

„Die Kirche hat Aids!“ – 20 Jahre für Inklusion: Die Ökumenische Aids-Initiative KIRCHE positHIV

Von Klaus Hägele zum 20-jährigen Bestehen, August 2013

Der Begriff der Inklusion ist in jüngster Zeit über die Behindertenpädagogik wieder in den Raum der Kirche gelangt. In den Achtziger- und Neunziger-Jahren hatte die Feministische Theologie mit dem Ansatz der Geschlechtergerechtigkeit auch den Begriff der Inklusiven Sprache ins Spiel gebracht. Der Sache nach ist Inklusion dagegen schon immer ein zutiefst christliches Anliegen gewesen, auch wenn es nur höchst unvollkommen zur Verwirklichung kam.

Inklusion

Sowohl in der pädagogischen als auch in der soziologischen Inklusionsforschung wird im Wesentlichen von vier Stufen von sozialer Zuordnung ausgegangen: Exklusion – Segregation (oder Separation) – Integration – Inklusion ¹. Im Grunde geht es immer um den Umgang mit Andersartigkeit. Die extremste Form dieses Umgangs geht allerdings über die Exklusion hinaus: Sie besteht in der Bestreitung des Existenzrechtes des Andersartigen bis hin zu seiner Auslöschung (Extinktion).

Teilweise wird im nicht wissenschaftlichen Sprachgebrauch Integration mit Inklusion gleichgesetzt. Doch das entscheidende Unterscheidungsmerkmal liegt im Vorhandensein bzw. Fehlen einer Entgegensetzung von Mehrheit und Minderheit. Die Gleichwertigkeit bei aller Unterschiedlichkeit ist das Kennzeichen von Inklusion. „Inklusion ist die gelebte Erkenntnis, dass jeder Mensch einzigartig ist und diese Individualität für die Gemeinschaft belebend und bereichernd wirkt.“ ²

HIV/Aids als Thema von Exklusion und Inklusion

Für das Verständnis der Relevanz der Inklusionsfragestellung sind drei Punkte wichtig:

- ◆ Die Infektion mit dem HI-Virus muss nicht zwangsläufig zur Aids-Erkrankung führen.
- ◆ Durch intensive Forschung und immense Weiterentwicklung der antiretroviralen Therapie ist Aids im Wesentlichen zu einer chronischen Erkrankung geworden, häufig allerdings mit erheblichen Nebenwirkungen. Wer Aids ausgebildet hat, kann unter bestimmten Umständen eine recht hohe Lebenserwartung haben. Die Sterberate ist gegenüber den 90er Jahren stark zurückgegangen.
- ◆ HIV ist unter retroviraler Behandlung nicht mehr infektiös.
- ◆ Im Vergleich mit anderen schweren Erkrankungen nimmt Aids in Mitteleuropa mithin keine Sonderstellung mehr ein. Das größere Problem ist HIV, nicht Aids. Zum mittlerweile erstaunlich gut zu handhabenden medizinische Aspekt kommt der erheblich schwierigere psychosoziale. Die mit der HIV-Infektion verbundene Problematik jenseits medizinischer Fragen kommt mit dem Wortfeld Kontakt, Grenzen und Intimität in den Blick. Sie wird in dem Moment virulent, wo sich persönlicher Kontakt mit potenziell Infizierten ereignet. Alles Kopfwissen um Übertragungswege wird häufig bei den ersten Begegnungen von existenziellen Angstgefühlen überdeckt.

Türklinken, der gemeinsame Abendmahlskelch, Toiletten werden zu Kristallisationspunkten dieser Ängste. Bis heute machen HIV-Positive bei Ärzten und in Kliniken entwürdigende Erfahrungen mit überflüssigen Schutzmaßnahmen, die aus medizinischer Unkenntnis eingeleitet werden oder auf irrationalen Bedenken beruhen. HIV-Patienten werden in zahnärztlichen Praxen häufig immer noch kurz vor Praxisschluss behandelt, weil angeblich nach ihrer Behandlung der gesamte

¹ vgl. die Wikipedia-Artikel [http://de.wikipedia.org/wiki/Inklusion_\(Pädagogik\)](http://de.wikipedia.org/wiki/Inklusion_(Pädagogik)) und [http://de.wikipedia.org/wiki/Inklusion_\(Soziologie\)](http://de.wikipedia.org/wiki/Inklusion_(Soziologie)) – Zugriff 23.7.2013.

