

Peter Lack

Kirchliche Aids-Arbeit und schwules Engagement

Thematische Schwerpunkte und Versuch einer Neubegründung

DIE J Ü N G S T E Entwicklung (kirchlicher) Aids-Arbeit ist geprägt vom Rückgang der Morbiditäts- und Mortalitätsstatistiken in den industrialisierten Ländern. Währendem im Jahr 1994 in der Schweiz 686 Menschen an Aids starben, waren es im Jahr 2000 noch 43 Personen. Dasselbe gilt für die Aids-Erkrankungen: Im Jahr 1997 wurden 565 Personen als neu an Aids erkrankt gemeldet, im vergangenen Jahr waren es 257 Personen. Diese Veränderung hat mit den neuen, sogenannten antiviralen Medikamenten bzw. der Kombinations-therapie (»Cocktail«) zu tun, bei der verschiedene, komplementär wirkende Substanzen die Ausbreitung des HI-Virus im Körper hemmen und damit auch eine zu grosse Beeinträchtigung des Immunsystems (namentlich dem Rückgang von CD4-Zellen) verhindern. Die Folge ist, dass seit 1996-97 merklich weniger Menschen an Aids erkranken oder sterben.

Kirchliche Aids-Arbeit bedeutete seit ihren Anfängen (in Basel im Jahr 1987) bis etwa 1998 wesentlich Beistand für schwerkranke, jüngere Menschen¹, die meistens in der Auseinandersetzung standen mit dem nahenden Tod. Praktisch hiess das, dass die Arbeit eines Aids-Seelsorgers vor allem aus Sterbebegleitung zu Hause und in meistens spezialisierten Pflegeeinrichtungen wie z.B. dem Basel Lighthouse bestand. Das war in Basel und Zürich so und soweit ich informiert bin, trifft das auch auf die meisten Orte in Deutschland und sonst wo zu, wo es Aids-Pfarrämter oder Aids-Seelsorgestellen gab.

Der Rückgang der Todesfälle hat für die Aids-Pfarrämter mit etwas Verzögerung eingesetzt, denn zum Zeitpunkt der Lancierung der neuen Medikamente waren viele aidskranke Frauen und Männer schon so geschwächt, dass die neuen Medikamente für sie zu spät kamen und sie in der Ära der neuen Medikamen-

1 Ich bin mir bewusst, wie unpräzis es ist, von jungen oder jüngeren Menschen zu sprechen. Bis heute aber scheint mir dies etwas zu sein, was die Aids-Erfahrung so entscheidend geprägt hat: dass nicht betagte, lebenssatte Menschen im hohen Alter starben, sondern Menschen, die in einem Lebensabschnitt standen, der nicht mit dem Tod in Verbindung gebracht wird.

te (trotzdem) starben². Für uns in Basel war diese Veränderung ab 1998 merklich spürbar. Konkret hiess das für die Aids-PfarrerInnen ein deutlicher Rückgang an Bestattungen und weniger häufig Begleitungen von Menschen in der letzten Lebensphase.

Für eine Institution, die in der Öffentlichkeit so stark über die Themen Unheilbare Krankheit und Sterben definiert war, stellte dies auch Fragen an die Existenzberechtigung von Aids-Pfarrerinnen und -Pfarrern. Wenn nun die Krankheit plötzlich nicht mehr tödlich war (immer wieder wurde auch davon gesprochen, dass sie nun »heilbar« sei, was ja nicht stimmt, dies sei hier ausdrücklich festgehalten), wozu braucht es dann noch Aids-PfarrerInnen?

Diese Frage erreichte auch uns Aids-Seelsorger und zuweilen machte sie uns zugegebenermassen zu schaffen. Dabei war es nicht so, dass wir zu diesem Zeitpunkt (oder jetzt) keine Arbeit mehr hätten, vielmehr hat sie sich verlagert. Aber es ist wohl so, dass auch wir selber in der anstrengenden und überwältigenden und auch schrecklichen Zeit des Sterbens unsere Arbeit vor allem im Sterbebeistand sahen und einen Moment lang von den gelegentlich auch angriffig formulierten (An-)Fragen zuerst einmal ratlos dastanden³. Heute kommt es mir vor, wie wenn wir – uns kaum erholt von den vielen schrecklichen Bildern des Aids-Todes – schon gefragt worden wären – und wie jetzt weiter?

