Partnerschaftsarbeit

Für eine erfolgreiche Bekämpfung von HIV und AIDS ist vielfältiges Engagement und Handeln notwendig, um Verständnis für wie auch die Integration von an HIV und AIDS erkrankten Menschen zu erreichen. Ziele wie „Das Schweigen brechen“ sowie die praktische Unterstützung von an HIV und AIDS erkrankten Menschen können gerade in der partnerschaftlichen Arbeit gewinnbringend umgesetzt werden.

Dabei können – bei aller Verwobenheit – spezifische Dimensionen unterschieden werden:

- die theologisch-ethische
- die anwaltliche
- und die Projektarbeit

Was bedeutet uns HIV und AIDS?

Für den theologisch-ethischen Bereich wird die Bildung von multilateralen „Kompetenzteams“ empfohlen. Dabei ist darauf zu achten, dass sie nicht nur aus Pfarrerinnen und Pfarrern bestehen. Aufgabe der Kompetenzteams ist es, den interkulturellen Dialog zur jeweiligen (theologischen) Bedeutung und Bekämpfung von HIV und AIDS weiter- und zusammenführen. Dabei ist die Auseinanderset-

zung darüber, wie die Unterstützung und „Heilung“ erkrankter Menschen im Sinne einer ganzheitlichen (Re-) Integration im jeweiligen (Gemeinde-) Umfeld aussehen kann und soll, zentrales Anliegen. Gerade im partnerschaftlichen Miteinander können höchst sensible und kulturell verschiedene Themen wie der Umgang mit Sexualität und Schuld in vertraulichen Gesprächen reflektiert werden in der Hoffnung, konkrete Schritte in der HIV und AIDS Prävention und der Begleitung erkrankter Menschen gehen zu können.

Voraussetzung ist eine intensive Aufklärung aller Beteiligten, um einen sensiblen und angemessenen Umgang mit HIV und AIDS und seinen weitreichenden Folgen zu ermöglichen. Dabei ist die Anerkennung der gemeinsamen Betroffenheit Grundlage des Austausches. Dieser Dialog bietet auch die Möglichkeit, der eigenen Ohnmacht und Begrenzung Worte zu geben – zum Beispiel angesichts fehlender Ressourcen, Ignoranz gegenüber der Krankheit, eigener Berührungsängste gegenüber manchen Betroffenen wie z.B. Homosexuellen und Prostituierten, Ablehnung des Kondomgebrauchs. Weitere Bausteine im wechselseitigen Lernen stellen die Produktion und der Austausch von Materialien für die Bewusstseinsbildung in Gottesdiensten und Gemeindegruppen dar, z.B. Predigten, Liturgie, Gebete, Unterrichtseinheiten u.a.m.



Anwaltschaft International

HIV und AIDS fordert gesellschaftliches Umdenken, länderübergreifende Solidarität und Vernetzung. In diesem Sinne engagieren sich die Träger des *Aktionsbündnis gegen AIDS* (Deutschland) bzw. der Ecumenical Advocacy Alliance (International) in der anwaltschaftlichen Arbeit. Unter dem Motto: „Leben ist ein Menschenrecht“ nehmen die Mitglieder dieses Bündnisses stetigen Einfluss auf die verantwortlichen Politikerinnen und Politiker und die Pharmaunternehmen in Nord und Süd. Ihre Lobby- und Advocacy-Arbeit richtet sich darauf, die Verantwortlichen in Politik und Wirtschaft für ein deutlich erhöhtes Engagement im weltweiten Kampf gegen AIDS zu gewinnen.

Die Kampagne dient als unüberhörbares Sprachrohr unseres gemeinsamen Anliegens auf nationaler und internationaler Ebene. Damit stellt die aktive Mitarbeit in dieser Kampagne eine notwendige Ergänzung und Unterstützung unserer Arbeit vor Ort dar. Zudem bietet sie ein Forum für die stärkere Vernetzung mit anderen in der AIDS-Arbeit engagierten Organisationen und Gruppen.

Arbeit vor Ort

Ein offener, selbstkritischer, kompetenter und kultursensibler Austausch über die Bedeutung und den Stellenwert von HIV und AIDS in der jeweiligen Projektarbeit wird diese motivieren und qualifizieren. Positives Beispiel sind Projekte, die von Beginn an miteinander geplant wurden und mit langem Atem HIV und AIDS in den jeweiligen Kontext einbetten und nicht als technisch zu lösendes Problem behandeln.