² Wolfhard Schweiker, Inklusion. Aktuelle Herausforderung für Theologie und Kirche, Deutsches Pfarrerblatt, Heft 6 / 2011, 296-300, hier 297.

Behandlungsraum desinfiziert werden müsse. Kürzlich erzählte mir ein Gemeindeglied nach einem Haushaltsunfall, dass Ärzte und Pflegepersonal in einer Universitätsklinik (!) durch seine HIV-Infektion derart in psychischen Stress versetzt wurden, dass er als Patient sie beruhigen musste. 2011 wurde ein Chemielaborant in Berlin wegen eines positiven Testergebnisses gekündigt und verlor in erster und zweiter Instanz vor dem Arbeitsgericht, und das, obwohl objektiv kein Übertragungsrisiko besteht. In Sachsen-Anhalt sollen künftig Zwangstests auf Hepatitis- und HIV-Infektionen bei Personen möglich sein, die durch eine Infektion eine besondere Gefahr für das Leben anderer darstellen. Dazu zählt das Innenministerium vor allem Polizisten und Rettungssanitäter. Bisher ist ein Test beim Verdacht auf eine HIV-Infektion nur dann möglich, wenn die Betroffenen dem zustimmen. Die Aids-Hilfe, der Schwulen- und Lesbenverband und die Opposition laufen Sturm gegen die Pläne. In einem offenen Brief des Lesben- und Schwulenverbandes hieß es, der Gesetzentwurf sei "völlig unangemessen." Die Maßnahmen seien irrationalen Ängsten geschuldet. "Sie schützen keinerlei Polizeibeamte oder andere helfende Berufe mit diesem Entwurf", schrieb der Verband an Sachsen-Anhalts Innenminister Holger Stahlknecht. Stattdessen würden Homosexuelle unnötig stigmatisiert.³

Etwas anderes kommt heute noch erschwerend hinzu: Nach den Erfahrungen der Aids-Beauftragten sind heutige Neuinfizierte und -erkrankte im Unterschied zu den Positiven der Achtziger- und Neunziger-Jahre nicht mehr auf organisierte Selbsthilfe und Emanzipation hin orientiert. Sie ziehen sich eher total zurück und sprechen oft nur mit ihrem Arzt über Fragen im Zusammenhang mit HIV. „Aids hat ein Gesicht“, hieß es auf Plakaten der Aidshilfe einst. Heute hat Aids oft kein Gesicht mehr. Die Auseinandersetzung mit dem Virus geschieht in der Öffentlichkeit nur noch abstrakt, etwa durch Plakataktionen der Aidshilfen oder der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, nicht mehr in sozialen Kontakten.

HIV und die Kirchen

Die Ökumenische Aids-Initiative KIRCHE positHIV wurde 1993 nicht in erster Linie deshalb ins Leben gerufen, weil es diakonisch-seelsorglicher Aktivitäten der Kirchen gegenüber einer besonders gefährdeten Klientengruppe bedurft hätte. Denn es gab bereits einen gut funktionierenden ökumenischen Arbeitskreis von SeelsorgerInnen, die auch auf den Aidsstationen der Berliner Kliniken tätig waren und sich in der Berliner Aids-Hilfe zum Austausch trafen. Zu ihm gehörte auch die damalige evangelische Landespfarrerin für Krankenhausseelsorge, Marga Rust-Riedel. Der primäre Grund für die Gründung einer ökumenischen Aids-Initiative unter Federführung der evangelischen Pfarrerin Dorothea Strauß war vielmehr ein kirchlicher Missstand, der alle Kirchen betraf. Aids galt ihnen als Schmutzkrankheit. Menschen mit HIV bzw. Aids wurden im System Kirche, aber auch von vielen kirchlichen Amtsträgern, grundsätzlich als Nicht-Zugehörige behandelt, als bloße Objekte caritativer Zuwendung und oftmals moralischer Verdächtigung oder Verurteilung. Mitarbeitende im Verkündigungsdienst erfuhren inquisitorische kirchenamtliche Befragungen („Auf welchem Wege haben Sie sich dies zugezogen?“) und wurden nach ihrem Tod, etwa bei kirchlichen Trauerfeiern, ihrer Identität und Geschichte beraubt, indem dieser Teil ihres Lebens einfach ausgeblendet wurde. Aids hatten immer nur „die Anderen“; die „gesunde“ Kirche hatte damit selbstverständlich nichts zu tun. Auf die von uns geschaltete Traueranzeige in der Kirchenzeitung für einen befreundeten Kirchenmusiker, der sich bis zuletzt gehalten und getragen fühlte von Bachkantaten und Chorälen, wurden wir erstaunt angesprochen: „War der Christ? Gibt es das, Christen mit AIDS?“