Eine neue Ära kirchlicher Aids-Arbeit: Lebens- statt Sterbebegleitung

Wie bereits erwähnt, war und ist es nicht so, dass es keine Arbeit für Aids-Seelsorgerinnen mehr gäbe. Ich will im folgenden eine Auswahl wichtiger Themen anführen, die für HIV-Positive und ihre BegleiterInnen erhalten blieben oder neu aufgetaucht sind.

- 2 Es gab auch gegenteilige Erfahrungen: ich erinnere mich an einen Mann, der Ende 1996 bereits zum zweiten Mal schwer erkrankt war und mit seinem Tod rechnete. Im Januar 1997 erhielt er die neuen Medikamente und innert Tagen setzte eine Besserung ein. Nach ein paar Wochen hatte er zu neuen Kräften gefunden. Es war, wie wenn er »zu neuem Leben auferstand«. Ich brauche bewusst diese Worte in Anlehnung an die biblische Tradition, denn es war ein unglaubliches und überwältigendes Ereignis. Dieser Mann hat sich übrigens in den letzten Jahren so weit erholt und stabilisiert, dass er in diesem Jahr wieder eine Arbeit aufgenommen hat.
- 3 Über die möglichen Motive, die hinter dem Bestreben liegen, die Überflüssigkeit eines Aids-Pfarramtes darzulegen, kann man natürlich nur Vermutungen anstellen. Einige will ich hier äussern: Mir selber kam es vor, als wollten Teile der Bevölkerung und der Kirchen (in diesem Fall nicht die Kirchenleitung) das Thema HIV/Aids vom Tisch und erledigt haben. Meiner Einschätzung nach war (und ist) das Aids-Pfarramt für einen Teil der Kirchenmitglieder störend. Und irgendwie kann ich das sogar verstehen, denn Aids-Arbeit hat die Eigenschaft, immer wieder auf Unangenehmes und Tabuisiertes hinzuweisen. Man spricht über Sex(ualverhalten), über schwule Lebensweisen, über Sexualpraktiken, über Prostitution, über Drogen, über Sexualität bei Jugendlichen, über das Kondom, alles Themen, die intim und tabuisiert sind. Zudem hatte

- Zu Beginn der neuen Ära kamen Frauen und Männer ins Aids-Pfarramt (übrigens dies etwas neues, denn in den Jahren vorher war es schlicht aufgrund der schweren Krankheit meist der Fall, dass wir die Menschen zu Hause oder in Pflegeeinrichtungen besuchten), um über die neuen Fragen und Probleme zu sprechen, die sich neu stellten. Dazu gehör(t)en beispielsweise: Mit der HIV-Therapie beginnen?; Schwierigkeiten im Befolgen der HIV-Therapie (Übelkeit, Durchfall, verminderte Lebensqualität); Therapie weiterführen oder abbrechen?; Was ist, wenn die Therapie nicht mehr wirkt? usw.

- Viele hiv-positive Menschen waren damit konfrontiert, eine grundsätzlich neue Lebensperspektive einnehmen zu müssen, nämlich eine, die nicht mehr auf das Sterben und den Tod ausgerichtet ist, sondern auf das Leben und auf das Leben mit einer (chronischen) Krankheit. Dies kam für die meisten hiv-Positiven Menschen völlig unerwartet!⁴ Viele hatten sich (manche schon mehrfach) auf ihr Sterben, auf ihr Lebensende eingestellt und mit ihrem Leben abgeschlossen. Viele hatten schon Jahre vorher ihre Arbeit krankheitshalber aufgeben müssen und ihr Vermögen aufgebraucht. Ungewohnt waren manchmal auch die Reaktionen von Freunden und Bekannten: Ich erinnere mich an einen Mann, der mir erzählte, wie oft er zu hören bekam, dass er jetzt (dank den Medikamenten) nicht mehr krank sei und deshalb ein »normales« Leben führen könne. Im krassen Gegensatz dazu stand seine eigene Befindlichkeit: er fühlte sich oft krank, schlapp, ohne Energie und ohne Lebenslust, ja sogar depressiv. Immer wieder äusserte er Suizidwünsche und -phantasien in unserer Begleitung.

