

Forschungsergebnisse Bd. 7

Klaus Fleischer et al.

# **Lehren aus den Antworten der katholischen Kirche auf HIV und AIDS in Afrika**

Eine internationale Feldstudie  
von afrikanischen und deutschen Theologen  
und Gesundheitsexperten

Zusammenfassung

---

Herausgeber der Reihe „Forschungsergebnisse“:  
Wissenschaftliche Arbeitsgruppe für weltkirchliche Aufgaben  
der Deutschen Bischofskonferenz

---

Klaus Fleischer et al.

Lehren aus den Antworten der katholischen Kirche  
auf HIV und AIDS in Afrika

Zusammenfassung

Bonn, 2015

ISBN: 978-3-940137-62-3

**Titelillustration:**

© poosan – Fotolia.com

**Herausgeber:**

Wissenschaftliche Arbeitsgruppe für weltkirchliche Aufgaben der  
Deutschen Bischofskonferenz

**Bestelladresse:**

Bereich Weltkirche und Migration  
der Deutschen Bischofskonferenz,

Kaiserstraße 161, 53113 Bonn

Tel. 0228/103-288, Fax 0228/103-335

E-Mail: wissenschaftliche-arbeitsgruppe@dbk.de

E-Mail: dbk@azn.de

---

# Inhaltsverzeichnis

1.	Einleitung.....	5
1.1	Hintergrund der Studie .....	5
1.2	Reaktion der Kirche auf HIV und AIDS in Afrika .....	7
1.3	Hypothese .....	8
1.4	Methodik.....	9
1.5	HIV in Äthiopien, Malawi und Sambia.....	10
2.	Herausforderungen für Kirche und Theologie .....	12
2.1	Kirchliches Leben und afrikanische Realität .....	12
2.2	Kirchliches Leben und HIV .....	13
2.3	Priesterausbildung und Gemeindewirklichkeit.....	15
2.4	Kirche und Kooperation.....	16
3.	Pastorale Überlegungen.....	17
3.1	Struktur und Organisation.....	17
3.2	Kultursensible Kirche und Theologie .....	20
3.3	Zur Ausbildung der Seelsorger.....	23
3.4	Stigmatisierung innerhalb der Kirche.....	25
3.5	Abhängigkeit von Geldgebern.....	27
3.6	„Eine HIV-sensible Kirche“: Zitate .....	30
4.	Ethische Perspektiven.....	31
4.1	Vorbemerkungen .....	31
4.2	Beispiele ethisch relevanter Fragen .....	32

---

4.2.1	HIV als Strafe Gottes .....	32
4.2.2	Gründe für die Verbreitung von HIV .....	33
4.2.3	Diskordante Paare .....	33
4.2.4	Schutzbedürftigkeit von Frauen.....	34
5.	Unterschiedliche Handlungsebenen.....	35
5.1	Die strukturelle Ebene.....	35
5.2	Die kulturelle Ebene .....	37
5.3	Die individuelle Ebene .....	39
6.	Erkenntnisse und Visionen.....	41
6.1	Kernfragen.....	41
6.2	Empfehlungen auf weltkirchlicher Ebene .....	42
6.3	Antworten der katholischen Kirche in Afrika .....	44
6.4	Die katholische Kirche in Deutschland und HIV und AIDS.....	45
	Literaturverzeichnis .....	47

---

# 1. Einleitung

Seit Beginn der HIV-Epidemie haben katholische Einrichtungen im subsaharischen Afrika den Infizierten und Betroffenen mit Informations-, Behandlungs-, Pflege- und Unterstützungsangeboten geholfen. Zwischen 2010 und 2013 haben drei interdisziplinäre Teams Feldforschungen durchgeführt und die Reaktion der katholischen Kirche auf die HIV-Epidemie in den drei afrikanischen Ländern Äthiopien, Malawi und Sambia dokumentiert und analysiert. Dabei gingen sie insbesondere der Frage nach, wie die von der katholischen Kirche initiierten und getragenen Programme den HIV-Infizierten, ihren Familien und anderen Gruppen aus allen Teilen der Gesellschaft in diesen drei Ländern geholfen haben.

## 1.1 Hintergrund der Studie

Seit mehr als zwanzig Jahren engagieren sich deutsche katholische Einrichtungen in den Bemühungen, sich den Herausforderungen von HIV und AIDS in Afrika zu stellen. Kirchliche Hilfsorganisationen, beispielsweise Misereor und das Missionsärztliche Institut Würzburg, haben das mögliche Ausmaß der neuen Epidemie erkannt und nach Wegen gesucht, den Ortskirchen in Afrika beizustehen. Gespräche auf ökumenischer Ebene haben dieses Engagement beflügelt, wie zum Beispiel der „Pharmadialog“ der Gemeinsamen Konferenz Kirche und Entwicklung (GKKE) mit pharmazeutischen Unternehmen, die antiretrovirale Medikamente (ARV) herstellen.

2006 unternahm die Kommission Weltkirche der Deutschen Bischofskonferenz eine Reise nach Südafrika. Zweck dieser Reise war die direkte Begegnung mit HIV-infizierten Frauen und Männern. Ein weiteres Ziel dieser Reise war zu erfahren, wie Geistliche und Laien der Ortskirche auf die Not dieser Menschen, ihrer Familien und der verschiedenen Gesellschaftsgruppen reagieren. Auf der Grundlage von Berichten eines breit gefächerten Spektrums von Betroffenen, der Caritas und diözesanen Gruppen aus ganz Südafrika suchte die Reisegruppe nach Möglichkeiten, die Verantwortlichkeit der Kirche zu definieren und angemessene For-

---

men der Hilfestellung seitens der Länder des globalen Nordens zu entwickeln. Unter der Leitung von Erzbischof Dr. Ludwig Schick nahmen sechs deutsche Bischöfe in Begleitung von Fachleuten aus der Theologie und dem Gesundheitswesen an der Reise teil. Aufgrund dieses tiefgehenden Erlebnisses beschloss die Kommission Weltkirche, ein Forschungsprojekt mit dem Titel „Lehren aus den Antworten der katholischen Kirche auf HIV und AIDS in Afrika“ auf den Weg zu bringen. Der Aufgabenkatalog der Kommission war breit gefächert und beinhaltete theologische, ethische und pastorale Themen sowie medizinische Fragen zur Behandlung und Prävention – und zwar alle aus afrikanischer Perspektive. Theologen und Gesundheitsforscher aus Afrika sollten deshalb eingeladen werden, einen Fragenkatalog zu erstellen. Unterstützt werden sollten sie dabei von einem Team aus Deutschland.

Studienbeginn war am 15. März 2010, das dafür vorgesehene Budget betrug 198.000 Euro. Die Leitung der Studie übernahmen die Theologen Professor Dr. Albert-Peter Rethmann vom Institut für Weltkirche und Mission (IWM), Sankt Georgen, Frankfurt am Main, und sein Mitarbeiter Dr. Gregor Buß, gemeinsam mit Dr. Marco Moerschbacher von missio Aachen. Für Fragen aus dem Bereich Gesundheitswesen waren Professor Dr. Klaus Fleischer, Dr. Klemens Ochel und Dr. Piet Reijer vom Missionsärztlichen Institut in Würzburg (MI) zuständig.

Das MI errichtete eine Literatur-Datenbank und entwickelte die Forschungsverfahren, während das IWM in Frankfurt am Main die finanzielle Abwicklung übernahm.

Die Forschungsorte mussten unter Berücksichtigung der Forschungskapazität sowie der zur Verfügung stehenden Zeit und Geldmittel ausgewählt werden. Auswahlkriterien waren: eine hohe Zahl an HIV-Infizierten; langjährige Arbeit in der HIV-Prävention, der medizinischen Versorgung und Seelsorge; Beteiligung am internationalen Dialog über soziale Fragen mit kirchennahen Organisationen in Deutschland und die Bereitschaft, an der Studie teilzunehmen. Die folgenden vier katholischen Diözesen und drei Priesterseminare wurden als Studienschwerpunkte ausgewählt:

- 
- Äthiopien: die Diözesen Emdibir und Adigrat und die Priesterseminare in Addis Ababa und Adigrat
  - Sambia: die Diözese Chipata
  - Malawi: die Erzdiözese Lilongwe einschließlich des Priesterseminars.

Die Studie erfolgte nach anerkannten wissenschaftlichen Kriterien und umfasste eine detaillierte Dokumentation der vielfältigen Antworten aus den semistrukturierten Befragungen von Einzelpersonen und Gruppen sowie der Antworten aus Fallstudien und Hintergrundinterviews mit Bischöfen, Rektoren von Priesterseminaren und Leitern anderer religiöser Institutionen. Die Stärke der Studie liegt darin, dass den Stimmen der Menschen, die mit HIV leben, und derjenigen, die sie pflegen und unterstützen, Gehör geschenkt wurde. Die Studie wurde von afrikanischen Kirchenführern in Auftrag gegeben und von den deutschen Bischöfen mit Enthusiasmus mitgetragen.

## 1.2 Reaktion der Kirche auf HIV und AIDS in Afrika

Weltweit ist der afrikanische Kontinent am meisten von der Verbreitung des Humanen Immundefizienz-Virus (HIV) betroffen. Mehr als sechs von zehn Menschen, die mit HIV infiziert sind, leben in Ländern südlich der Sahara. Die Gesamtzahl der Infizierten beträgt dort 23,5 Millionen.<sup>1</sup>

In Afrika wird die Infektion bei Erwachsenen meist auf heterosexuellem Wege übertragen. Frauen sind wesentlich häufiger betroffen als Männer. Kinder werden hauptsächlich während der Schwangerschaft, bei der Geburt und durch Stillen infiziert. In Afrika leben derzeit 3 Millionen Kinder mit HIV.<sup>2</sup> Für die 17 Millionen afrikanischen Kinder, die jünger als 17 sind und einen Elternteil oder beide Eltern verloren haben, sieht die Zukunft düster aus. Die Frage, warum die HIV-Epidemie ausgerechnet in Afrika so enorme Ausmaße angenommen hat, kann noch nicht abschließend beantwortet werden.

---

<sup>1</sup> UNAIDS (2011), *Global Fact Sheet*, [www.unaids.org](http://www.unaids.org)

<sup>2</sup> *Ibid.*

---

Schon in den späten 1980er Jahren reagierten kirchennahe Gesundheits- und Sozialdienste in Uganda auf die verheerenden Auswirkungen der sogenannten „Slim-Disease“. Die irischen Schwestern der Medical Missionaries of Mary, die das katholische Kitovu-Krankenhaus in Masaka im Südwesten Ugandas leiteten, informierten darüber, dass schon große Teile der erwachsenen Bevölkerung in dieser Region an AIDS gestorben waren. Den Schwestern sowie den Ärzten und dem Pflegepersonal standen keine wirksamen Medikamente zur Verfügung, um die Symptome zu behandeln, das Leiden zu lindern und den Menschen zu ermöglichen, in Würde zu sterben. Denn vor der Entwicklung der ART kam eine Infizierung mit HIV einem Todesurteil gleich.

Aufgrund der großen Zahl an Infizierten und Betroffenen wurden Programme zur häuslichen Pflege ins Leben gerufen, deren Mitarbeiter in erster Linie ehrenamtlich tätige Laien waren. Eines der größten Programme in Afrika wurde von der katholischen Diözese Ndola in der Provinz Copperbelt in Sambia durchgeführt. Schon bald wurde deutlich, dass nicht nur die AIDS-Patienten Pflege und Unterstützung brauchten. Die gesamte Familie war davon betroffen. Ehepaare mussten darüber aufgeklärt werden, wie wichtig ein HIV-Test und der Schutz des nicht infizierten Partners vor der Ansteckung ist. Kinder und Jugendliche bedurften der Aufklärung, Betreuung und Unterstützung. Sie alle mussten Mittel und Wege finden, um eine „AIDS-freie“ Generation werden zu können. Priester und Ordensleute waren – und sind immer noch – aufgerufen, den Infizierten, Betroffenen und ihren Familien pastoralen und geistlichen Beistand zu leisten.

### 1.3 Hypothese

Die Haupthypothese dieser Studie besagt, dass der große Erfahrungsschatz, der in den vergangenen 30 Jahren im Umgang mit der HIV-Epidemie erworben wurde, in der Ausbildung von Priestern, Ordensleuten und Laien in der katholischen Kirche noch nicht ausreichend zum Tragen kommt. In vielen Bereichen der Aus- und Fortbildung müssen ethische, moralische und pastorale Themen im Hinblick auf HIV und AIDS erweitert und vertieft werden. So wie in den Bereichen Gesund-

---

heitswesen und soziale Entwicklung, wo die HIV-Epidemie zu großen Fortschritten in Wissen und Praxis geführt hat, müssen in den Bereichen Theologie und Ethik neue Wege beschritten werden, um den Herausforderungen der HIV-Epidemie wirksam begegnen zu können. Entsprechende theologische und ethische Überlegungen zu HIV und AIDS müssen strukturelle Fragen, kulturelle Faktoren und einzelne ethische Fragen einbeziehen. Die HIV-Epidemie darf nicht isoliert betrachtet werden, sondern muss als eine ganzheitliche Herausforderung für die Kirche gesehen werden, vor allem was die pastoralen, theologischen und ekklesiologischen Aspekte der Epidemie betrifft.