Wir entwarfen demgegenüber das Programm von Kirche, die sich nicht distanziert und nicht stigmatisiert, sondern die ihren geglaubten Leib-Christi-Charakter nach 1 Kor 12,12ff angesichts der Wirklichkeit von HIV und Aids ernst nimmt, demzufolge sich der ganze Organismus nicht vom Leiden einzelner Glieder abstrahieren kann und darf: „Die Kirche hat AIDS“ und ist eben KIRCHE positHIV. Ermutigt wurden wir durch Teilnehmende des damals in Berlin gegründeten International Christian Aids Network (ICAN), die uns sagten: Wenn die verfassten Kirchen da nichts unternehmen, müsst ihr es selbst in die Hand nehmen. Wir verstanden es als ein Vermächtnis

³ vgl. Tagesspiegel online vom 30.11.2012.

unserer verstorbenen kirchlichen Freunde, HIV und Aids als Wirklichkeit auch innerhalb der Kirche sichtbar zu machen und vielen so den Teil ihrer Biographie zurückzugeben, der ihnen genommen worden war. Als erstes führten wir ein Aids-Gedenkbuch ein, das wir in der uns Gaststatus gebenden Kirche Am Lietzensee auf einem speziell angefertigten kleinen Gedenkaltar auslegten und in das bis heute Namen von an den Folgen von Aids Verstorbenen eingetragen werden. Um dieses Buch herum versammelten wir uns anfangs mit regelmäßigen Vespertagesdiensten. Inzwischen hat sich vieles verändert⁴.

Was 1993 ausschließlich mit ehrenamtlicher Arbeit begann, hat 1997 ein Minimum an stützender Struktur erhalten, indem eine landeskirchliche Beauftragung für Pfarrerin Strauß ausgesprochen wurde und die Sächsische Franziskanerprovinz auf Anregung durch Pater Norbert Plogmann, den späteren Provinzialminister, für drei Jahre eine Anschubfinanzierung für eine Teilzeitstelle zur Verfügung stellte. Die Landeskirche übernahm im Anschluss die Finanzierung aus Kollektengeldern. Im Februar 2013 wurde die landeskirchliche Anbindung nach Beschlüssen von Kirchenleitung und Landessynode auf den Kirchenkreis übertragen. Die Sterberate und die Zahl der Neuinfektionen sei deutlich zurückgegangen. Deshalb sei ein spezieller kirchlicher Handlungsbedarf nicht mehr gegeben; es gebe auch keine Spezialseelsorge für Demenzkranke oder Krebskranke; eine besondere Qualifikation wie etwa für die Seelsorge an Blinden und Sehbehinderten sei für diese Seelsorge ebenfalls nicht nötig. – Was die katholische Seite betrifft, so haben die Franziskaner in der Vergangenheit mehrere Priesterbrüder in Folge neben deren Haupttätigkeit für die Verantwortung von katholischer Seite zur Verfügung gestellt, die allerdings wie alle anderen Mitarbeitenden ehrenamtlich tätig waren bzw. sind.

„Kirche inklusive HIV“ statt vertikaler Segregation

„Kirche inklusive HIV“ lautet das Motto unseres 20-jährigen Bestehens. Denn der Sache nach war der Inklusionsgedanke von Anfang an richtungsweisend für uns.