- Beziehungsfragen sind in der Zeit der neuen Medikamente ein häufiges Thema: wann orientiere ich einen neuen Partner oder eine neue Partnerin über meinen Serostatus? Die Angst, abgelehnt und damit persönlich verletzt zu werden spielt eine wichtige Rolle, genauso wie die Überzeugung, dass ein Partner oder eine Partnerin darüber informiert sein soll. Erving Goffman hat es Stigma-Management genannt⁵, den äusserst anstrengenden Prozess der Informationsregulierung mit einer sozial nicht akzeptierten Form der Abweichung. Diese »Aufgabe« hat mit den neuen Medikamenten sogar noch mehr Gewicht erhalten als

Aids von Anfang an die Eigenschaft das aufzudecken, was bisher verborgen war. Dieses »Aufdeckende« ist aber auch unangenehm.

4 Wenn ich heute zurückdenke, finde ich es verrückt. Ich glaube, niemand hat mit dieser Wende der Aids-Behandlung im Jahr 1996 gerechnet. Ich selber habe 1996 an der Aids-Konferenz in Vancouver teilgenommen. Ich kann mich daran erinnern, dass neue Wirkstoffe vorgestellt wurden, die sehr erfolgversprechend waren. Im Allgemeinen herrschte aber Skepsis, ob die optimistischen Prognosen der Mediziner sich bewahrheiten würden. Ich denke, zu viele hatten noch die Schrecken von AZT in Erinnerung, das ab 1989 eingeführt wurde und kaum Wirksamkeit entfaltete und vor allem schwerste Nebenwirkungen bis hin zu Resistenzen mit sich brachte. Deshalb standen viele (vor allem nicht-medizinische) Aids-Organisationen und HIV-Positive diesen Neuigkeiten skeptisch gegenüber.

5 Goffman, Erving. Stigma: Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität. Frankfurt 1967. Hier S. 116-131.

in den Jahren vorher. In den Jahren vor den neuen Therapien haben viele hiv-positive Menschen ihr soziales Umfeld über ihre Situation orientiert, weil sie annehmen, dass in nicht allzu ferner Zukunft ihr Positiv-Sein (aufgrund einer schweren Erkrankung) nicht mehr geheimzuhalten sei. Weil dank der neuen Medikamente immer weniger hiv-positive Menschen erkranken, besteht dieser »Zwang« nicht mehr und viele HIV-Positive leben mit dem Wissen um ihre Seropositivität allein oder allenfalls gemeinsam mit ihren Partnern. Manchmal sind die Kinder von hiv-positiven Eltern nicht informiert. Der »Kreis der Eingeweihten« ist kleiner und damit die Belastung für diese auch grösser geworden.

- Auch heute noch kann eine hiv-positive Person nicht davon ausgehen, dass sein/ihr Umfeld ohne Angst und verständnisvoll auf die Information einer HIV-Infektion reagiert. Immer noch ist HIV und Aids eine »anstössige Krankheit«, die bei vielen Menschen (auch bei Professionellen!) Fragen nach dem Lebensstil und der Verantwortung oder Schuldhaftigkeit der infizierten Person aufwirft⁶. Diese Fragen in Bezug auf Infektionsweg und Verantwortung sind latent immer da und sind der deutlichste Unterschied zu anderen schweren aber nicht-infektiösen Erkrankungen wie z.B. Krebs, MS usw.