#### 1.4 Methodik

Die Studie beschreibt die Entwicklung kirchlicher Reaktionen auf HIV und AIDS in drei Ländern: Äthiopien, Malawi und Sambia. Dafür wurden Fallstudien durchgeführt. Das Projekt war in folgende Abschnitte und Verfahrensweisen gegliedert:

- Studie und Analyse von nationalen und internationalen wissenschaftlichen und theologischen Berichten und Publikationen (ab März 2010)
- Erarbeitung eines Referenzrahmens (einschließlich eines Fragebogens) für die Feldstudie, die im September 2010 beginnen sollte; erste Reisen in die Forschungsgebiete, um Aufgaben zu verteilen, entsprechende Studieninstrumente zu entwickeln und Forscherteams zusammenzustellen:
  - Team Äthiopien: Birkinesh Banbeta und Berhane Kidane (Äthiopien), Gregor Buß und Klemens Ochel (Deutschland)
  - Team Sambia-Malawi: Leonard Chiti SJ und Aaron Yambani (Sambia), Jos Kuppens MA und Jacqueline Mpanyula (Malawi), Marco Moerschbacher und Piet Reijer (Deutschland).
- Feldstudie: Interviews in Form von semistrukturierten Einzelgesprächen und Fokusgruppen-Diskussionen, Analyse und Besprechung von ethischen Fallstudien.
- Auswertungstreffen in den Diözesen Anfang 2011.

- 
- Studienwoche mit allen beteiligten Forschern im Institut für Weltkirche und Mission, Frankfurt am Main, Deutschland (Juli 2011).
  - Vorstellung und Diskussion erster Ergebnisse während einer dreitägigen Konferenz mit Kirchenführern aus den studienrelevanten Diözesen und Vertretern der Deutschen Bischofskonferenz im Juni 2012 in Addis Ababa, Äthiopien.
  - Dokumentation der wichtigsten Teile der Studie in einem umfassenden Bericht.
  - Präsentation des Berichts vor der Wissenschaftlichen Arbeitsgruppe für weltkirchliche Aufgaben der Deutschen Bischofskonferenz (Dezember 2013).
  - Präsentation des Berichts vor der Kommission Weltkirche der Deutschen Bischofskonferenz (Mai 2014).
  - Präsentation der Studie in der Diözese Chipata und der Erzdiözese Lilongwe (Mai 2014).

## 1.5 HIV in Äthiopien, Malawi und Sambia<sup>3</sup>

Die Verbreitung von HIV liegt in Malawi und Sambia bei über 10% der Bevölkerung zwischen 15 und 49 Jahren, während sie in Äthiopien bei etwas über 1% (2012) liegt. Die Zahl der HIV-Infektionen lag in Sambia und Malawi bei über 15% (zwischen 1995 und 2000) und bei knapp 4% in Äthiopien (1997 – 2000). In den letzten 10 bis 15 Jahren ist die jährliche Anzahl der Neuinfektionen in allen drei Ländern signifikant gesunken. In Äthiopien sank die Zahl der Neuinfektionen von über 160.000 in 1996 auf 24.000 in 2012, in Malawi von ca. 125.000 auf 41.000 und in Sambia von 110.000 auf 59.000 in 1995 beziehungsweise 2012.

Die großflächige Einführung der antiretroviralen Therapie in allen drei Ländern hat zu einem Rückgang der jährlich an AIDS Verstorbenen geführt, d.h. von 120.000 in Äthiopien, 90.000 in Malawi und 89.000 in Sambia im Jahr 2003 auf 45.000, 54.000 bzw. 29.000 im Jahr 2012.

---

<sup>3</sup> Alle Angaben in diesem Kapitel stammen aus der AIDS Info, UNAIDS (<http://www.unaids.org/en/dataanalysis/datatools/aidsinfo/>)

---

Kirchliche Hilfsprogramme in diesen Ländern hatten einen immens wichtigen Anteil an den nationalen Reaktionen auf die HIV-Epidemie. Ihr Beitrag dazu umfasste zum Beispiel die Bereitstellung von medizinischer Versorgung und Pflegeleistungen, häusliche Pflege und soziale Unterstützung, pastorale und geistliche Betreuung, Beratung und Tests auf freiwilliger Basis, Bildungs- und Präventionsinitiativen, Unterstützung für Waisen und gefährdete Kinder sowie Kampagnen zur Reduzierung von Stigmatisierung und Diskriminierung in Verbindung mit HIV.

Diese Dienstleistungen wurden Menschen aller Glaubensrichtungen gewährt, und zwar mit einem hohen Maß an Engagement und fachlicher Kompetenz. Eine besonders herausragende Arbeit leisteten Ordensfrauen, zusammen mit Freiwilligen (einschließlich vieler Nicht-Katholiken), die von der Kirche mobilisiert, ausgebildet und unterstützt wurden. Diese Dienste haben wesentlich zu den jüngsten Erfolgen im Bereich der HIV-Kontrolle beigetragen, so auch zum Rückgang an HIV-Neuinfektionen und HIV-Todesfällen in allen drei Ländern. Vielerorts, besonders in ländlichen Gegenden, ist die Kirche die einzige Institution, die der lokalen Bevölkerung Gesundheitsdienste und soziale Unterstützung in Zusammenhang mit HIV anbietet.

Die Forscherteams, die die Studien in den Ländern durchgeführt haben, gingen auch der Frage nach, wie sich die Kirche selbst in Bezug auf die HIV-Epidemie sieht. Sie kamen zu dem Schluss, dass die Kirche, obwohl sie zahlreiche Dienste im Zusammenhang mit HIV anbietet, sich häufig als externe Stelle sieht, die nicht von HIV berührt ist, und nicht als eine Organisation, die selbst von der HIV-Epidemie betroffen ist. Selbst Diskussionen über HIV-Infektionen bei Priestern und Ordensleuten sind oft tabu. In den Untersuchungen zu diesem Buch konnte nicht ein einziger mit HIV infizierter Priester oder Ordensangehöriger befragt werden, obwohl mehrere Leute erklärten, dass sie einen oder mehrere Betroffene kannten.

---

## 2. Herausforderungen für Kirche und Theologie

### 2.1 Kirchliches Leben und afrikanische Realität

Bereits Karl Rahner betonte, dass es ein Spannungsverhältnis zwischen „theoretischer“ und „realer“ Moral gebe<sup>4</sup>. Er erklärt dies als „Differenz und Unebenheiten im Verhältnis der gelebten Moral und der verkündeten theoretischen Moralpastoral“.<sup>5</sup> Rahner sieht in dieser Kluft eine fundamentale moralische und pastorale Herausforderung.

Mit Blick auf das Problem HIV und AIDS wird die Kluft zwischen „gelehrter“ und „gelebter“ Moral besonders deutlich. In den Diskussionen in Malawi trat dieses Problem häufig zutage. Ein wichtiges Beispiel ist das Phänomen diskordanter Paare. Im subsaharischen Afrika sind diskordante Partnerschaften einer der Hauptübertragungswege von HIV. Wenn die Partner nicht auf penetrativen Geschlechtsverkehr verzichten, dann stellt sich die Frage nach der Prävention einer HIV-Übertragung in solchen Partnerschaften. Hier wird man sich mit dem Thema der Verwendung von Kondomen als einem der wichtigsten Mittel zur HIV-Prävention auseinandersetzen müssen.

Während der Studie wurden die Forscher wiederholt mit diesem Dilemma konfrontiert. Angesprochen auf die Frage nach diskordanten Paaren sagte ein Befragter in Malawi: „Ich folge meinem Gewissen, das durch meinen Glauben und meine Arbeit bestimmt ist. Ich folge weder den Regeln der Kirche noch denen meines Arbeitgebers.“ Eine Frau aus einer Selbsthilfegruppe in Äthiopien erklärte: „Ich kenne die Lehre der Kirche, aber mir ist es nicht möglich, danach zu leben. Ich weiß, dass ich letztlich meinem Gewissen folgen muss, aber es quält mich schon, dass ich der Lehre der Kirche nicht folgen kann.“

---

<sup>4</sup> Rahner, K. (1995) „Theoretische und reale Moral in ihrer Differenz“, in: Ders., *Selbstvollzug der Kirche. Ekklesiologische Grundlegung praktischer Theologie*, Freiburg: Herder, S. 233-242.

<sup>5</sup> Ibid., S. 233.

---

Deshalb sind diskordante Paare ein Paradebeispiel für den Unterschied zwischen theoretischer und praktischer Moral. Die Dringlichkeit, den Graben zwischen „gelehrter“ und „praktischer“ Moral zu überbrücken, bedeutet nicht, dass die Kirche sich jedem gesellschaftlichen Leitbild anpassen muss. Die Kirche ist jedoch aufgerufen, in ihren Lehren noch sensibler zu sein. Einige afrikanische Bischofskonferenzen haben dies beherzigt. Sie haben diskordanten Paaren dazu geraten, sich in solchen Fällen vor der Infektion zu schützen.<sup>6</sup>

## 2.2 Kirchliches Leben und HIV

Die katholische Kirche ist einer der Hauptakteure, die sich um die direkt oder indirekt von der HIV-Epidemie betroffenen Menschen kümmert. In einigen Regionen, insbesondere in abgelegenen Teilen Afrikas, ist die Kirche häufig die einzige Institution, die eine medizinische Grundversorgung anbietet. Papst Benedikt XVI. hat die Bedeutung der katholischen Kirche im Kampf gegen HIV und AIDS besonders hervorgehoben: „Die Kirche tut mehr als die anderen, weil sie nicht nur von der Tribüne der Zeitung aus redet, sondern den Schwestern und Brüdern vor Ort hilft.“<sup>7</sup>

Die in dieser Studie geführten Interviews haben deutlich gezeigt, dass sich die Kirche um HIV-Infizierte kümmert, Waisen und gefährdete Kinder unterstützt und Maßnahmen zur HIV-Prävention anregt. Jedoch sieht die Kirche ihr Engagement als einen externen karitativen Dienst, der das Innere der Kirche nicht direkt berührt. Die mit HIV Infizierten werden häufig als – um einen Begriff aus der Bibel zu verwenden – Fremde gesehen: „Der Fremde, der sich bei euch aufhält, soll euch wie ein Einheimischer gelten, und du sollst ihn lieben wie dich selbst“ (Levitikus 19,34). Obwohl der Fremde sicher sein kann, dass er aktive Hilfe

---

<sup>6</sup> Die katholischen Bischöfe von Südafrika, Botswana und Swaziland (2001) *A Message of Hope*. Vgl. auch Bischofskonferenz des Tschad (2002) *Bishops of Chad's Statement on AIDS: N'Djamena: Catholic Bishops of Chad*.

<sup>7</sup> Benedikt XVI. (2010) *Licht der Welt. Der Papst, die Kirche und die Zeichen der Zeit. Ein Gespräch mit Peter Seewald*. Freiburg: Herder, S. 145.

---

von der Kirche erhält, bleibt er immer noch ein Fremder, der nicht richtig dazugehört.

In Bezug auf das kirchliche Leben und HIV ist die Diskussion über eine HIV-Infektion bei Mitgliedern der Kirche, besonders bei Priestern und Ordensleuten, oft noch mit einem Tabu behaftet. Häufig wurde berichtet, dass Fälle von HIV-positiven Priestern oder Ordensleuten völlig unbekannt sind und nur gerüchteweise, nicht aber wirklich existieren. Während dieser Studie fanden wir weder Priester noch Ordensleute, die bereit waren, zuzugeben, dass sie HIV-positiv sind.

HIV-positiv zu sein ist immer noch ein Grund, jemandem den Eintritt in ein Priesterseminar oder in eine religiöse Gemeinschaft zu verwehren. Dies lässt darauf schließen, dass Kirchenführer es immer noch für undenkbar halten, dass ein katholischer Priester oder ein/e Ordensmann/Ordensfrau HIV-positiv sein könnte. In solchen Fällen lautet das Argument immer, dass eine solche Person nicht belastbar genug sei, um in einer Pfarrei oder einer religiösen Gemeinschaft Dienste zu leisten.