Was wir vorfanden, war eine kirchliche Wirklichkeit, die etwa der vorerwähnte Kirchenmusiker einmal so ausdrückte: „Ich bin Christ und arbeite seit vielen Jahren in der Kirche, und ich sehe nicht ein, dass aus mir nun plötzlich ein diakonisches Nächstenliebe-Objekt werden soll, das kirchliche Gruppen demnächst mit selbstgebastelten Ostereiern beglücken möchten, weil ich jetzt mit Aids lebe und etwas derangiert im Krankenhaus liege und mich nicht so gut wehren kann.“ Wir nannten das böse „Barmherzigkeits-Terrorismus“. Wenn wir gefragt wurden, wie es denn mit der „Betreuung“ der Aids-Kranken so stehe, antworteten wir schon stereotyp: Wir betreuen niemand! Unser Leitbild lautet ganz anders: „Menschen mit HIV und Aids in den Kirchen eine Heimat geben.“

In humanwissenschaftlicher Terminologie ist das, was wir vorfanden, Segregation oder Separation. Eine Exklusion im Sinne der Inklusionsforschung gab es meines Wissens in den Kirchen selten. Das zentrale Problem war eine kirchlich besonders beliebte Art von Segregation, die ich die „vertikale Segregation“ nenne. Sie zementiert die Asymmetrie zwischen der caritativ sich herab neigenden Kirche und der Person(engruppe), der sie sich in hilfreicher Absicht zuwendet. Da muss eine theologische Frage beantwortet werden: Soll die Kirche dem Beispiel Christi folgen und sich selbst erniedrigen, um bei den Schwachen und Armen zu sein? Der lebenslang körperbehinderte und 2009 verstorbene evangelische Theologe Ulrich Bach hat sich mit dieser Frage besonders intensiv auseinandergesetzt und sie so präzisiert: „[...] ob wir Christen, wenn wir uns den Schwächeren zuwenden, dadurch auf die Seite Gottes treten, der sich ja auch zu uns Menschen herunterneigte (das würde ein krasses Gefälle bedeuten: Gott und wir Helfer auf der einen, die Hilfsbedürftigen auf der anderen Seite), oder ob wir alle, Starke und Schwache, Behinderte und Nichtbehinderte, in gleichem Maße darauf angewiesen sind, daß Gott sich uns allen zuwendet - und wenn wir Menschen uns mitunter gegenseitig helfen, dann steht das - ohne jedes Gefälle - auf einem völlig anderen Blatt (möglich wird hier eine ehrliche Solidarität).“⁵ Bach zitiert seinen Vikarsvater Johannes Klevinghaus: "Zum Heruntersteigen werden wir in der Schrift zwar oft

⁴ vgl. www.kirche-positiv.de.

⁵ Ulrich Bach, Hauptsache gesund? Der Glaube an die Machbarkeit einer von Krankheit freien Welt, in: Diakonisches Werk der evangelischen Kirche in Württemberg e.V. (Hg.), Der Rede wert, Beiträge aus der Arbeit der Diakonie, Stuttgart, 1997, URL = http://www.ulrich-bach.de/html/hauptsache_gesund_.html (Zugriff 23.7.2013)

ermahnt; es ist dann aber an eine vermeintliche Höhe gedacht, die wir verlassen sollen: 'Haltet euch herunter zu den Niedrigen.' Da ist keine Kondeszendenz, da ist kein frommer Schein des Herabneigens und Herabsteigens. Da wird uns der Platz angewiesen, an den wir gehören. Da sind wir Kranke im gleichen Spital, Gebundene unter Mitgebundenen, in gleich schwerer Schuldverhaftung, in gleicher Verdammnis, haben teil an Not und Elend und rufen für uns selber mit den Herrn an, der im Elend unser Bruder wurde: 'Herr, erbarme dich unser!'"⁶.

Dass „die Kirche“ allein bei todkranken und sterbenden Aidskranken Engagement zeigte, wurde Ende der Achtziger- und Anfang der Neunzigerjahre als eine Geste des Hochmuts und der Überheblichkeit empfunden, zumal viele Aidskranke damals zeitgleich von Seelsorgern hörten, sie seien ja selbst schuld an ihrem Ergehen, bis hin zum Urteil, Aids sei in Wahrheit eine Strafe Gottes. „Nur ein sterbender Schwuler ist für die Kirche ein guter Schwuler“ war darum ein in Aids-Kreisen verbreitetes Diktum.