- Weiter kommt erschwerend dazu, dass es im schweizerischen Sozialversicherungsrecht offenkundige Diskriminierungen von hiv-positiven Personen gibt, die es z.B. verhindern, dass eine hiv-positive Person in die Krankentaggelds-Versicherung aufgenommen wird oder bewirken, dass sie bei der Pensionskasse (Alters- und Krankheitsvorsorge) mit Einbussen rechnen muss. Diese Ungerechtigkeiten erschweren hiv-positiven Menschen einen offenen Umgang mit ihrem Serostatus und verstärken die Tendenzen, diesen Freunden gegenüber und am Arbeitsplatz geheimzuhalten. Zusammen mit der gesellschaftlich-moralischen Herabsetzung erschweren diese einen selbstbewussten, bestärkenden und gesundheitsfördernden Umgang mit der eigenen Infektion.

- Last but not least ist zu erwähnen, dass der Segen, der mit den neuen Medikamenten über unsere Länder hereingebrochen ist, 95% der von HIV betroffenen Weltbevölkerung nicht zugute kommt. Die Situation in Ländern des Südens (vor allem im subsaharen Afrika, in Südostasien und in Teilen Lateinamerikas) und auch in Ost-Europa hat sich im Gegenteil verschlimmert, ja sie ist auf dem Weg, in einer totalen Katastrophe zu münden (vor allem in Afrika). Dort sind die neuen Medikamente nicht zugänglich, weil sie zu teuer sind und die ökonomischen, sozialen und medizinischen Bedingungen für eine HIV-Behandlung nicht gegeben sind. Aber selbst die Behandlung opportunistischer Erkrankungen ist in vielen der von HIV am stärksten betroffenen Länder nicht oder nur mangelhaft möglich. In vielen Ländern ist die arme hiv-positive Bevölkerung von medizinischer Betreuung ausgeschlossen⁷ oder die medizinische Betreuung ist

6 Solche Fragen sind z.B.: Wo hat er/sie sich das Virus »geholt«? Ist er schwul? Ist er bisexuell? Hat er/sie häufig wechselnde PartnerInnen? Frequentiert er Prostituierte? Ist sie eine Sex-Touristin? Konsumiert er/sie Drogen?

7 Dies trifft selbst auf das immer wieder als Vorbild zitierte Schwellenland Brasilien zu: Tatsächlich ist es so, dass der »Cocktail« hiv-positiven Personen abgegeben wird. Op-

mangelhaft oder fehlt schlichtweg. An vielen Orten stehen die am stärksten von HIV betroffenen Länder vor einem Aussterben der produktiven Bevölkerung. Viele wirtschaftlich und politisch instabile oder schwache Länder stehen vor Problemen, die sie aus eigenen Kräften nicht bewältigen können.

Gerade der letzte Punkt hat für das Ökumenische Aids-Pfarramt beider Basel, das sich als Teil der weltweiten Kirche versteht (dies trifft für die katholische wie auch für die reformierte Kirche zu!) immer auch daran erinnert, dass die »Entwarnung« (Rückgang der Krankheits- und Sterbefälle) geographisch sehr beschränkt und nur unter grossem therapeutischen Aufwand möglich wurde. Aufgrund persönlicher Kontakte zu Aids-Gruppen in Peru, Brasilien und Südafrika wurde das Thema Nord-Süd-Solidarität in Sachen HIV/Aids ab 1998 ein Arbeitsfeld.

Die Arbeit des Aids-Pfarramtes in dieser neuen Ära

Aufgrund dieser beschränkt aufgeführten Themenkreise will ich einige m.E. wichtige Aufgaben zukünftiger kirchlicher Aids-Arbeit festhalten:

»Das Thema hüten«

Weiterhin braucht es Personen, die in den Kirchen beauftragt sind, das Thema HIV/Aids mit all seinen Implikationen zu »hüten«. Allein schon die Erfahrung, dass in den Kirchen kaum andere Stellen (vielleicht aufgrund des schwierigen Verhältnisses zu Sexualität?) beispielsweise die sozial-ethische Entwicklung in Sachen Aids beobachten⁸ oder spezifisch die Themen Sexualität, Homosexualität, Prostitution immer wieder einbringen, machen die Aids-Pfarrämter zu einer notwendigen Einrichtung. Es gibt im Moment keine sachlichen Anhaltspunkte, die es nahe legen würden, das Thema HIV/Aids gesellschaftlich oder kirchlich »abzuschliessen«. Allein aufgrund der therapeutischen Erfolge der letzten Jahre zu meinen, alle Probleme mit HIV/Aids seien gelöst, verkennt die Situation.