Neben der Durchführung spezieller HIV und AIDS-Projekte ist es wichtig, HIV und AIDS als eine fortlaufende Querschnittskomponente in allen Projekten und in der gesamten Partnerschaftsarbeit zu verankern (Mainstreaming). Das heißt, Ursachen und Folgen von HIV und AIDS in der Arbeit vor Ort zu analysieren und verantwortliche Personen zu benennen, die alle mit der HIV und AIDS-Problematik verknüpften Themen kontinuierlich beobachten und in Projektplanung und -durchführung einbringen. Denn HIV und AIDS ist ein entwicklungspolitisches Thema, welches eng mit struktureller Gewalt in Form von Armut, Ungerechtigkeit und Geschlechterungerechtigkeit verkettet ist und sich z.B. im Rahmen entsprechender Bildungsveranstaltungen integrieren lässt.



Öffentlichkeitsarbeit

Grundsätzlich gilt, dass die Öffentlichkeitsarbeit Positionen kommuniziert, aber nicht selbst formuliert. Die Öffentlichkeitsarbeit bildet das ab, was wie und warum getan wird, kann aber Ziel- oder Policy-Defizite nicht ausgleichen. Das heißt: Klare Positionierung, auch zu unbequemen Themen, ist unbedingt erwünscht. Nur wo es klare Positionen gibt, kann die Botschaft auch klar „überkommen“.

Bei diesem Grundverständnis gilt: Jede Form der Öffentlichkeitsarbeit zum Thema HIV und AIDS richtet sich an den Policy-Richtlinien der beteiligten Werke und Organisationen aus und spiegelt deren Überzeugungen und Handlungsoptionen wider.

Das heißt auch, das Thema AIDS wird auch für den Bereich Öffentlichkeitsarbeit als Querschnittsaufgabe angesehen. Bei der Beschreibung von Projektarbeit oder von der politischen, wirtschaftlichen, kulturellen und kirchlichen Situation von Partnerländern muss immer auch gefragt werden, welchen Stellenwert AIDS in diesen Zusammenhängen hat.

Beim Thema HIV und AIDS gilt es, wie in anderen Zusammenhängen auch, Netzwerke zu bilden und bestehende Netzwerke zu nutzen. Die gemeinsame HIV und AIDS-Policy bietet hierzu gute Voraussetzungen.

Auf der Grundlage solcher Vernetzung soll auf möglichst breiter Ebene aktions- oder projektbezogene Koopera-

tion gesucht werden. Diese kann von gemeinsamen Aktionswochen bis hin zu gemeinsamen Veröffentlichungen und Materialien reichen. Das EMW verfügt mit dem Beirat Eine Welt/Öffentlichkeitsarbeit und der jährlichen Medientagung Mission über gute Instrumente zur Abstimmung von Kooperationsvorhaben in der Öffentlichkeitsarbeit. Auch die anderen EMW-Koordinierungsgremien in der Programm- und Projektarbeit sowie Personalaustausch, Ökumenisches Lernen, Frauen- und Genderarbeit bieten hier gute Ansatzpunkte.

Bessere Vernetzung kann auch zu sinnvoller Arbeitsteilung führen, was z.B. die Bearbeitung von Teilaspekten oder Ansprache der traditionell sehr heterogenen Zielgruppen der Öffentlichkeitsarbeit angeht. Unerlässlich ist zudem, Informationen über HIV und AIDS kontinuierlich einzuholen, aufzubereiten, zu publizieren und sich auch diesbzgl. mit anderen Institutionen zu vernetzen.

Besondere Herausforderungen sind zum einen die optimale Nutzung langjähriger Partnerschaften für die Verbreitung dieses Themas. Nur wenn die gemeinsame HIV und AIDS-Policy auch über die Multiplikatorinnen und Multiplikatoren in Partnerschaftskreisen kommuniziert wird, ist sie wirklich angekommen. Zum anderen muss der internen Kommunikation in unseren Häusern viel Aufmerksamkeit gelten: Nur wenn wir es schaffen, unsere eigenen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu überzeugen, sind wir wirklich überzeugend.

Gemeinsamer Appell der Tagung „Aids verändert Theologie positHIV“

Bad Boll, 11. - 13. November 2004

Die Tagung war eine gemeinsame Aktion des Fachkreises Ethik, Theologie und Aids im *Aktionsbündnis gegen AIDS* und der Evangelischen Akademie Bad Boll.