Die praktizierenden Gläubigen und die Öffentlichkeit lehnen zunehmend die Tabuisierung von HIV und AIDS ab. Viele sehen in einer HIV-Infektion von Priestern und Ordensleuten keinen Grund, warum diese keine aktive Rolle im kirchlichen Leben spielen können. HIV-Positive sind durchaus in der Lage, einen Dienst für das Evangelium zu leisten. Mithilfe der antiretroviralen Therapie können HIV-positive Priester und Ordensleute auch unter physischer Belastung arbeiten und wären sicherlich eine Bereicherung für die Pastoral. Gerade sie können ein authentisches Zeugnis für das Evangelium geben.

HIV als eine Realität innerhalb der Kirche wahrzunehmen und zu akzeptieren, hieße, sich von der utopischen Sicht einer unverletzbaren und perfekten Kirche zu lösen. P. Teum Berhe aus Adigrat beschreibt das Bild einer verletzlichen und betroffenen Kirche:

„An keiner Stelle in der Bibel heißt es, die Kirche sei perfekt und heilig. Die Kirche ist sündig, aber sie vergibt auch dem Sünder. Die Kirche ist verwundet, aber sie heilt auch die Verwundeten. Durch den Empfang der Sakramente und durch unser Beten streben wir jeden Tag nach Heilig-

---

keit. Jesus verdeutlicht das, wenn er sagt: ‚Ich bin gekommen, um die Sünder zu rufen, nicht die Gerechten.‘ [...] Meines Erachtens liegt das Problem darin, dass manche das priesterliche Zölibat immer noch als Schutzschild gegen HIV betrachten, weil die Übertragung hauptsächlich auf sexuellem Weg erfolgt. Priester werden jedoch nicht als Priester geboren; erst nach einer langen Ausbildungszeit werden sie Priester. Warum infizieren sich Ärzte mit HIV? Sicher nicht aufgrund fehlenden Bewusstseins und Wissens. [...] Solange HIV-positive führende Geistliche den Medien und den Gläubigen nichts über ihre Krankheit mitteilen, können wir von den Normalbürgern keine positive Einstellung erwarten. Es bedarf nur eines mutigen Vorreiters, der sagt: ‚Seht her, mir geht es genau wie euch.‘ Wir brauchen ein neues Denken, in dem Stigmatisierung und Diskriminierung keinen Platz mehr haben. Die einzige Antwort ist ein neues und stärkeres Missionsbewusstsein. Wir brauchen dieses neue Missionsbewusstsein, wir brauchen geeignete Missionare und Seminaristen.“

### 2.3 Priesterausbildung und Gemeindewirklichkeit

In vielen afrikanischen Ländern gelten Priester immer noch als Autorität in moralischen Fragen. Daher ist die Ausbildung von Priestern in Bezug auf die Thematik von HIV und AIDS äußerst wichtig. Die Studie hat gezeigt, dass die neue Priestergeneration in den letzten Jahren wesentlich sensibler für die HIV- und AIDS-Problematik geworden ist. So setzt das Priesterseminar in Adigrat bei der Ausbildung zukünftiger Priester ein Handbuch ein, in dem die medizinischen und pastoralen Aspekte von HIV und AIDS behandelt werden.

Die Einbeziehung des Themas HIV und AIDS in den Lehrplan des Seminars lässt hoffen, dass die Priester dieser Diözese besser vorbereitet sind, wenn sie mit Fragen zu HIV und AIDS konfrontiert werden. Die Befragungen im Rahmen dieser Studie zeigen jedoch, dass noch enorm viel Arbeit geleistet werden muss. Immer weniger Gläubige wenden sich in Fragen zu HIV und AIDS oder zur Sexualität und Ehe noch an ihren Gemeindepfarrer. Das kann viele Gründe haben, aber ein Grund ist si-

---

cherlich, dass der Priester für sie in diesem Punkt kein kompetenter Gesprächspartner ist. Sie konsultieren daher eher einen Arzt.

HIV und AIDS können jedoch nicht nur auf medizinische Aspekte reduziert werden. Für viele Menschen sind moralische und spirituelle Fragen ebenso wichtig. Die Kluft, die sich zwischen den Gemeindemitgliedern und dem Gemeindepfarrer aufgetan hat, muss geschlossen werden. Die Tatsache, dass man so zögerlich an das Thema HIV und AIDS herangegangen ist, macht vielleicht deutlich, dass Fragen zur Sexualmoral in der Kirche nicht mit der notwendigen Offenheit diskutiert werden. Einer der Befragten aus Malawi äußerte in diesem Zusammenhang den Wunsch nach einer „HIV-sensiblen Kirche“, die ihren Mitgliedern ermöglicht, sexuelle Themen offen anzusprechen.

Der Graben zwischen Priestern und Gemeinden hat noch eine weitere Dimension. Ungeachtet der Bedeutung, die den Priestern bei der Leitung der Pfarrei zukommt, wäre es kurzsichtig, ihnen die gesamte Verantwortung zu überlassen. Die täglichen Aufgaben, die Priester zu bewältigen haben, sind zahlreich und komplex. Sollten sie diese alleine erledigen müssen, wären sie schnell überlastet. Auch die Laien sind gefordert, wenn es um HIV und AIDS geht. Deshalb haben sie die Initiative ergriffen und Selbsthilfegruppen gegründet, Programme zur häuslichen Pflege ins Leben gerufen und Kampagnen gegen die Stigmatisierung gestartet. Das Potenzial der Laien im Kampf gegen HIV und AIDS zu verkennen, wäre äußerst kurzsichtig. Ein Befragter in Malawi unterstrich dies mit den Worten, dass Afrika einfach nicht genügend Priester habe, um wirksam auf diese Herausforderung zu reagieren: Die Laien sollten viel stärker in die kirchliche Arbeit im Zusammenhang mit der HIV-Epidemie eingebunden werden.

## 2.4 Kirche und Kooperation

Ein großes Problem für das Engagement der Kirche liegt in der Abhängigkeit von Geldern, Ausrüstung, medizinischen Sachmitteln und Personal aus dem Ausland. Dieses Problem wurde von fast allen Befragten genannt und stellt sicherlich eine große Herausforderung dar. Verschärft wird dieses Problem, wenn kirchennahe Organisationen sich als Einzel-

---

kämpfer betrachten, die nicht in größere Netzwerke einbezogen werden können – oder wollen. Die Zusammenarbeit mit anderen Initiativen oder Organisationen könnte in Kirchenkreisen noch weiter ausgebaut werden.

Erstaunlich ist, dass sich die Kirche oft immer noch als Einzelakteurin sieht und zwar nicht nur gegenüber staatlichen Institutionen oder weltlichen Nichtregierungsorganisationen, sondern auch kirchenintern. So wurden zum Beispiel in Adigrat mehrere HIV-Programme von der Diözese und Ordensgemeinschaften ins Leben gerufen, wobei zwischen diesen verschiedenen Initiativen nur ganz wenig Kontakt bestand. Befragte aus Malawi klagten über „eine mangelnde Koordination zwischen den verschiedenen Akteuren der HIV- und AIDS-Arbeit“.

### 3. Pastorale Überlegungen

#### 3.1 Struktur und Organisation

In allen Diözesen und Bischofskonferenzen in den drei Ländern gibt es Seelsorgeabteilungen oder einen Seelsorgekoordinator sowie Abteilungen für Gesundheitsfragen. Aus medizinischer und pastoraler Sicht ist die HIV-Epidemie eine Herausforderung, der sich die Kirche stellen muss. Allerdings lässt die Abstimmung zwischen medizinischer und pastoraler Arbeit oft viel zu wünschen übrig, denn oft mangelt es an Koordination, und die Bemühungen führen nicht immer zu einer ganzheitlichen Pastoral, die den Bedürfnissen der Betroffenen gerecht wird.

In allen untersuchten Diözesen wurde die pastorale Auseinandersetzung mit dem Thema HIV weiter entwickelt. In der Diözese Chipata gibt es in jeder Gemeindeversammlung einen eigenen Tagesordnungspunkt zu HIV und AIDS, in dem es auch um die Lehre der Kirche zu Abstinenz und Treue und um medizinische Fragen geht.

Eine wesentliche Antwort der Kirche stellen die häuslichen Pflegegruppen dar, die in den meisten Pfarreien der besuchten Diözesen aktiv sind. Laut Bericht der sambischen Forschungsgruppe ist dieser häusliche Pflegeansatz „einer der Haupterfolge des Einsatzes der katholischen Kirche

---

gegen die HIV- und AIDS-Epidemie“. Allerdings gibt es keine fest verankerten Strukturen des Zusammenspiels zwischen den Gemeindepfarrern und den häuslichen Pflegegruppen in ihren Pfarreien. Zudem gibt es in der Diözese Chipata keine verbindlichen Richtlinien zu Gesundheitsfragen, und der Diözesanabteilung für Gesundheitsfragen fehlt es an Personal und Mitteln, die zur Umsetzung einer allgemeinen pastoralen Agenda auch im Hinblick auf HIV und AIDS notwendig wären. So stellt der sambische Bericht fest:

„Es gibt keine verbindlichen Richtlinien für die Beteiligung der Gemeindeleitung am Kampf gegen HIV und AIDS; dies liegt im Ermessen der Gemeindeleitung.“

Der Bericht kommt zu dem Schluss, dass der seelsorgliche Aspekt zu kurz kommt, „da die meisten Befragten keinen fest geregelten Zugang zu pastoralen Diensten hatten. So spricht sich zum Beispiel die Diözesanabteilung für Gesundheitsfragen direkt mit den häuslichen Pflegegruppen ab, ohne dass das Büro des Gemeindepfarrers einbezogen wird.“ Die Hauptarbeit der häuslichen Pflegegruppen besteht nicht mehr in der Pflege von bettlägerigen Patienten, deren Zahl sich durch die antiretrovirale Behandlung enorm verringert hat. Zu den Aufgaben gehören vielmehr die Beratung vor und nach dem Test, Aufklärung und Sensibilisierung, materielle Hilfe für die Schutzbedürftigsten sowie die Aufklärung und Unterstützung für Menschen, die sich der langfristigen antiretroviralen Therapie unterziehen müssen. Selbsthilfegruppen von HIV-Infizierten stellen ein weiteres bedeutendes Element der kirchlichen Arbeit im Kampf gegen HIV und AIDS dar. Sie ermöglichen den HIV-Infizierten, ihre Krankheit öffentlich zu machen, sich regelmäßig zu treffen und einander dabei zu helfen, zuversichtlich in die Zukunft zu schauen. Ein Befragter aus der Erzdiözese Addis Ababa drückt es wie folgt aus:

„HIV und AIDS galten als ein Fluch. [...] Es war sehr hilfreich, als die Betroffenen mit ihrer Geschichte an die Öffentlichkeit gingen. Diese Menschen bildeten eine Organisation, um an die Öffentlichkeit zu appellieren, die Realität zu akzeptieren. Wegen der Stigmatisierung war es

---

früher schwierig, offen damit umzugehen. Das bedeutete schon ein radikales Umdenken.“

Die Unterstützung zum Lebensunterhalt ist ein weiterer wichtiger Pfeiler der Pastoral, da sie dazu beiträgt, die für die Gesellschaft nachteiligen Auswirkungen der Stigmatisierung zu reduzieren. Das Attat-Krankenhaus in Emdibir unterhält ein sehr wirksames Programm zur Unterstützung von Frauen, in dem 3.292 Frauen organisiert sind. Im Bericht heißt es dazu:

„Für diese Frauen gibt es einen Umlauffonds, aus dem sie Geld leihen und in kleine, einkommensschaffende Projekte investieren können. Berater vom staatlichen Gesundheitsamt treffen sich alle 2 bis 3 Wochen mit den Frauen, und gesundheitliche Aufklärung ist ein wesentlicher Bestandteil dieser Treffen. Dies hat den Frauen geholfen, ihre Scheu zu überwinden und einer Abhängigkeit von Männern zu entgehen, was wiederum eine große Rolle bei der Prävention einer HIV-Übertragung spielt. Sie arbeiten in der mobilen VCT-Einheit (Beratung und Tests auf freiwilliger Basis) mit, die vom Krankenhaus in verschiedene Dörfer geschickt wird. In einigen Dörfern haben die Frauen eigene Programme ins Leben gerufen, wo sie für Kinder unter fünf Jahren abwechselnd Essen kochen, das sie selbst zur Verfügung stellen. Einige Frauen wurden von Fachkräften in häuslicher Pflege ausgebildet. Nun leisten sie eine Grundversorgung für bettlägerige Patienten in ihren Dörfern und leiten auch andere dazu an. Die Stigmatisierung ist heute in den Dörfern, in denen diese Frauen aktiv mitwirken, kein Thema mehr, weil sie selbst bisher vor HIV so viel Angst hatten wie vor einem wilden Tier.“

Die Zusammenarbeit zwischen pastoralen Diensten, Gesundheitseinrichtungen und Gesundheitsbüros funktioniert nicht immer reibungslos. Grund dafür sind häufig finanzielle Probleme. Das Pastoralbüro der Diözese Chipata hat keinen externen Geldgeber. Da die Hauptausgaben durch Transportkosten entstehen, versucht das Pastoralbüro Kosten zu sparen, indem es mit anderen Abteilungen gemeinsame Transporte aushandelt. Da die Abteilung Pastoral jedoch hauptsächlich auf externe Mittel von der Caritas angewiesen ist, scheint die Organisationsstruktur

---

der Diözese, wo die Caritas unter der Abteilung Pastoral steht, nicht zweckmäßig zu sein.