portunistische Infektionen aber können bei armen Personen ohne Krankenversicherung nicht behandelt werden. Dazu kommen regionale Unterschiede. Währenddem die Versorgung in den grossen Zentren wie São Paulo und Rio de Janeiro relativ gut funktioniert, werden in den ärmeren Nordosten und Norden (Amazonas) die HIV-Medikamente oft über längere Zeit nicht geliefert. Solche Unterbrüche sind aber nach heutigem Wissensstand für die HIV-Therapie äusserst schlecht und evtl. sogar bedrohlich (Resistenzentwicklung).

- 8 Seit Beginn von Aids geht es auch um bresante sozial-ethische Fragestellungen, z.B. in den Bereichen Testing und Screening. Der in den ersten Jahren gewonnene Konsens, dass ein Screening (der ganzen Bevölkerung oder von Bevölkerungsteilen) ethisch nicht vertretbar sei, wurde immer wieder in Frage gestellt. So erst kürzlich in der Schweiz, als gefordert wurde, alle Rekruten (Männer, die in den Militärdienst eintreten) auf HIV zu testen. In diesem Dialog braucht es Personen, die in der ethischen Argumentation versiert sind. Dies ist eine Chance der Kirchen und von Theologen und Theologinnen. In diesem Bereich wird den Kirchen immer noch eine spezifische Kompetenz zugesprochen. Es ist sinnvoll und nötig, dass diese heiklen Fragestellungen zu Persönlichkeitschutz-Diskriminierung-Gesundheitsförderung kritisch begleitet werden.

Sexualität, Beziehungen und Lebensformen

Ein offener, vorurteilsfreier Umgang mit Schwulen, Bisexuellen und Lesben haben von Anfang an kirchlicher Aids-Arbeit gehört. Die Auseinandersetzung mit HIV/Aids hat in den Kirchen die Reflexion über schwules Leben eröffnet. Dies hat eine neue Haltung schwulem (und lesbischem) Leben gegenüber ermöglicht, besonders in Kirchen protestantischer Provenienz. Aber selbst in der katholischen Kirche hat (bei den SeelsorgerInnen und bei den Mitgliedern) ein Umdenken beim Thema »Schwules Leben« bewirkt. Dies ist natürlich nicht allein das Verdienst kirchlicher Aids-Arbeit, sondern geht einher mit einem breiteren gesellschaftlichen Prozess⁹. Jedenfalls hat das Nachdenken über schwules Leben überhaupt erst durch Aids Eingang in die Kirchen gefunden. In der Arbeit des Aids-Pfarramtes Basel war über lange Zeit das Reden über Aids kaum zu trennen vom Reden über schwules Leben. Viele Pfarreien und Kirchgemeinden haben dieses Angebot genutzt um mit den Aids-PfarrerInnen über Sexualität, schwules Leben, und später dann auch über Drogenkonsum, Prostitution etc. zu reden. Jetzt ist der Zeitpunkt gekommen, um diese Themen zu entflechten. Schwules Leben ist nicht gleich Aids und Sexualität geht nicht im Thema HIV/Aids auf. Es braucht weiterhin eine kirchliche Sexualarbeit mit Jugendlichen und Erwachsenen. Viele Pfarrerinnen und Pfarrer suchen nach kompetenter seelsorgerisch-theologischer Orientierung, die sich nicht in den Forderungen nach vorehelicher Enthaltbarkeit und monogamer heterosexueller Ehe erschöpft.