Dankbar blicken die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Tagung „Aids verändert Theologie positHIV“, welche vom 11. bis 13. November 2004 vom Fachkreis „Ethik, Theologie und HIV/Aids“ des *Aktionsbündnis gegen AIDS* an der Evangelischen Akademie Bad Boll durchgeführt wurde, auf die Begegnungen, Gespräche und Diskussionen zurück. Unser Dank gebührt Gott, dem Schöpfer und Erhalter allen Lebens, dass wir als Menschen aus Südafrika, Sambia, Namibia, Tansania, Kamerun, Weißrussland, GUS und aus Deutschland diese Tagung gestalten konnten. Zugleich danken wir auch denen, die diese intensiven Begegnungen und Diskussionen ermöglicht und auch finanziell getragen haben: Missio Aa-

chen und Missio München, dem Bischöflichen Hilfswerk Misereor, dem Deutschen Institut für ärztliche Mission, dem Netzwerk Afrika Deutschland, dem Missionsärztlichen Institut Würzburg, der Evangelischen Kirche von Hessen und Nassau, dem Evangelischen Missionswerk Hamburg, der Evangelischen Kirche von Westfalen und dem *Aktionsbündnis gegen AIDS*.

Aufgrund des globalen Charakters der HIV/Aids-Pandemie und unserer zahlreichen ökumenischen Erfahrungen in diesem Kontext, steht für uns fest, dass all dies nur im ökumenischen und weltweiten Dialog bearbeitet werden kann.

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Tagung „Aids verändert Theologie positHIV“, haben während ihrer Abschlussitzung folgenden Appell verfasst:

Wir fordern Theologie und Kirche auf, die Betroffenheit aller Kirchen als einer in ihrer Gesamtheit von HIV/Aids betroffene Gemeinschaft wahrzunehmen und in die gesellschaftliche Diskussion einzubringen.

Vor diesem Hintergrund sehen wir jetzt den Kairos gekommen, dass sich Kirche und Theologie im Angesicht von HIV/Aids positiv verändern.



Im Einzelnen fordern wir Theologie und Kirchen angesichts der weltweiten Pandemie auf:

- ▶ Sexualität als Geschenk, Gabe und Aufgabe Gottes zu begreifen,
- ▶ Frauen und Männern dabei zu helfen, ihre Sexualität gleichberechtigt zu leben und bestimmen zu können,
- ▶ Frauen und Männern dabei zu helfen, ihre je eigene Sexualität zur Sprache zu bringen und ihr Ausdruck zu verleihen,
- ▶ Frauen in Fragen von Sexualethik ein gleichberechtigtes Mitspracherecht zu geben,
- ▶ ihre Sexualethik nicht als Macht- und Kontrollinstrument zu verstehen, sondern ihren Kirchenmitgliedern zu helfen, ihre Sexualität verantwortlich zu leben,
- ▶ die historische und kulturelle Bedingtheit von Sexualität und die damit zusammenhängenden Bilder von Mann und Frau kritisch zu hinterfragen,
- ▶ ihre seelsorgerliche/pastorale Praxis und deren Strukturen kritisch zu hinterfragen, inwieweit diese offen sind für die besonderen Bedürfnisse von Menschen mit HIV/Aids, und ihre Gemeinden als Lebensraum zu gestalten, der auch für Menschen anziehend ist, die mit HIV/Aids leben,
- ▶ kritisch zu hinterfragen, ob im Hinblick auf HIV/Aids in Verkündigung und Seelsorge die Zusage vom lebensbejahenden Gott allzeit und überall deutlich genug gemacht wird,
- ▶ konsequent Relikte der zeitbedingten Vorstellung eines strafenden Gottes zu überwinden,
- ▶ die globale strukturelle Ungerechtigkeit, die Menschen ihrer fundamentalen Rechte beraubt, sowie die Armut aufgrund der ungerechten Verteilung von Ressourcen (mangelnder Zugang zu Bildung, Ernährung und medizinischer Versorgung etc.) zu thematisieren und zu überwinden suchen,
- ▶ ihre Mitschuld dort zu erkennen, wo sie durch ihre Praxis dazu beigetragen haben, dass ungerechte Strukturen nicht beseitigt und so die Ausbreitung von HIV/Aids nicht eingedämmt wurden,
- ▶ ihre Verantwortung für die Überwindung dieser ungerechten Strukturen zu erkennen und Konsequenzen für Theologie und Praxis daraus zu ziehen,
- ▶ sich auch in Deutschland mit der Thematik intensiv zu beschäftigen,
- ▶ in dieser Frage interdisziplinär und ökumenisch zusammenzuarbeiten (z.B. durch GastprofessorInnen, und durch die Einbeziehung von StipendiatInnen),
- ▶ das Thema nicht nur in der theologischen Ethik und Pastoraltheologie aufzugreifen, sondern in allen Bereichen der Theologie zu berücksichtigen und dabei auch den gesamten universitären Kontext mit ein zu beziehen. (Mainstreaming HIV/Aids),
- ▶ dabei auch nach Möglichkeit das Gespräch mit Menschen, die mit HIV und Aids leben, und die weltweite Kooperation zu suchen,
- ▶ das Thema verpflichtend in die Curricula des Theologiestudiums und der kirchlichen Fortbildungsmaßnahmen einzuarbeiten.