### 3.2 Kultursensible Kirche und Theologie

Eine große Herausforderung für den Umgang der katholischen Kirche mit der HIV-Epidemie ist der kulturelle Hintergrund der Betroffenen. Die Art, wie man in Afrika mit einer Krankheit allgemein – und besonders mit HIV – umgeht, ist oft anders als im „Westen“ oder in der klassischen Medizin. Krankheit hat häufig etwas mit gestörten sozialen Beziehungen zu tun und kann nicht geheilt werden, ohne dass diese Störungen angesprochen – und überwunden – werden. Daher muss sich die Kirche in ihrer Antwort auf die HIV-Epidemie immer mit komplexen kulturellen Fragen auseinandersetzen.

In Lilongwe hat man in den christlichen Gemeinden vor Ort sogenannte *Alangizi* eingesetzt, die Ehepaare und Jugendliche pastoral betreuen. *Alangizi* sind von der Gemeinde beauftragte Christen, die junge Paare bei der Ehevorbereitung begleiten, Jugendliche in der Pubertät aufklären und Paare generell beraten. Die pastorale Arbeit nimmt Rücksicht auf die traditionelle Kultur und nutzt eine ihrer Einrichtungen, die umstrukturiert und in den Kontext einer christlichen Gemeinschaft eingebunden wurde.

Da die Älteren in Äthiopien hohes Ansehen genießen und die Menschen auf sie hören, sind auch die Gesundheitseinrichtungen der Kirche in HIV-Angelegenheiten auf die Unterstützung der Älteren angewiesen. In der Diözese Emdibir sind die Älteren in der Gegend von Gurage übereingekommen, dass ohne Vorliegen eines HIV-Tests keine Verlobungs- oder Hochzeitsfeiern stattfinden. Einige einschlägige Regeln der traditionellen äthiopischen Kultur (kein Sex vor der Ehe, keine Polygamie) decken sich mit der Lehre der Kirche, doch im Zuge der Urbanisierung – und besonders der Migration – scheinen diese Regeln untergraben zu werden.

Die Forschungsberichte zu Äthiopien stellen die Migration als eine große pastorale Herausforderung heraus. Aufgrund der chronischen Armut

---

und des Verlustes des sozialen Zusammenhalts trägt die Migration zur Verbreitung von HIV bei, besonders unter den migrierenden Jugendlichen.

Der Forschungsbericht über die Diözese Adigrat hebt hervor, dass Menschen mit unterschiedlicher Glaubenszugehörigkeit durch ihre traditionelle Kultur verbunden sind. Auf die Frage nach dem harmonischen Zusammenleben der verschiedenen Religionen und Konfessionen antwortete ein Sprecher der lokalen Organisation OMCA (Orthodox, Muslim and Catholic Unity to Safe Life):

„Diese seit langem bestehende Tradition haben wir von unseren Urgroßeltern geerbt. Wie uns die Geschichte lehrt, war Äthiopien das erste Land, in dem die muslimische Religion willkommen geheißen wurde und die Anhänger von Mohammed Zuflucht fanden, als sie verfolgt wurden. Seit dieser Zeit leben wir harmonisch miteinander und nehmen an gesellschaftlichen Ereignissen wie Feiern, Beerdigungen und anderen Anlässen teil. Wir unterscheiden uns nur durch unsere religiöse Praxis an unseren jeweiligen Gebetsstätten. Ansonsten sind unsere kulturellen und sozio-ökonomischen Bräuche gleich.“

Andererseits kann die traditionelle Kultur auch eine negative Rolle spielen. Forschungsberichte aus Sambia und Malawi beschreiben bestimmte traditionelle Praktiken, die Frauen diskriminieren, die Menschenwürde missachten und zur Verbreitung von HIV beitragen. So verlangt zum Beispiel die traditionelle Praxis des *fisi* bei den Chewa, dass ein junges Mädchen nach der Initiationszeremonie ihren ersten Geschlechtsverkehr mit einem Dorfälteren hat. Ein ähnlicher Brauch ist die sogenannte „Decke für den Häuptling“ (blanket for the chief), bei der einem Häuptling, der in einem Dorf zu Gast ist, ein Mädchen zum Geschlechtsverkehr angeboten wird.<sup>8</sup>

---

<sup>8</sup> Über diese und andere Praktiken wurde von den Befragten berichtet. Es gibt jedoch keine empirischen Daten, die belegen, dass diese Praktiken immer noch angewendet werden, oder Aufschluss über deren Verbreitung geben.

---

Das Fortbestehen dieser kulturellen Praktiken, selbst in christlichen Kreisen, könnte als mangelhafte, nicht weit genug gehende Evangelisierung gedeutet werden. Hat die Kirche afrikanische kulturelle Praktiken, die menschenunwürdig sind, hinlänglich und in einem vom Evangelium getragenen Geist in Frage gestellt? Ein gewisser Dualismus – oder eine Kluft – zwischen Theorie und Praxis scheint zwischen der christlichen Lehre zu Enthaltbarkeit und Treue und diesen traditionellen Praktiken, die zur Verbreitung von HIV beitragen, zu bestehen.<sup>9</sup> Weitere Untersuchungen sind erforderlich, um Genaueres über die tatsächlichen Auswirkungen dieser kulturellen Praktiken zu erfahren. Aus dem Forschungsbericht über Sambia ergibt sich außerdem, dass die meisten Menschen der kirchlichen Lehre und dem Rat, keinen Sex vor der Ehe zu haben, nicht folgen.

Eine weitere kulturelle Herausforderung ist die Hexerei, die häufig mit Krankheit und Tod, und somit auch besonders mit AIDS in Verbindung gebracht wird. So erklärte ein Befragter aus der Diözese Chipata:

„Besonders in ländlichen Gebieten glauben viele, dass ein Mensch nicht einfach an einer natürlichen Krankheit sterben kann; der Tod ist meist das Ergebnis von Hexerei. Manche bleiben bei dieser Meinung, auch wenn sie genau wissen, dass der Verstorbene HIV-positiv war. Hexerei kommt immer wieder ins Spiel.“

Zwischen traditionellem und modernem Verständnis von HIV besteht eine dauerhafte Spannung, und Aufklärungsprogramme müssen dies berücksichtigen. Wenn man über HIV spricht, reicht die „technische“ Erklärung, wie es übertragen wird, nicht aus. Aus traditioneller afrikanischer Sicht lautet die wichtige Frage: Wer ist dafür verantwortlich? Dies ist ein heikles Thema, das schwierig anzusprechen ist, aber nie übergangen werden darf. Es überträgt sich auch in eine Konkurrenz zwischen traditionellen Heilern und moderner Medizin. Besonders im ländlichen Umfeld würde die Lösung für ein Gesundheitsproblem zuerst bei einem

---

<sup>9</sup> Vgl. Chiti, L. (2011) „The Church, culture and HIV/AIDS“, in: *JCTR Bulletin* Nr. 89, S. 25-26.

---

traditionellen Heiler gesucht, und erst wenn dieser keinen Erfolg hat, würde man sich der westlichen Medizin zuwenden. Im Falle einer HIV-Infektion kommt es jedoch entscheidend auf die Früherkennung und Behandlung an.

Auf die Frage, was er unternehmen würde, wenn einer seiner Patienten die ART aufgeben und stattdessen zu einem traditionellen Heiler gehen wolle, antwortete ein Sozialarbeiter aus der Diözese Emdibir:

„Ich würde einem Patienten, der die antiretrovirale Therapie beenden will, die Probleme aufzeigen, die bei Beendigung der Therapie auftreten könnten. Ich würde ihm/ihr sagen, dass er/sie die ART zusammen mit einer traditionellen Behandlung durchführen kann, solange bei dieser keine starken Medikamente eingenommen werden. Meist möchten die Leute Weihwasser haben, und das verursacht keine Probleme, wenn es neben der ART eingesetzt wird.“

Ein ganzheitlicher pastoraler Ansatz der Kirche muss die verschiedenen Auffassungen von Krankheit berücksichtigen und sich mit der Heilung des ganzen Menschen in seinem sozialen Umfeld auseinandersetzen. Der Seelsorgekoordinator der Diözese Chipata drückte es wie folgt aus: „Unsere Mission ist es, Hoffnung zu wecken.“

### 3.3 Zur Ausbildung der Seelsorger

In allen Diözesen wächst das Bewusstsein, dass Seelsorger, die ständig mit HIV und AIDS konfrontiert werden, eine solide medizinische sowie psychologische Ausbildung benötigen. Kurse über HIV und AIDS sind Bestandteil der Seminausbildung, und spezielle Einkehrtage sowie Ereignisse wie der Welt-AIDS-Tag dienen dazu, ein Bewusstsein und eine Sensibilität für Fragen im Zusammenhang mit HIV und AIDS zu schaffen.

Ausbildung und Bewusstseinsbildung zum Thema HIV und damit verbundene Fragen sind in Äthiopien, wo Priester eine Schlüsselrolle in der Gesellschaft einnehmen, von großer Bedeutung. Ihre Autorität wird respektiert und ihre Worte finden Gehör, ähnlich wie die der Dorfälteren. Bemühungen, Module zum Thema HIV und AIDS in die Ausbildung in

---

den Priesterseminaren aufzunehmen, stoßen auf Schwierigkeiten, wie der Rektor eines Seminars in der Diözese Adigrat hervorhebt:

„Das äthiopische Katholische Sekretariat hat ein umfassendes Modul zum Thema HIV erarbeitet, das Teil des Lehrplans werden sollte. Aber für uns ist es sehr schwierig, es einzusetzen, da wir schon viele Anforderungen von der Universität, der wir angeschlossen sind, erfüllen müssen.“

Obwohl sie in die richtige Richtung weisen, sind diese Bemühungen nicht ausreichend. Die Ergebnisse der Befragung lassen auf mangelndes Wissen und unzureichende Sensibilität der Seelsorger schließen.

Der Leiter des AIDS-Büros im äthiopischen Katholischen Sekretariat glaubt, dass Priester und Ordensleute nicht hinreichend sensibel auf das Thema HIV und damit verbundene Gesichtspunkte reagieren. Während und nach ihrer Ausbildung wird diesem Thema nicht genügend Zeit gewidmet. Seiner Meinung nach ist dies auch der Grund, warum katholische Priester und Ordensleute in Äthiopien im Gegensatz zu protestantischen und orthodoxen Geistlichen nicht offenlegen, wenn sie HIV-positiv sind, und „ihre Erfahrungen nicht mit anderen teilen“.

Der Seelsorgekoordinator der Diözese Chipata nennt einen „Mangel an ausgebildeten Seelsorgern“ als Wurzel des Problems. Er plädiert für mehr Sensibilität für HIV als Teil der priesterlichen Berufung und Ausbildung. Dies zeigt sich auch in den Antworten von Gemeindepfarrern im Falle einer HIV-positiven Frau, deren Mann sich weigert, Kondome zu verwenden. Priester, die von diskordanten Paaren über die Verwendung von Kondomen befragt wurden, verwiesen sie an Ärzte oder anderes medizinisches Personal. Gemeindepfarrer, die in Lilongwe befragt wurden, gaben an, dass die Kirche nicht viel zum Thema HIV und AIDS sage, und dass nur sehr wenig für die Geistlichen getan werde. Sie empfanden dies als ein großes Manko im Umgang der Kirche mit diesem wichtigen Thema. Eine Ordensschwester sagte es ganz unumwunden: „Für den Umgang mit HIV und AIDS fehlt mir das notwendige Werkzeug.“

---

Das Thema HIV und AIDS zum Bestandteil der seelsorgerischen Ausbildung zu machen, bleibt eine der größten Herausforderungen für die Kirche im Umgang mit dieser Problematik.

### 3.4 Stigmatisierung innerhalb der Kirche

Ein anderer wesentlicher Punkt ist die Stigmatisierung innerhalb der Kirche. In Bezug auf HIV-positive Priester und Ordensleute scheinen Schweigen und Verleugnen vorzuherrschen. In dem malawischen Bericht sagte ein Geistlicher: „Es ist ein delikates Thema, das uns seelisch berührt, besonders wenn wir sehen, dass andere Priester krank werden.“

Im Bericht aus Addis Ababa konnte das Thema nicht angesprochen werden, da sich niemand befragen ließ oder man sich weigerte, auf sensible Fragen zu antworten. Der Programmkoordinator des Waisenhauses „Missionaries of Charity – Gift of love“, bestätigte: „Es gibt keine Berichte über HIV-infizierte Priester, Ordensleute oder Katecheten.“ Diverse Versuche in der Diözese Chipata oder in Sambia, einen HIV-positiven Priester oder eine Ordensangehörige zu befragen, scheiterten. Gerade ihre Vorstellung von einer HIV-sensiblen Kirche wäre für die künftige pastorale Planung von großem Interesse.