Seelsorge und Begleitung von Lesben und Schwulen

Das Aids-Pfarramt war zu Beginn ein Ort, wo schwule Männer seelsorgerische Begleitung erhielten und sicher sein konnten, dass ihre Lebensweise nicht negativ bewertet wird. Für viele (auch hiv-negative) schwule Männer war das Aids-Pfarramt auch ein »schwules Pfarramt«. Nach wie vor kann ein schwuler Mann oder eine lesbische Frau nicht sicher sein, welches Urteil sie trifft, wenn sie einem Seelsorger/einer Seelsorgerin von seinem Schwulsein oder ihrem Lesbischsein erzählt. Viele schwule Männer und lesbische Frauen suchen in ihrer (christlichen) Spiritualität Begleitung. Es muss kirchliche Orte und Personen geben, wohin sich

9 HIV und Aids haben einen neuen Umgang mit dem Thema Sexualität und vor allem mit den tabuisierten Formen der Sexualität gefordert. Dies war für eine erfolgreiche Prävention zentral. Das frühe Engagement von Schwulen wurde in der Gesellschaft wahrgenommen und damit Schwule als Menschen, die soziale Verantwortung übernehmen. Überhaupt wurde das breite Spektrum schwulen Lebens sichtbar. Darunter auch viele mit Biografien, die sich von einem »gewöhnlichen« heterosexuell-bürgerlichen Leben nicht stark unterscheiden. Das grosse Leiden, das zu Beginn vor allem schwule Männer traf, hat bei grossen Teilen der Bevölkerung eine Solidarisierung mit schwulen Männern ausgelöst. Vgl. dazu das Referat von François Wasserfallen »Du militantisme gay au militantisme sida« vom 13.5.2000, gehalten an der Generalversammlung der Aids-Hilfe Schweiz.

lesbische Frauen und schwule Männer wenden können (ohne von HIV betroffen sein zu müssen) und kompetente Beratung und Begleitung erhalten. Dies steht in keinerlei Konkurrenz zu Basisinitiativen wie z.B. HUK oder in Basel die Lesbische und Schwule Basiskirche (LSBK). Durch den kirchlichen Auftrag an einen Seelsorger oder eine Seelsorgerin drücken die Kirchen die Achtung vor Lesben und Schwulen als Teil ihrer Kirchen aus und anerkennen die unheilvolle Geschichte im Umgang mit Homosexualität.

Einzelberatung und -begleitung

Weiterhin aktuell bleibt die eigentliche Aids-Seelsorge, d.h. die seelsorgerische Begleitung von Menschen, die mit HIV oder Aids leben. Seelsorge hat verschiedene Funktionen. Sie funktioniert oft als konkretes Hilfsangebot durch Gespräch. Kirchlich ist sie (wie zu Beginn der Aids-Krise) ein lebendiges Zeichen, dass den Kirchen Menschen mit HIV und Aids und ihre Lebensgeschichten wichtig sind. Aids-Seelsorge ist die kirchliche Präsenz in Lebensbereichen, die gesellschaftlich tabuisiert und kirchlich problematisiert sind (Drogenkonsum, Sexualität, nicht-Monogame Lebensweisen, Homo- und Bisexualität, Prostitution etc.) Theologisch gesprochen ist sie die »Hilfe für den Nächsten«. Sie kann Beratung, finanzielle Hilfe oder auch spirituelle Begleitung umfassen. Speziell letzterem gilt auch besondere Aufmerksamkeit. Wir haben festgestellt, dass es wenige Angebote nur gibt für HIV-Positive, wo sie ihrer eigenen Spiritualität, ihrem Glauben nachgehen können, diesem Raum geben und ihn pflegen können. Viele haben sich von einer traditionellen Gemeinde/Pfarrei distanziert. Die Aids-Pfarrämter haben die Aufgabe und die Möglichkeit, Spiritualität als lebensstärkende Kraft gemeinsam mit Betroffenen diesen Quellen nachzugehen und sie zu erschliessen.