Vor 20 Jahren wehte uns als VertreterInnen „der Kirche“ in der Berliner „Aids-Szene“ ein entsprechend eiskalter Wind entgegen. Das hat sich durch mühsame Beziehungsarbeit langsam, aber stetig verändert. Heute betrachten viele KIRCHE positiv als ihre Kirchengemeinde und die Aids-Beauftragte als ihre Pfarrerin, selbst wenn sie selten oder gar nicht an den angebotenen Aktivitäten wie etwa dem monatlichen Gottesdienst teilnehmen. Die bloße Existenz von KIRCHE positiv ist für sie ein sprechendes Zeichen dafür, dass „die Kirche“ auch ihnen offensteht. Dass die Landeskirche durch ihre finanzielle und strukturelle Unterstützung seit 1997 sich allem Anschein nach den emanzipatorischen Ansatz einer solidarischen Kirche selbst aneignete, hat weit über den Kreis der Betroffenen im engeren Sinne wieder Türen für das organisierte Christentum geöffnet, besonders unter Schwulen und Lesben. Deshalb war die bis Anfang 2013 bestehende landeskirchliche Anbindung und die stetige Unterstützung durch Bischof Wolfgang Huber so wichtig.

Auf katholischer Seite ist die Franziskanerprovinz an dieser Stelle für die katholische Kirche vorangegangen; der bis heute ehrenamtliche Beauftragte für einen Ordenspriester ausspricht, zurzeit ist es Pater Clemens Wagner OFM. Das wurde und wird durchweg mit großer Wertschätzung zur Kenntnis genommen. Auch vom katholischen Laiengremium, dem Diözesanrat des Erzbistums Berlin, wurden wir projektbezogen unterstützt. Besonders wichtig für die öffentliche Wahrnehmung aber war, dass mit Hanna-Renate Laurien und nach ihrem Tod mit Wolfgang Thierse zwei sehr bekannte und geachtete kirchlich aktive Katholiken die Schirmherrschaft übernahmen.

Vision einer solidarischen Kirche

Wir knüpften 1990 an einen aus dem anglophonen Raum stammenden Ruf an: „The Church has Aids!“ Er bezog sich auf die Leib-Christi-Metapher und eine ihrer Zuspitzungen in 1 Kor 12,26: „Wenn ein Glied leidet, leiden alle Glieder mit.“ So, wie das HI-Virus nie nur einen Teil des Körpers befällt, sondern immer den ganzen betrifft, so kann sich der gesamte Leib Christi, die Kirche, nicht davon distanzieren, wenn getaufte Glieder an diesem Leib infiziert sind. Die Distanzierung wurde aber im Stigma sichtbar, das, wie beschrieben, auch von kirchlicher Seite bedient wurde. So lautet seitdem unsere Vision: „Die Kirche hat Aids und reagiert solidarisch als Leib Christi.“ Daraus speist sich das Leitbild für unsere Arbeit: „Menschen mit HIV und Aids in den Kirchen eine Heimat geben.“

Viele, die zögernd Vertrauen fassten, dass sie bei uns einen Platz finden könnten, brauchten bereits für ihren ersten Besuch in einem unserer Gottesdienste Anlauf. Dass jemand erst einige Male die Kirche umrunden musste, bevor er oder sie sich entschloss, den Schritt über die Schwelle zu wagen, war kein Einzelfall. Einige haben wieder vorsichtig zuvor verlorenes Vertrauen in die Institution Kirche gefasst und sind wieder in die Landeskirche (oder in die römisch-katholische Kirche) eingetreten. Nicht wenige haben (wieder) zum christlichen Glauben gefunden. Viele von denen, die sich seit Jahren als Gemeindeglieder der ökumenischen Gemeinde KIRCHE positiv

⁶ Johannes Klevinghaus, in: Ernst Brinkmann, Hg., *Heil und Heilung*, Gedenkbuch für Johannes Klevinghaus, 1970, S. 61 f.

betrachten, würden ohne sie wieder kirchlich heimatlos werden. In eine örtliche Kirchengemeinde, egal welcher Konfession, würden sie wahrscheinlich nicht hinein finden.