Auch die Gespräche mit Rektoren und Seminaristen in Priesterseminaren in Äthiopien über die Nicht-Aufnahme eines HIV-positiven Kandidaten zeigten, dass es immer noch Formen der Stigmatisierung innerhalb der Kirche gibt. Als Hauptgrund für seine Nicht-Zulassung wurde mangelnde „körperliche Fitness“ angegeben. Es konnte jedoch kein schlüssiger Grund angegeben werden, warum ein zum Beispiel mit Hepatitis B infizierter Kandidat anders als der HIV-positive Kandidat behandelt werden sollte. Ein Seminarist stellte folgende Frage:

„Gibt uns der aktuelle Gesundheitszustand der Kandidaten Grund zur Annahme, dass sie nicht in der Lage sind, die Aufgaben eines Priesters zu erfüllen?“

An keiner Stelle in der Befragung wurde deutlich, dass ein HIV-positiver Priester oder Ordensgeistlicher HIV-positiven Gläubigen Mut zusprechen kann und ihnen zusichert, dass die Kirche sie willkommen heißt.

---

Die Tatsache, dass der Bischof von Chipata seine Priester ermutigte, sich einem HIV-Test zu unterziehen und miteinander über das Thema zu reden, hat ihnen dabei geholfen, sich mit dem Thema Stigmatisierung von HIV-positiven Priestern und Ordensleuten auseinanderzusetzen. Überall in Sambia wurden von katholischen Hilfswerken geförderte Seminare zu HIV und AIDS in kirchlichen Bildungsanstalten abgehalten und führten zu einer größeren Sensibilität für das Thema der Stigmatisierung und Diskriminierung im Zusammenhang mit HIV.

Die Verweigerung der Zulassung von HIV-positiven Seminaristen und Kandidaten zum Ordensleben spiegelt sich auch in der allgemeinen Akzeptanz verbindlicher Tests vor der Aufnahme wider. Nur einmal, und zwar im Forschungsbericht über Malawi, wurde der verbindliche HIV-Test vor der Aufnahme als diskriminierend bezeichnet. Über die Aufnahme von HIV-positiven Kandidaten wird zum Beispiel seit 2009 in der Sambischen Vereinigung der Frauenorden (Zambian Association of Sisterhoods) diskutiert, allerdings ohne Ergebnis. Jede Kongregation entscheidet unabhängig für sich.

Die nationalen Bischofskonferenzen der drei Länder haben Richtlinien zu HIV und AIDS am Arbeitsplatz empfohlen, jedoch werden diese Richtlinien in den Diözesen nicht umgesetzt. Gesundheitseinrichtungen in der Erzdiözese Lilongwe stellten die provozierende Behauptung auf, dass HIV-positive Ordensleute und Priester nicht bereit seien, in die Öffentlichkeit zu treten, was zu unnötigen Todesfällen führe. Die Frage, wie man damit umgeht, wenn ein Ordensmitglied oder ein Mitpriester HIV-positiv ist, wurde wie folgt beantwortet: „Wir tolerieren einander, gehen uns sonst aber aus dem Weg.“

Die fehlende Kohärenz im Umgang mit dem Thema HIV und AIDS innerhalb der Kirche und in den öffentlichen Erklärungen der Kirche zeigt sich auch in der folgenden Aussage aus Malawi, wie eine „HIV-sensible Kirche“ aussehen könnte: Es wäre eine Kirche, „in der HIV-positive Seminaristen ihre Ausbildung fortsetzen können und nicht aus dem Seminar ausgeschlossen werden, in der auch Ordenskandidatinnen ihre Ausbildung fortsetzen können, in der Priester füreinander da sind und Infi-

---

zierte nicht diskriminieren, und in der man akzeptiert, dass jeder sich mit dem Virus anstecken kann.“

Die Kirche hat gelernt, in ihrer pastoralen Arbeit und ihren öffentlichen Erklärungen das Thema HIV und AIDS anzusprechen, tut sich aber anscheinend schwer, anzuerkennen und offen damit umzugehen, dass auch Pastoralarbeiter selbst betroffen und infiziert sein können. Ein Mitarbeiter im Gesundheitswesen aus Malawi drückte es wie folgt aus:

„Die Tatsache, dass Menschen nicht sagen können, dass sie HIV-positiv sind, zeigt doch, dass sie diskriminiert werden.“

### 3.5 Abhängigkeit von Geldgebern

Die Finanzen sind eines der Hauptprobleme der Ortskirchen in Äthiopien, Malawi und Sambia, die in ihrer Gesundheits- und Entwicklungsarbeit, und nicht nur für ihre HIV-Programme, in hohem Maße auf ausländische Mittel angewiesen sind. Von einer Unabhängigkeit sind sie weit entfernt, und entsprechende Anstrengungen werden durch die wirtschaftliche Situation der jeweiligen Gesellschaften erschwert. Gelder von Geberorganisationen sind abhängig von deren Vergabepolitik, die sich ändern kann und der es manchmal an Kontinuität mangelt. Der Sekretär für Pastoral von Malawi sagte:

„Es gibt eine Abhängigkeit von Geldgebern, aber wir wüssten auch nicht, wie wir ohne die Hilfe von Gebern auskommen könnten.“

Der Generalsekretär des Katholischen Sekretariats der Diözese Adigrat kritisiert die bisherige Finanzierung von HIV-Projekten und schlägt eine radikale Änderung der Vorgehensweise vor:

„In manchen Fällen sind die Geldbeträge, die sogenannte Partner zusagen, ganz andere als die, die tatsächlich bei uns ankommen. Nicht einmal die Hälfte des Geldes kommt bei den ausgesuchten Empfängern an. Einiges davon verbleibt wie auch immer bei den Partnerorganisationen im Geberland. Oder sie bringen ihre eigenen Leute mit, für die hohe Beträge aufgewendet werden. Mit dem Lohn eines einzigen Ausländers könnte man hier mindestens zehn Experten bezahlen. Für mich liegt das

---

Problem im System selbst, und solange sich das nicht ändert, kann man nichts machen.“

Das Problem, dass Gelder nicht regelmäßig fließen, betrifft auch die häuslichen Pflegeprogramme in den Pfarreien von Chipata und Lilongwe. In 15 von 24 Pfarreien in Chipata wurden häusliche Pflegeprogramme von CRS (Catholic Relief Services) finanziert. Diese Finanzierung wurde eingestellt, und die Pflegeprogramme mussten auf Sparflamme betrieben werden, meist auf ehrenamtlicher Basis oder mit Hilfe örtlicher Mittel. Der Bischof von Chipata bestätigt, dass die Menschen vor Ort dieses Geberverhalten, d.h. Geldmittel nur für eine befristete Zeit zu gewähren und sich dann zurückzuziehen, ohne den Fortgang des Projektes sicherzustellen, sehr negativ sehen.

In Lilongwe betrieben alle 35 Pfarrgemeinden häusliche Pflegeprogramme, die von CAFOD und CRS finanziert wurden. Nach Beendigung der Finanzierung konnten nur 8 Pfarreien die Programme mit lokalen Mitteln fortsetzen. Im Forschungsbericht für Lilongwe wird die Lage wie folgt zusammengefasst:

„Grundsätzlich hat die Organisation gut funktioniert; früher [...] gab es in allen Pfarreien häusliche Pflege. Wir haben begeistert angefangen, weil die Finanzierung gewährleistet war. Inzwischen wurde ein Großteil der Zahlungen eingestellt, was zu einem beträchtlichen Rückgang der Programmarbeit geführt hat. Man kann also feststellen, dass die anfängliche Abhängigkeit von fremden Geldmitteln Eigeninitiative gebremst hat. Irgendwie haben die Geldgeber es versäumt, den Empfängern zu helfen, sich langfristig auf ihre eigenen Ressourcen zu verlassen.“

Ein weiteres Problem ist die hohe Mitarbeiterfluktuation. In Chipata wird das diözesane Gesundheitsbüro nicht von der Diözese bezahlt, sondern es hängt vollständig von der Finanzierung durch fremde Geldquellen ab. Vor einigen Jahren wurde ein neues Gebäude errichtet, das verschiedene Gesundheitsdienste beherbergen sollte. Die Finanzierung wurde eingestellt, und heute werden nur wenige Räume genutzt. Im diözesanen Gesundheitsbüro von Lilongwe wird das Personal hauptsächlich von internationalen Geldgebern bezahlt. Nur eine Kraft kann aus

---

Beiträgen von den Krankenhäusern in diözesaner Trägerschaft bezahlt werden.

Selbst auf der Ebene der Bischofskonferenz in Malawi wird der Gesundheitsbeauftragte nicht von den Bischöfen bezahlt. Dies bedeutet, dass die Aktivitäten nicht nur vom Büro für Gesundheitsfragen (Health Secretariat) oder von der Bischofskonferenz festgelegt werden, sondern – zumindest teilweise – von ausländischen Geldgebern.

Das Problem der Abhängigkeit von Geldgebern hat starken Einfluss auf die Vernetzung zwischen den betroffenen Institutionen, besonders auf pastoraler und medizinischer Ebene. Außerdem kann unter diesen Umständen keine stabile Überprüfungs- und Evaluierungsstruktur entwickelt werden.

Pastoraltheologie und Ekklesiologie beschäftigen sich nur unzureichend mit der Problematik der Finanzierung von Strukturen der Ortskirche. Die ehemaligen „Missionskirchen“ in Afrika wurden bis zu einem gewissen Grad afrikanisiert, aber für die Frage der Finanzen gibt es im lokalen Kontext noch keine Lösung. Im Lilongwe-Bericht heißt es wie folgt: „Irgendwie sucht die Kirche gar nicht nach alternativen Finanzierungsmöglichkeiten, so lange es Geldmittel von außen gibt.“ Die wirtschaftliche Lage der meisten afrikanischen Länder macht die Frage noch brennender. Was bedeutet es in einem Kontext weit verbreiteter Armut und Entbehrung „Kirche“ zu sein?

Eine Kirche, die sich als Nichtregierungsorganisation mit HIV und AIDS beschäftigt, muss Erwartungen erfüllen, die vielleicht nicht mit ihrem Selbstverständnis übereinstimmen. In Malawi werden Gesundheitsdienste in großem Umfang von der Kirche angeboten, obwohl es in der Verantwortung der Regierung liegt, für Gesundheitseinrichtungen zu sorgen. Was bedeutet es, in einem Kontext „Kirche“ zu sein, in dem der Staat seine Aufgaben und Verantwortung nicht übernimmt?

Das Problem der Kontinuität von HIV-Programmen ist eine Herausforderung für Geberorganisationen und Empfänger:

---

„Spendengelder sind für spezielle Aktivitäten vorgesehen und sind mit Vorgaben verbunden über das, was man tun und lassen sollte. [...] Die Geldgeber glauben, dass die Probleme in einigen Jahren gelöst sein werden, wenn sie dir heute helfen. Aber da dies meist nicht der Fall ist, fällt es uns schwer, unsere Maßnahmen fortzuführen.“

Der Generalsekretär des Katholischen Sekretariats der Diözese Adigrat gibt folgenden Rat: „Wenn wir weiterhin von Partnern, Wohltätern und Projekten abhängig sind, dann werden wir meines Erachtens nicht weit kommen. Wir müssen also überlegen, wie wir uns vorbereiten und uns selbst mit dem Geld, das vielleicht schon morgen nicht mehr fließt, ausstatten können. Dafür brauchen wir eine gute Strategie. Egal welches Geld wir erhalten, welche Entwicklung wir vollziehen und welche Arbeit wir leisten, alles muss doppelt effektiv sein: Erstens muss die Unterstützung direkt erfolgen, egal welcher Art sie ist, und zweitens sollte das, was wir tun, nicht nur eine Erleichterung oder Unterstützung für den Augenblick, sondern langfristig angelegt sein.“

Die Empfehlung, die auch der malawische Forschungsbericht ausspricht, lautet, in jedes Projekt lokale einkommenssichernde Aktivitäten einzu beziehen, „um den mit HIV und AIDS Infizierten und davon Betroffenen Hilfe zur Selbsthilfe zu geben.“

### 3.6 „Eine HIV-sensible Kirche“: Zitate

Im Folgenden einige Zitate von Befragten auf die Frage, wie eine HIV-sensible Kirche ihrer Meinung nach aussieht oder aussehen sollte:

„Für mich ist eine HIV-sensible Kirche eine Kirche, die Hoffnung gibt, die Leben fördert und Menschen nicht entmutigt, die den Mut schon verloren haben, keine Hoffnung mehr haben und auf den Tod warten.“ (Katholische Ordensschwester, Adigrat, Äthiopien)

„Eine HIV-sensible Kirche:

- kümmert sich, schützt Leben und gewährt spirituelle und materielle Hilfe
- sorgt für die Kranken und unterstützt sie körperlich und seelisch

- 
- sieht die konkrete Situation realistisch
  - ermöglicht Christen und Ordensleuten, offen über HIV und AIDS zu reden.“

(Bericht aus Sambia)

„Eine HIV-sensible Kirche ist eine Kirche:

- die offen über HIV und AIDS spricht
- die die Thematik HIV und AIDS in alle Aktivitäten der Kirche mit einschließt
- in der Menschen Zeugnis ablegen können
- in der HIV und AIDS in allen Programmen thematisiert werden und nicht nur am Welt-AIDS-Tag und in der das Thema HIV und AIDS in unseren Predigten, Workshops, bei Eheschließungen und in Kirchenprogrammen angesprochen wird.“

(Bericht aus Malawi)

## 4. Ethische Perspektiven

### 4.1 Vorbemerkungen

Vor der Analyse einiger ethischer Aspekte von HIV und AIDS müssen drei Vorbemerkungen gemacht werden. Erstens ist die katholische Morallehre aufgefordert, die ethischen Herausforderungen ernstzunehmen, die sich aus der HIV-Epidemie ergeben. Diese Herausforderungen betreffen den Alltag von zahllosen Menschen, die von HIV und AIDS betroffen sind. Die Sorge um die Kranken, die Armen und die Verwundbaren ist ein wesentlicher Kern des christlichen Glaubens. Jesus wurde gesandt, um den Armen eine gute Nachricht zu bringen (Lk 4,18-19), denn „nicht die Gesunden brauchen den Arzt, sondern die Kranken“ (Mt 9,12). So schrieb Papst Benedikt XVI. in *Africae Munus*: „Nach der Logik der Seligpreisungen muss eine vorrangige Aufmerksamkeit dem Armen, dem Hungrigen, dem Kranken – der zum Beispiel an Aids, an Tuberkulose oder an Malaria leidet –, dem Fremden, dem Gedeemütigten, dem Gefan-

---

genen, dem verachteten Einwanderer, dem Flüchtling oder dem Vertriebenen entgegengebracht werden.“<sup>10</sup>

Zweitens muss angemerkt werden, dass die katholische Moraltheologie und die Sozialethik im Hinblick auf HIV und AIDS aufgrund der Erwartungen der Menschen unter starkem Druck stehen. Auch dazu ein Abschnitt aus *Africae Munus*:

„Das Aids-Problem ist vor allem ein ethisches. Die dafür notwendige Verhaltensänderung [...] wirft letztlich die Frage nach der ganzheitlichen Entwicklung auf, die einen umfassenden Ansatz und eine erschöpfende Antwort der Kirche erfordert.“<sup>11</sup>

Die dritte Anmerkung bezieht sich darauf, dass bei allen Antwortversuchen immer die menschliche Person im Mittelpunkt stehen sollte. So bemerkt Agbonkhanmeghe E. Orobator:

„Der Diskurs über die Moral der HIV-Prävention sollte in erster Linie als ein Diskurs über Menschen und nicht als Polemik über Verhütungsmittel geführt werden.“<sup>12</sup>

## 4.2 Beispiele ethisch relevanter Fragen

### 4.2.1 HIV als Strafe Gottes

Die Frage, ob HIV als Strafe Gottes gesehen werden kann, wurde unterschiedlich beantwortet. Viele Interviewpartner gaben an, dass sie das nicht glaubten. Gleichzeitig erklärten sie aber auch, dass solche Ansichten weit verbreitet seien. In Beantwortung der Frage erwähnten einige Befragte aus Äthiopien die Geschichte von dem Mann, der blind geboren war (Joh 9,1-3). Als er von seinen Jüngern gefragt wurde, ob der Mann blind geboren wurde, weil er gesündigt hatte, antwortete Jesus, dass die

---

<sup>10</sup> Papst Benedikt XVI. (2011) *Africae Munus*, Nr. 27.

<sup>11</sup> *Ibid.*, Nr. 72.

<sup>12</sup> Orobator, A. E. (2006) "Ethics of HIV/AIDS Prevention: Paradigms of a New Discourse from an African Perspective", in: Hogan, L. (Ed.) (2006), *Applied Ethics in a World Church*, Maryknoll, NY: Orbis Books, S. 147-154.

---

Blindheit des Mannes nicht auf seine Sünden oder die seiner Eltern zurückzuführen sei. Die Befragten interpretierten dieses Beispiel dahingehend, dass im heutigen Kontext ein AIDS-Kranker nicht als jemand gesehen werden darf, der von Gott bestraft wurde.

#### **4.2.2 Gründe für die Verbreitung von HIV**

Die Antworten zu den Gründen für die Verbreitung der Krankheit können in zwei Kategorien aufgeteilt werden. Die unmittelbaren Ursachen für die Epidemie wurden im Fehlverhalten – oder zumindest im risikoreichen Verhalten – von Einzelpersonen gesehen. Als Beispiele wurden ungeschützter Geschlechtsverkehr, Verkehr mit mehreren Sexualpartnern oder einfach Ignoranz genannt. Andererseits wurden ungerechte soziale und ökonomische Strukturen wie der Mangel an Bildung, Armut, erzwungene Migration und die unfaire Behandlung von Frauen als eigentliche Ursachen der Epidemie ausgemacht.

Diese Antworten deuten darauf hin, dass die HIV-Epidemie nicht nur ein medizinisches, sexuelles oder individualethisches Problem ist. So wichtig diese Aspekte auch sind, es wäre sehr kurzfristig, die Krankheit nur anhand dieser Gesichtspunkte zu definieren. Eine wirksame Strategie gegen die Weiterverbreitung des Virus muss auch die Frage nach Gerechtigkeit – insbesondere auf globaler Ebene – berücksichtigen.

#### **4.2.3 Diskordante Paare**

Über das Thema diskordante Paare wurde mit vielen Interviewpartnern am heftigsten diskutiert. Dazu gab es keine einfachen Antworten, aber die folgenden vier wurden häufig genannt:

- Sexuelle Enthaltbarkeit, damit der nicht-infizierte Partner nicht infiziert wird
- Verwendung von Kondomen
- Eheleute sollen nach ihrem Gewissen selbst entscheiden dürfen, wie sie sich verhalten möchten
- Keine Empfehlung; Ehepaare werden an medizinische Fachleute, z. B. Ärzte, verwiesen.

---

Besonders die beiden unterschiedlichen Funktionen des Kondoms – einerseits empfängnisverhütend, andererseits vor Krankheiten schützend – führen zu unterschiedlichen Ansichten. Wie die vierte Antwortvariante zeigt, gab es auch einige Priester und Mitglieder der Kirche, die einer Beantwortung der Frage auszuweichen versuchten. Wieder andere vermissten eine klare Richtlinie der Kirche zum Thema diskordante Paare.

Im Oktober 2002 erklärte die Bischofskonferenz des Tschad hierzu Folgendes:

„Hinsichtlich des Kondoms möchte die Kirche durch unsere Bischöfe daran erinnern, dass seine Verwendung den normalen moralischen Regeln unterliegt, die für alles menschliche Handeln gelten. Die höchste moralische Instanz ist unser Gewissen. Jeder von uns sollte seiner persönlichen Situation entsprechend sein Gewissen befragen und eigenverantwortlich handeln. Da ‚niemand zu etwas Unmöglichem verpflichtet ist‘, kann von Eheleuten nicht verlangt werden, sexuell enthaltsam zu leben. Deshalb haben wir Verständnis dafür, dass ein Mensch aus Liebe ein Kondom verwendet, um sich bzw. den Partner zu schützen. Jedoch muss jeder begreifen, dass ein Kondom keinen hundertprozentigen Schutz bietet und letztendlich nicht die durch AIDS entstandenen Probleme löst.“<sup>13</sup>

#### 4.2.4 Schutzbedürftigkeit von Frauen

Im Zusammenhang mit diskordanten Paaren muss man näher auf die Rolle und Stellung der Frauen eingehen. Die Fallstudien zeigen, dass Frauen – insbesondere junge Frauen – stärker vom Risiko einer HIV-Infektion betroffen sind als Männer. Da Frauen häufig sehr jung heiraten oder wirtschaftlich von ihrem Mann abhängig sind, sind sie oft nicht in der Lage, ein selbstbestimmtes Leben zu führen. Aufgrund ihrer prekären Lebenssituation können sie zu riskantem Sexualverhalten gezwungen werden. Frauen haben nicht nur ein persönliches Recht auf Sicherheit, Respekt und Würde, sondern sie spielen auch eine bedeutende

---

<sup>13</sup> Bischofskonferenz des Tschad (2002), *Bishops of Chad's Statement on AIDS*. N'Djamena: Catholic Bishops of Chad.

---

Rolle beim Schutz des Familienlebens und bei der Förderung des sozialen Zusammenhalts.

## 5. Unterschiedliche Handlungsebenen

Die sich aus HIV und AIDS ergebenden Herausforderungen umfassen alle Bereiche menschlichen Lebens, von der persönlichen Reife und Gewissensbildung über die Stellung der Frau in der Gesellschaft bis hin zur Frage der fairen Verteilung von Gütern. Wie das Beispiel der diskordanten Paare zeigt, gibt es moralische Konfliktsituationen, die schwer zu lösen sind. Ethische Überlegungen erfolgen nicht in einem Vakuum oder rein theoretisch, vielmehr sollen sie zu einer angemessenen Lebensweise führen. Die Suche nach solchen Antworten findet auf verschiedenen ethischen Ebenen statt. Wir unterscheiden drei Ebenen: die strukturelle, die kulturelle und die individuelle.

### 5.1 Die strukturelle Ebene

Auf der strukturellen Ebene hat die mangelnde Verteilungsgerechtigkeit zu der schnellen Verbreitung von HIV beigetragen. Ungerechte Strukturen im Bildungswesen, in der Nahrungsmittelversorgung, im Handel, im Gesundheitswesen, in der Verteilung von Ressourcen und Vergabe von Patentrechten bedeuten, dass vielen Menschen in Subsaharischer Afrika die Möglichkeit vorenthalten wird, ein selbstbestimmtes Leben zu führen.

Die Sorge für Menschen, die mit HIV leben oder davon betroffen sind, sollte deshalb nicht auf reine Wohltätigkeit beschränkt sein, sondern auch bedeuten, sich für Gerechtigkeit einzusetzen. Das kirchliche Engagement in der HIV-Arbeit ist oft unstrukturiert und unsystematisch. Wohltätigkeit – und nicht Gerechtigkeit – ist meist der Leitgedanke kirchlichen Handelns. Bischof Kevin Dowling aus Südafrika erklärt Folgendes: „Auf dem Glauben gründende Antworten müssen fachlich korrekt sein und auf einer gründlichen Analyse und wissenschaftlichen Forschung basieren. Dies ist eine Herausforderung für kirchliche Gemeinschaften, denn es bedeutet einen Wandel von wahllosen, wohlgemeinten

---

Aktionen hin zu einer strukturellen Beteiligung an Programmen für betroffene Menschen, um deren durch HIV verursachtes Leid zu lindern und einer Entmenschlichung entgegenzutreten.”<sup>14</sup>

Ein systematischerer Ansatz in der HIV-Prävention erfordert mehr Professionalität in der Planung, Durchführung, Überwachung und Evaluierung. Ebenso unerlässlich sind die Entwicklung von Richtlinien und Strategien sowie eine kompetente Aus- und Weiterbildung kirchlicher Mitarbeiter.

Mehr Professionalität wird erreicht, wenn sich die Kirche stärker um die Vernetzung mit anderen Organisationen bemüht. Die Kirche muss enger mit *allen* Menschen guten Willens zusammenarbeiten. Zu Regierungs- und Nichtregierungsorganisationen sollten engere Beziehungen aufgebaut werden. Dies spart Geld und Personal. Andere Akteure im Bereich Gesundheit sollten nicht als Konkurrenten, sondern als Mitstreiter gesehen werden.