Adressliste

Aktionsbündnis gegen AIDS
Kampagnenbüro
Postfach 11307
72003 Tübingen
Tel.: 07071/206-504
Fax: 07071/206-510
E-Mail: info@aids-kampagne.de
Internet: www.aids-kampagne.de

Deutsche AIDS-Hilfe e.V.
Bundesgeschäftsstelle
Wilhelmstraße 138
10963 Berlin
Tel.: 030/69 00 87-0
Fax: 030/69 00 87-42
E-Mail: dah@aidshilfe.de
Internet: www.aidshilfe.de

Deutsches Institut für Ärztliche Mission e.V.
Paul-Lechler-Straße 24
72076 Tübingen
Tel.: 07071/206-512
Fax: 7071/206-510
Email: info@difaem.de
Internet: www.difaem.de/

Missionsärztliches Institut
Salvatorstraße 7
D-97074 Würzburg
Tel.: 0931/804 85-10
Email: hiv.health@medmissio.de
Internet: www.medmissio.de

Ecumenical Advocacy Alliance
150 route de Ferney
P.O. Box 2100
CH-1211 Geneva 2
Switzerland
Tel.: 0041-22-791 6723
Fax: 0041-22-710 2387
Email: info@e-alliance.ch
Internet: www.e-alliance.ch

The Global Fund to Fight
AIDS, Tuberculosis and Malaria
Geneva Secretariat
Chemin de Blandonnet 8
1214 Vernier
Geneva, Switzerland
Tel.: 0041-22-791 17 00
Fax: 0041-22-791 17 01
info@theglobalfund.org
Internet: www.theglobalfund.org

UNAIDS Secretariat
20, Avenue Appia
CH-1211 Geneva 27
Switzerland
Tel.: 0041-22-791 3666
Fax: 0041-22-7914187
Email: RTdata@unaids.org
mainstreaming@unaids.org
Internet: www.unaids.org

Ressourcen zu „Anwaltschaft“ und Kampagnen

Schlüsselinformationen über HIV und AIDS

www.aidsmap.com/de/orgs/ux/default.asp –

Wo finde ich AIDS-Organisationen und Hilfe in meiner Nähe?

www.unaids.org –

Die jährlichen Berichte enthalten die aktuellsten Statistiken.

Weitere Statistiken, Fakten und Informationen zu HIV und AIDS

www.worldaidscampaign.info –

Weltweite-AIDS-Kampagne

www.ungasshiv.org –

Einzelheiten über die UNGASS-Verpflichtungserklärung

www.avert.org –

internationale AIDS Hilfsorganisation

www.theglobalfund.org –

Globaler Fonds zur Bekämpfung von AIDS,

Tuberkulose und Malaria

www.un.org/millenniumgoals –

Informationen über die Millenniums-Entwicklungsziele

www.aidsalliance.org –

Ressourcen für Aktionen zum Thema AIDS in

Gemeinden in Entwicklungsländern;

z.B. „Advocacy in Action“ und „Tools Together Now“

www.leaderstoday.com –

Ressourcen zur Planung von Aktionen mit jungen Menschen

www.pressureworks.org.uk –

Website für junge Leute zu verschiedenen Kampagnen

Zum Bestellen:

„Keep the Promise: HIV and AIDS campaign bulletins and action alerts“

des Globalen Ökumenischen Aktionsbündnisses

(Ecumenical Advocacy Alliance):

www.e-alliance.ch/signup1.jsp