Familien, die von HIV und Aids betroffen sind

In einer besonders schwierigen Lage befinden sich Kinder und Jugendliche, die von HIV oder Aids betroffen sind. Sei es, dass ihre Eltern oder ein Elternteil hiv-positiv sind oder sie selber mit dem HI-Virus leben (und evtl. auch antivirale Medikamente einnehmen), sie sind mit einer ausserordentlichen Belastung konfrontiert. Oft werden sie unter grossem Druck zum Befolgen der Therapie angehalten. Eltern haben oft Schuldgefühle und wollen (verständlicherweise) um jeden Preis verhindern, dass ihr Kind erkrankt. Unglücklicherweise wird damit der schon vorhandene Druck noch weiter verstärkt. Die Kinder und Jugendlichen selber leben mit Gefühlen der Unsicherheit, und der Bedrohung. Die Entdeckung und die Gestaltung ihrer eigenen Sexualität ist belastet mit dem Wissen um das Virus. Oft ist in den Familien das Reden über HIV/Aids erschwert oder das Thema wird verschwiegen. Treffen, Ferienwochen, Gesprächskreise, in denen Jugendliche in einer ihnen entsprechenden Art Möglichkeiten finden, über HIV/Aids, Therapie und ihre Lebensgestaltung reden können, Gemeinschaft, Unterstützung und Begleitung finden, haben eine wichtige und entlastende Funktion.

Aids im Süden

Zum letzten Punkt gehört sicher auch die Öffentlichkeitsarbeit in den reichen Ländern über die Aids-Situation in armen Ländern des Südens. Nach Möglichkeit sollte auch die konkrete Solidarität mit Organisationen und Menschen im Süden (Unterstützung von Projekten durch: Wissenstransfer, Starthilfe, emotionale Unterstützung und Anerkennung, Erfahrungsaustausch usw.) dazugehören. Für manche Hilfswerke ist zudem HIV/Aids als eigenes Thema noch ungewohnt und es gibt Unsicherheiten oder eine Scheu, eine klare Sprache zu benutzen, weil sie mit Sexualverhalten zu tun hat. Auch Hilfswerke sind nämlich mit der gesellschaftlichen Tabuisierung der Sexualität und den kirchlichen Widerständen oder Dilemmata konfrontiert. Vor allem fehlen an vielen Orten Erfahrungen in Aids-Arbeit, besonders auch emanzipativ-kirchlicher. Auch in diesem Bereich braucht es theologische Grundlagenarbeit zu den Themen: Körperlichkeit, Sexualität, Homosexualität, usw. Durch Erfahrungsaustausch und Zusammenarbeit mit Hilfswerken kann viel erreicht werden für hiv-positive Menschen in der südlichen Hemisphäre. Die Nord-Süd-Partnerschaft hat eine besondere Legitimation in den Kirchen und sie verfügen oft über ausgezeichnete (und oft besser funktionierende) Netzwerke bis hin zu den Menschen »an der Basis« (z.B. über Pfarreien und Gemeinden). Kirchliche Entscheidungsträger und jedeN einzelneN GläubigeN (hier und dort!) durch sachliche Information und Verkündigung zu überzeugen, dass die Solidarität mit hiv-positiven und aidskranken Menschen der evangelischen Tradition entspricht, ist Aufgabe und Chance kirchlicher Aids-Arbeit.

– und die Gay Community?

Ich stelle fest, dass schwule Männer als Ehrenamtliche oder Hauptamtliche in der Aids-Arbeit immer seltener anzutreffen sind. Distanzieren sich die Schwulen von Aids? Haben schwule Männer den Eindruck, dass sie nicht mehr von HIV/Aids betroffen seien? Oder betrachten sie das Engagement der neuen Medikamente wegen als nicht mehr notwendig? Oder sind Schwule der Meinung, dass ein gesellschaftlich-solidarischer Umgang mit HIV-Positiven gesichert ist?