Allerdings muss die Kirche auch ihr besonderes Profil und ihren besonderen Auftrag in die öffentliche Debatte einbringen. Für viele unserer Befragten war Lobbyarbeit auf allen Ebenen immer noch Neuland. Immer wieder wurde beklagt, dass das Engagement der Kirche in der HIV-Arbeit von den öffentlichen und staatlichen Stellen nicht ausreichend gewürdigt wird. Doch auch die kirchlichen Stellen brauchen Unterstützung in der Lobbyarbeit. Hier muss der Aufruf des SECAM hervorgehoben werden:

„Wir bemühen uns, [...] uns auf allen Regierungsebenen und bei zwischenstaatlichen Organisationen für die Festlegung politischer Prioritäten einzusetzen, die die von HIV und AIDS Betroffenen angemessen unterstützen, den HIV- und AIDS-Infizierten Zugang zu Pflege und Behandlung sowie ein Leben in Würde ermöglichen, und die bei verschie-

---

<sup>14</sup> Dowling, K. (2010) *Catholic Social Teaching and the Response of the Church to HIV/AIDS*. National Catholic Reporter 8/7/ 2010

---

denen anderen zwischenstaatlichen Treffen gemachten Zusagen umzusetzen.“<sup>15</sup>

## 5.2 Die kulturelle Ebene

Die Forschungsergebnisse haben gezeigt, dass bestimmte kulturelle Muster und Traditionen die Ausbreitung von HIV begünstigen können. Sexuelle Praktiken oder Bräuche wie *Kusasa fumbi* (Reinigungsriten für Witwen) und *Fisi* (Formen der sexuellen Initiation von Mädchen) können das Risiko einer HIV-Infektion erhöhen. Am häufigsten sind Frauen – vor allem junge Frauen – betroffen. Aus ethischer Sicht ist daher zu prüfen, welche Werte, Praktiken und Bräuche zur Ausbreitung der HIV-Epidemie beitragen.

Eine Verbesserung der Situation von Frauen ist jedoch schwierig, da Verhaltens- und Denkmuster seit Jahrhunderten bestehen. Selbst bei weithin geförderten Strategien zur HIV-Prävention wie ABC ist fraglich, welchen Wert sie für viele Frauen haben, wie Gillian Paterson bemerkt:

„Ein Blick auf die berühmte Präventionsstrategie, allgemein bekannt unter der Abkürzung ABC, A wie abstinence (Enthaltsamkeit), B wie being faithful (Treue), und C wie condom use (Verwendung von Kondomen) genügt. Diese Strategie wurde auf der Grundlage der (derzeit maßgebenden) biomedizinischen Datenbank entwickelt und ist ein klassisches Beispiel für ein Mantra, das Anspruch auf Allgemeingültigkeit erhebt, in Wirklichkeit aber auf einen eigenständigen, erwachsenen Mann aus der westlichen Welt zugeschnitten ist. Enthaltsamkeit? In vielen Teilen der Welt ist Enthaltsamkeit für Frauen keine Option. Die Ehe ist eine kulturelle Notwendigkeit; [...] Eine frühe Eheschließung ist allgemein üblich und wird oft sehr begrüßt. Frauen sind wirtschaftlich von ihren Männern abhängig, und über die Umstände des Geschlechtsverkehrs haben die Frauen normalerweise keine Kontrolle. Treue? Viele Frauen sind treu, werden aber von ihren untreuen oder drogensüchtigen

---

<sup>15</sup> SECAM (2003) *Die Kirche in Afrika angesichts der HIV/AIDS Pandemie: Aktionsplan*, Dakar: SECAM.

---

Partnern mit HIV infiziert. Kondome? Welche Frau oder welches Kind hat jemals einen Mann davon überzeugt, gegen seinen Willen ein Kondom zu benutzen?“<sup>16</sup>

Viele Strategien zur Bekämpfung von HIV und AIDS berücksichtigen die besonderen Probleme der Frauen nur unzureichend. Jede Strategie sollte eine Antwort auf die beiden folgenden Fragen geben: Welche kulturellen Faktoren begünstigen diese beunruhigende Situation von Frauen und Mädchen? Können in den kulturellen Traditionen Ansichten und Verhaltensweisen identifiziert werden, die besonders für den Schutz von Frauen nützlich sein können?

Die Kirche hat die Pflicht, die Rechte der Frauen nachdrücklich zu fördern und jegliche Form von Unterdrückung oder Diskriminierung zu bekämpfen. „In Christus Jesus seid ihr alle Kinder Gottes. [...] Es gibt nicht mehr Juden und Heiden, nicht Sklaven und Freie, nicht Mann und Frau, denn ihr alle seid ‚einer‘ in Christus Jesus.“ (Gal 3, 26-28)

Außerdem zeigt die Wirkkraft kultureller Denkmuster und Konventionen, dass eine ethische Direktive ohne Sensibilität für diese Faktoren erfolglos bleiben wird. Dies erfordert eine Inkulturation ethischer Richtlinien und Moralvorstellungen, die die traditionelle afrikanische Kultur berücksichtigen. Im Hinblick auf die theologische Ausbildung in den Priesterseminaren erklärt Paul Chummar:

„Selbst Einrichtungen, die darauf spezialisiert sind, eine inkulturierte Theologie zu entwickeln, unterrichten hauptsächlich die westliche Moraltheologie, so als wäre sie eine universelle theologische Ethik. Das halte ich für eine Form von theologischem Kolonialismus.“<sup>17</sup>

Zur Vermeidung dieser Form des theologischen Neo-Kolonialismus schlägt Chummar die Entwicklung einer inkulturierten theologischen Ethik vor, die den Traditionen vor Ort stärker Rechnung trägt.

---

<sup>16</sup> Patterson, G. (2007) „Der Gender-Falle entkommen. Die Aufdeckung patriarchalischer Strukturen in Zeiten von Aids“, in: *Concilium* 43, Nr. 3, S. 342-352.

<sup>17</sup> Ibid.

---

Dadurch könnte der Graben zwischen der gelehrten Theorie und der in Afrika üblichen Praxis geschlossen werden. In vielen Befragungen im Zusammenhang mit der Studie zeigte sich eine Kluft zwischen der kirchlichen Doktrin und dem Leben der Gläubigen. Predigten und Empfehlungen der Geistlichen finden kaum noch Beachtung. Eine stärker inkulturierte Ethik könnte dem entgegenwirken, was Karl Rahner als „Differenz zwischen theoretischer und praktischer Moral“ problematisiert hat.

### 5.3 Die individuelle Ebene

Das Insistieren der Kirche auf Enthaltbarkeit und Treue wird von anderen Organisationen häufig als weltfremd angesehen. Die Kirche hat jedoch gute Gründe, an ihren Idealen festzuhalten, nicht nur hinsichtlich ihrer eigenen Tradition, sondern auch angesichts wissenschaftlicher Untersuchungen zur Verbreitung von HIV. Für Michael Kelly kann die Bedeutung der Ideale Enthaltbarkeit und Treue nicht hoch genug eingeschätzt werden:

„Ideale können [...] auf moralischer Ebene enorm motivierend sein. Basierend auf der Achtung vor dem unantastbaren Wert des Lebens und dem von Gott geschaffenen Wunder der Sexualität, inspirieren die Ideale von Enthaltbarkeit und ehelicher Treue, sie motivieren und führen zu angemessenem Handeln.“<sup>18</sup>

Jedoch entsprechen die alltäglichen Erfahrungen nicht immer diesen Idealen. In vielen Fällen können sie es einfach nicht. Häufig begegnen wir diskordanten Partnerschaften, die auf Treue beruhen. Die Eheleute wollen einander treu sein und einander ihre Liebe zum Ausdruck bringen. Sie müssen jedoch erkennen, dass der HIV-negative Partner gefährdet ist, wenn beim Geschlechtsverkehr keine geeigneten Schutzmaßnahmen ergriffen werden. Ein moralischer Gesichtspunkt, der hier auftaucht, ist die Frage nach der Verwendung von Kondomen.

---

<sup>18</sup> Kelly, M.J.: "Some AIDS-Relevant Teachings of Moral Theology in the Field of Sexuality", in: Moerschbacher, M.; Kato, J.; Rutechura, P. (Hg.) (2008) *A Holistic Approach to HIV and AIDS in Africa*, Nairobi: Paulines, S. 117-128.

---

Die Befragungen ergaben kein einheitliches Bild hinsichtlich des Dilemmas diskordanter Paare. Fast alle Befragten vertrauten eher darauf, dass der betroffene Partner eine verantwortungsvolle und seinem Gewissen entsprechende Entscheidung trifft. Die Bischöfe von Südafrika, Botswana und Swasiland gaben eine ähnliche Empfehlung:

„Es gibt Paare, bei denen ein Partner mit HIV und AIDS lebt. In diesen Fällen besteht die reale Gefahr, dass sich der gesunde Partner diese tödliche Krankheit zuzieht. Die Kirche akzeptiert, dass jeder das Recht hat, sein Leben vor einer tödlichen Gefahr zu schützen. Dazu gehört auch, dass man geeignete Mittel und Maßnahmen ergreift. Ähnlich müssen Eheleute, bei denen ein Partner mit HIV und AIDS infiziert ist, auf ihr Gewissen hören. Nur sie können die geeigneten Mittel zum Schutz vor einer Ansteckung wählen. Derart intime Entscheidungen sollten von Mann und Frau als gleichberechtigte und liebende Partner gemeinsam getroffen werden.“<sup>19</sup>

Die Verwendung von Kondomen ist nicht das einzige Diskussionsthema zur Sexualethik. Die katholische Theologie muss sich auf eine neue Wahrnehmung der menschlichen Sexualität insgesamt konzentrieren. So erklärt der irische Moraltheologe Enda McDonagh, dass Sex ein Teil des göttlichen Schöpfungsplans ist, nach dem er die Menschen als sexuelle Wesen geschaffen hat: „So lesen wir in einem der Schöpfungsberichte (Genesis 1,27), dass ‚Gott den Menschen als sein Abbild schuf. Als Mann und Frau schuf er sie‘. Dieses Geschenk unterschiedlicher Geschlechtlichkeit wurde den Menschen als Abbild Gottes zur Liebe und Gemeinschaft gegeben, um Leben zu schenken und an der Schöpfung mitzuwir-

---

<sup>19</sup> „Southern Africa Bishops Conference (2001), *A message of hope*” from the *Catholic Bishops to the people of God in South Africa, Botswana and Swaziland*, Pretoria: St. Peter’s Seminary. Abrufbar unter:  
<http://www.oikoumene.org/en/resources/documents/other-ecumenical-bodies/church-statements-on-hiv/aids/southern-africa-bishops>

---

ken. [...] Ein christlich-theologischer Blick auf Sexualität hat keinen Platz für das ‚Sex-ist-schmutzig-Syndrom‘.<sup>20</sup>

Eine positivere Sicht der Sexualität wäre sicher ein wesentlicher Fortschritt: „Sexualität spielt eine Rolle bei unserer Erfüllung als Mann oder Frau. Die Kirche betrachtet Sexualität als etwas Positives und sieht in ihr eine Aufgabe und Verantwortung zugleich.“<sup>21</sup>

## 6. Erkenntnisse und Visionen

### 6.1 Kernfragen

Aus diesem Forschungsprojekt zu drei afrikanischen Ländern ergaben sich folgende Punkte, die für eine HIV- und AIDS-sensible Kirche von entscheidender Bedeutung sind:

- Trotz jüngster Erfolge bei der globalen Bekämpfung von HIV, geben HIV und AIDS in vielen Teilen der Welt, besonders im subsaharischen Afrika, noch immer Anlass zu großer Besorgnis. Eine Antwort auf HIV muss ein wirklich ganzheitliches Konzept anstreben.
- Äußerst wichtig ist es, in der Kirche, auch unter Ordensleuten und Geistlichen, das Schweigen über HIV und AIDS zu brechen.
- Die kirchliche Hierarchie sollte befugt sein, Fragen zum Thema HIV und AIDS im Sinne von *Africae Munus* anzusprechen, indem zum Beispiel eine realistische Strategie für das Symposium der Bischofskonferenzen von Afrika und Madagaskar (SECAM) erarbeitet wird.
- Menschliche Sexualität sollte in einem positiveren Licht gesehen werden.

---

<sup>20</sup> McDonagh, E. „Theology in a time of AIDS“, in: Gill, R. (Hg.) (2007) *Reflecting Theologically on AIDS. A Global Challenge*. London: SCM Press, S. 43-59.

<sup>21</sup> Bischofskonferenz des Tschad (2002) *Bishops of Chad's Statement on AIDS*. N'Djamena: Catholic Bishops of Chad.

- 
- Auf strukturellen und kulturellen Faktoren beruhende Gewalt sowie Praktiken, die sich besonders gegen die Rechte von Frauen richten, müssen dringend angesprochen werden.
  - Auf allen Ebenen braucht die Kirche einen systematischeren Ansatz, insbesondere:
    - Eine bessere Vernetzung aller Partner
    - Eine bessere Koordination und Zusammenarbeit in der Pastoral, der Förderung der menschlichen Entwicklung sowie in der karitativen Arbeit und Notfallseelsorge
    - Eine bessere Planung und Durchführung im Sinne der Kontinuität von Programmen sowie bei der Beantragung öffentlicher Mittel.
  - Ein intensiverer und beständiger Dialog mit der Wissenschaft ist erforderlich, um:
    - Die Kluft zwischen Theologie und pastoraler Ausbildung zu überwinden
    - Den Aufbau von Kapazitäten zu fördern, und zwar auf diözesaner, regionaler und internationaler Ebene.
  - Eine bessere Kooperation mit anderen Glaubensgemeinschaften, der Zivilgesellschaft und der Öffentlichkeit sollte angestrebt werden, um die Lobbyarbeit zu verbessern und gute gemeinsame Verfahrensweisen zu erarbeiten.
  - Die Kirche in wohlhabenden Ländern sollte auch das Thema globale Gerechtigkeit ansprechen, insbesondere wenn eine nicht-nachhaltige Wirtschaftspolitik in Niedriglohnländern prekäre Bedingungen schafft.
  - Als eine der Gesundheit und Heilung verpflichtete Gemeinschaft von Gläubigen kann die Kirche eine gemeinschaftliche Dimension von Gesundheit auf lokaler bis hin zur globalen Ebene fördern.

## 6.2 Empfehlungen auf weltkirchlicher Ebene

Papst Franziskus hat die Rolle des Papstes als die eines „Beschützers“ beschrieben, der Macht als Dienst sieht. In der Überzeugung, dass die Rolle des Papstes mit der der Weltkirche im Dienst für die Ortskirchen

---

auf der ganzen Welt vergleichbar ist, sprechen die Autoren dieser Studie folgende Empfehlungen aus:

- Die theologische Reflexion über ethische und andere Dimensionen von AIDS und HIV sollte auf allen Ebenen theologischer Forschung und Lehre intensiviert werden. Das Thema HIV und AIDS sollte im Kontext einer integrierten Entwicklung und globaler Gerechtigkeit angegangen werden sowie als ganzheitlicher Ansatz der Moralthologie für ein Verständnis der menschlichen Sexualität als Gabe Gottes.
- Die Situation diskordanter Paare, die auch von den Vätern der Zweiten Sondersammlung der Bischofssynode für Afrika<sup>22</sup> angesprochen wurde, ebenso wie die Frage nach pastoraler und ethischer Unterstützung für diskordante Paare, sollten von einem interdisziplinären und internationalen Gremium untersucht werden, um den betroffenen Menschen klare Richtlinien zu geben und widersprüchliche Botschaften zu vermeiden.
- Die systematische Vermittlung von medizinischen, ethischen und pastoralen Kenntnissen und Erfahrungen im Bereich HIV und AIDS sollten Teil der Ausbildung von kirchlichen Mitarbeitern in der Pastoral und von Seelsorgern sein, vor allem in den Priesterseminaren.
- Die Situation HIV-positiver Priester und Ordensleute sollte ernst genommen werden, und durch die Auseinandersetzung mit der Stigmatisierung innerhalb der Kirche in Zusammenhang mit HIV sollte ein Geist des Willkommens gefördert und Selbsthilfegruppen für infizierte oder betroffene Seelsorger ermutigt werden. Dazu sollte eine systematische Vernetzung von Ordensgemeinschaften und Kongregationen erfolgen, wobei auch das „International Network of Religious

---

<sup>22</sup> Zweite Sondersammlung der Bischofssynode für Afrika (2009), „... this Synod proposes: ... a pastoral support which helps couples living with an infected spouse to inform and form their consciences, so that they might choose what is right, with full responsibility for the greater good of each other, their union and their family.“ (Propositio 51). Abrufbar unter:  
[http://www.vatican.va/roman\\_curia/synod/documents/rc\\_synod\\_doc\\_20091023\\_elenco-prop-finali\\_en.html](http://www.vatican.va/roman_curia/synod/documents/rc_synod_doc_20091023_elenco-prop-finali_en.html)

---

Leaders living with or personally affected by HIV and AIDS” (INERELA) einbezogen werden sollte.

- Das universale Lehramt der Katholischen Kirche sollte sich in den Dienst der Ortskirchen und deren Lehrrämter stellen, damit bestimmte, lokal auftretende Probleme dem Subsidiaritätsprinzip entsprechend auf lokaler Ebene angesprochen und gelöst werden können und das Lehramt der Bischöfe in den verschiedenen kulturellen Kontexten gestärkt wird.

### 6.3 Antworten der katholischen Kirche in Afrika

Es wäre falsch, die Erkenntnisse und Aussagen zu den Antworten der Kirche auf die HIV-Epidemie für ganz Afrika zu verallgemeinern. So wie es Unterschiede beim Ausbruch der Epidemie, den anfälligen Gruppen, den Reaktionsmöglichkeiten und den konkreten Antworten darauf gibt, so unterschiedlich sind auch die Diözesen, Regionen und nationalen Stellen, was die Kultur, die Bevölkerungsgruppen, die Geschichte, Glaubensstraditionen und die Inkulturation der Antworten auf die Epidemie angeht. Die Antwort der katholischen Kirche in Afrika auf die Herausforderungen von HIV und AIDS muss zwei Tatsachen berücksichtigen.

Erstens: Wirtschaftlicher, sozialer, kultureller und politischer Druck zwingt viele Menschen zu einem riskanten Verhalten, das sie nicht vermeiden können.

Zweitens: Viele in der Sozial- und Pastoralarbeit tätige Menschen, Ordensleute und Priester sind selbst mit HIV infiziert. Allerdings können sie bisher nicht offen mit HIV im kirchlichen Dienst leben.

Auch das im November 2011 veröffentlichte Nachsynodale Apostolische Schreiben *Africae Munus* beschäftigte sich mit der Antwort der Kirche auf HIV und AIDS. In diesem Dokument wurde besonders auf Pflegedienste, vor allem auf gesundheitliche Betreuung, Nachdruck gelegt: „Nach der Logik der Seligpreisungen muss eine vorrangige Aufmerksamkeit dem Armen, dem Hungrigen, dem Kranken – der zum Beispiel an AIDS, an Tuberkulose oder an Malaria leidet –, dem Fremden, dem Gedeimütigen, dem Gefangenen, dem verachteten Einwanderer, dem

---

Flüchtling oder dem Vertriebenen entgegengebracht werden (vgl. Mt 25, 31-46). Die Antwort auf ihre Bedürfnisse in Gerechtigkeit und Liebe hängt von allen ab.“

## 6.4 Die katholische Kirche in Deutschland und HIV und AIDS

Seit Beginn des neuen Jahrtausends ist die Zahl neuer HIV-Infektionen und die der AIDS-Toten weltweit Jahr für Jahr kontinuierlich zurückgegangen. Doch die Gesamtzahl der HIV-Infizierten steigt immer noch. So wäre es katastrophal, wenn das internationale, nationale und gemeinschaftliche Engagement mit Blick auf die Herausforderungen der HIV-Epidemie nun nachlassen würde. Der konstante und unermüdliche Einsatz in der HIV-Prävention, Pflege, Betreuung und Unterstützung von AIDS-Kranken bleibt weiterhin von höchster Bedeutung.

Aufgrund ihrer zahlreichen Verbindungen zu den afrikanischen Ortskirchen, ihrer langjährigen Erfahrung im Kampf gegen HIV und AIDS und ihrer finanziellen Ressourcen kommt der katholischen Kirche in Deutschland eine besondere Verantwortung zu.

Die Armen – und vor allem arme Frauen – leiden am meisten unter den direkten und indirekten Folgen der HIV-Epidemie. HIV und AIDS sollten im Rahmen weltkirchlicher Zusammenarbeit als Indikator für strukturelle Ungerechtigkeit anerkannt werden. Besonders die langjährige Expertise der kirchlichen Hilfswerke in der ganzheitlichen Gesundheits- und Entwicklungsarbeit kann hier zum Tragen kommen.

In vielen afrikanischen Ländern bleibt die Kirche weiterhin ein wesentlicher Träger von Gesundheitsdiensten für die Ärmsten der Armen. Kirchliche Gesundheitseinrichtungen bilden ein einzigartiges, wertvolles Netzwerk – bis hin in die entlegensten Gebiete – ganzheitlicher Gesundheitspflege. Die Einstellung der Unterstützung durch die katholische Kirche in Deutschland für die Gesundheitsfürsorge von HIV-Infizierten, besonders im subsaharischen Afrika, wäre katastrophal. Der Auftrag Jesu „das Reich Gottes zu verkünden und zu heilen“ (Lk 9,2) ist – und bleibt – das Kernanliegen christlicher Mission.

---

Häufig reagiert die katholische Kirche – auch in Deutschland – geradezu sprachlos auf die Thematik von HIV und AIDS. Vielen Gläubigen und kirchennahen Aktivisten fällt ein offener Umgang mit den durch HIV und AIDS gestellten Fragen schwer. Dieses Verhalten steht in starkem Gegensatz zum intensiven Engagement und zur professionellen Kompetenz von kirchlichen Gesundheitsinstitutionen. Wenn es um menschliche Sexualität geht, kann häufig ein seltsames Schweigen beobachtet werden, das es zu überwinden gilt.

Im Hinblick auf Sexualität wird die katholische Kirche häufig als moralisierende und belehrende Institution angesehen. Daher gilt es noch stärker die Worte von Papst Franziskus zu beherzigen:

„Eine schöne Predigt, eine echte Predigt muss beginnen mit der ersten Verkündigung, mit der Botschaft des Heils. Es gibt nichts Solideres, Tieferes, Festeres als diese Verkündigung. Dann muss eine Katechese kommen. Dann kann auch eine moralische Folgerung gezogen werden. Aber die Verkündigung der heilbringenden Liebe Gottes muss der moralischen und religiösen Verpflichtung vorausgehen. Heute scheint oft die umgekehrte Ordnung vorzuherrschen.“<sup>23</sup>

---

<sup>23</sup> Antonio Spadaro SJ, Das Interview mit Papst Franziskus, 19. September 2013. Abrufbar unter: [http://www.stimmen-der-zeit.de/zeitschrift/online\\_exklusiv/details\\_html?k\\_beitrag=3906412](http://www.stimmen-der-zeit.de/zeitschrift/online_exklusiv/details_html?k_beitrag=3906412)

---

## Literaturverzeichnis

Benedikt XVI. (2010) *Licht der Welt. Der Papst, die Kirche und die Zeichen der Zeit. Ein Gespräch mit Peter Seewald*. Freiburg: Herder.

Benedikt XVI. (2011) *Nachsynodales Apostolisches Schreiben Africae Munus*.

Chiti, L. (2011) „The Church, culture and HIV/AIDS”, in: *JCTR Bulletin* Nr. 89, S. 25-26.

Die katholischen Bischöfe von Südafrika, Botswana und Swasiland (2001) *A Message of Hope*.

Dowling, K. (2010) „Catholic Social Teaching Finds Church Leadership Lacking”, in: *National Catholic Reporter*, 8/7/2010.

Episcopal Conference of Chad (2002) *Bishops of Chad's Statement on AIDS*. N'Djamena: Catholic Bishops of Chad.

Kelly, M. J. (2008) „Some AIDS-Relevant Teachings of Moral Theology in the Field of Sexuality”, in: Moerschbacher, M.; Kato, J.; Rutechura, P. (Hg.), *A Holistic Approach to HIV and AIDS in Africa*, Nairobi: Paulines Publications. S. 117-128.

McDonagh, E. (2007) „Theology in a time of AIDS”, in: Gill, R. (Hg.), *Reflecting Theologically on AIDS. A Global Challenge*, London: SCM Press. S. 43-59.

Orobator, A.E. (2006) „Ethics of HIV/AIDS Prevention: Paradigms of a New Discourse from an African Perspective”, in: Hogan, L. (Hg.), *Applied Ethics in a World Church*, New York: Maryknoll, Orbis Books. S. 147-154.

Patterson, G. (2007) „Escaping the Gender Trap: Unravelling Patriarchy in a Time of AIDS”, in: *Concilium* 43, Nr. 3, S. 342-352.

Rahner, K. (1995) „Theoretische und reale Moral in ihrer Differenz” (1995), in: Ders.: *Selbstvollzug der Kirche. Ekklesiologische Grundlegung praktischer Theologie*, Freiburg: Herder. S. 233-242.

---

Symposium of Episcopal Conferences (SECAM) (2003) *The church in Africa in face of the HIV/AIDS Pandemic: Plan of Action*. Dakar: SECAM.

### Websites

UNAIDS (2014) *AIDS Info*. Abrufbar unter:

<http://www.unaids.org/en/dataanalysis/datatools/aidsinfo/>

UNAIDS (2011) *Global Fact Sheet*, Geneva, [www.unaids.org](http://www.unaids.org)

Zweite Sonderversammlung der Bischofssynode für Afrika (2009) *Propositio 51*. Abrufbar unter:

[http://www.vatican.va/roman\\_curia/synod/documents/rc\\_synod\\_doc\\_20091023\\_elenco-prop-finali\\_en.html](http://www.vatican.va/roman_curia/synod/documents/rc_synod_doc_20091023_elenco-prop-finali_en.html)