In den ersten Jahren von Aids waren rund die Hälfte aller Aids-Erkrankungen bei schwulen Männern. Es sind heute immer noch 30% (in der Schweiz). Aufgrund der kleineren Population schwuler Männer ist die HIV-Prävalenz unter schwulen Männern weiterhin hoch. 40% von den neu gemeldeten Infektionen unter Männern betreffen Schwule (2000: 40% Heterosexuelle, 13% Drogengebraucher). Diese Zahlen sollen verdeutlichen: Schwule sind weiterhin stark betroffen von HIV und Aids. Die Gay Community ist deshalb gut beraten, HIV und Aids – mit allen Implikationen – nicht aus dem Auge zu verlieren. Dies heisst sicher auch, als Community und als Einzelner sich die Frage zu stellen, in welcher Form Verantwortung übernommen wird. Ich meine es sei für die Gay Community auch von Vorteil, wenn sich schwule Männer in der Aids-Arbeit engagieren und den öffentlichen Umgang mit HIV und Aids wachsam verfolgen.

Schwule Theologie kommt nicht darum herum, HIV und Aids ins Nachdenken mit einzubeziehen. Historisch gesehen ist es ein nicht zu übersehender Einschnitt in der schwulen Geschichte mit gesellschaftlichen und theologischen Konsequenzen. Die Antwort der grossen Kirchen (in Basel und andernorts) angesichts des immensen Leidens war: menschliche und seelsorgerische Unterstützung jenseits von »Bekehrung« und kirchlicher Besserwisseri. Das ist eindrücklich und kirchenhistorisch auch bedeutsam. Das Erinnern an dieses erfreuliche Ergebnis, das nebst dem Guten Willen einzelner auch aus der »Gunst der Stunde« möglich war, ist weiterhin ein guter Ausgangspunkt für schwul-emanzipatives theologisches und kirchliches Arbeiten.

Persönliche und kollektive Wünsche, dass das Aids-Problem gelöst sei, sind menschlich verständlich. Trotz der Erfolge der letzten Jahre ist es aber (noch) nicht soweit. Darum sollten die vergangenen 15 Jahre nicht vergessen und die Präsenz von HIV heute nicht verdrängt werden. Wird HIV ausgeblendet, so ist u.a. keine wirksame Prävention mehr möglich. Wird die Realität von HIV und hiv-positiver Menschen aber negiert, besteht die Gefahr, dass Anliegen und Rechte hiv-positiver Männer nicht mehr geachtet und geschützt sind. Wir alle leben *auch heute!* mit HIV. In dieser Hinsicht ist *leider!* keine Entwarnung möglich.

Am Aufbau einer solidarischen Aids-Arbeit in der Schweiz (und ebenso an vielen anderen Orten) waren zuerst und zuvorderst schwule Männer beteiligt. Sie haben sich der Bedrohung durch eine heimtückische Krankheit gestellt ohne Menschen ihrer Würde und elementarer (Menschen-)Rechte zu berauben. Geschickt haben sie unverhältnismässige und diskriminierende Angriffe zu verteidigen gewusst und damit die Lebenssituation schwuler Männer und hiv-positiver Menschen verbessert. An der Entwicklung *kirchlicher* Aids-Arbeit waren auch schwule Theologen massgeblich beteiligt und haben in den Kirchen für Verständnis, Toleranz und Mitgefühl geworben. Manche von ihnen sind gestorben, viele von ihnen sind müde geworden und ziehen sich aus der Arbeit zurück. Vielleicht kann ja diese doppelte Hinterlassenschaft der Schwulenbewegung und schwuler Theologen Ansporn und Wegweiser sein für ein zukünftiges Engagement schwuler Männer, auch solcher, die ihre Kraft und Inspiration aus der christlichen Überlieferung schöpfen.

Peter Lack (*1968) ist katholischer Theologe und seit 1991 in der kirchlichen Aids-Arbeit tätig, von 1991 bis 1993 als Spitalseelsorger in San Francisco und von 1995 bis 2001 im Ökumenischen Aids-Pfarramt beider Basel.

Korrespondenzadresse: Ökumenisches Aids-Pfarramt beider Basel (www.apbs.ch), Peterskirchplatz 8, CH-4051 Basel, E-Mail: lack@apbs.ch

(ab 1.1.2002: Nufenenstrasse 8, CH-4054 Basel, E-Mail: luckylack@bigfoot.com)