Dass Aids in Deutschland infolge der zunehmenden Privatisierung von HIV kaum mehr ein Gesicht hat, ist einer der Gründe, warum es so leicht ist, der Versuchung nachzugeben und stellvertretend etwa in ein afrikanisches Gesicht zu blicken und dadurch von der hautnahen Begegnung entlastet zu sein – die klassische Alibi-Funktion. Heute haben der allgemeinen Wahrnehmung zufolge Menschen in Afrika oder Osteuropa Aids, und kirchliche Beschäftigung mit diesem Thema konzentriert sich meist auf Partnerschaften mit jenen fernen Nächsten, für die man sich in den Gemeinden caritativ und im Sinne politischer Diakonie engagiert. Dass HIV/Aids vielleicht ganz nah ist, wird dadurch vom eigenen Leib weggehalten – und von den Teilen des Leibes Christi, die uns am nächsten liegen. Anstatt sich mit den sich daraus ergebenden Herausforderungen an die eigene kirchliche Kultur zu beschäftigen, wird das Problem verschoben und zum Teil mit viel Aufwand am fremden Ort bearbeitet: Wir tun etwas gegen Aids! In dieser Konstellation wird das an sich lobenswerte Engagement zu einem kompensatorischen Akt, einer Ersatzhandlung, verkehrt. Auf Seiten vieler örtlichen Gemeinden ist das Selbstverständnis verbreitet, für alle offen zu sein. Da brauche es doch nicht noch ein besonderes kirchliches Arbeitsfeld für „die Aidskranken“ im eigenen Kirchengebiet. In den Anfangsjahren hörten wir das öfter. Verschwunden ist es noch immer nicht. Die Sensibilisierung für die Fragen der Milieus durch den EKD-weiten Reformprozess und durch die Beschäftigung mit den Sinus-Studien auch in anderen Kirchen müsste große Fragezeichen an derlei Selbstbeschreibungen setzen. Denn allzu leicht wird die theologisch selbstverständlich vertretene Offenheit verwechselt mit dem, was interessierte Menschen faktisch erfahren müssen, wenn sie sich in mehr oder weniger geschlossene kirchliche Kreise hinein wagen.

Weil HIV mit Verletzlichkeit in der Berührung und im intimen Kontakt zu tun hat, ist für HIV-Positive auch etwas so Intimes wie der persönliche Glaube in besonderer Weise mit tangiert, wenn Erfahrungen von Ausgrenzung und Stigmatisierung gemacht werden. Sehr sensibel reagieren HIV-Positive auf die Art und Weise, wie ihnen gerade in religiösen Zusammenhängen begegnet wird, etwa in Kirchengemeinden. Können sie wirklich selbstverständlich dabei sein, oder lässt das die herrschende Kultur nicht zu? Kommt man ihnen vielleicht mit einer spezifischen Distanziertheit entgegen oder etwa mit einem Interesse, das sich nicht auf ihre Person, sondern in exotistischer Weise auf ihr Infiziert- oder Erkranktsein richtet („Wir haben auch einen Aidskranken in unserer Gemeinde“) und sie damit positiv diskriminiert?

Volle Inklusion ist erst dann verwirklicht, wenn ein Gemeindeglied (oder ein potenzielles Gemeindeglied) in seiner Kirchengemeinde darauf vertrauen kann: In dem Moment, wo ich mich als HIV-positiv oder an Aids erkrankt zu erkennen gebe, erfahre ich nicht weniger, aber auch nicht mehr (!) Aufmerksamkeit als zuvor. Ich bin und bleibe als ich selbst interessant, so wie ich das auch vor Gott bin. Dem Anliegen einer inklusiven Gemeindekultur geht es in der Tat „um ein ehrliches Interesse am Nächsten, an seinen Besonderheiten, seinen Eigenheiten und seiner Einzigartigkeit. Dieser Ansatz unterscheidet sich deutlich von einer reinen und falsch verstandenen Integration, die nur die Hineinnahme eines Menschen in einen bestimmten Kontext vorsieht, indem Hürden und Barrieren abgebaut werden. [...] Das Ziel ist und bleibt die volle Gemeinschaft, wie es uns verheißen ist. [...] Diese Ausrichtung dient [...] allen Teilen des Ganzen.“⁷

KIRCHE positHIV möchte HIV und Aids in den hiesigen Kirchen jetzt erst recht ein Gesicht geben. Es zeigt dann aber auch kein diakonisches bzw. caritatives Gegenüber zur Kirche, sondern ist ein dezidiert kirchliches Gesicht.

Als Projekt mit einem Inklusionsauftrag haben wir begonnen. Inzwischen sind wir eine ökumenische Gemeinde geworden und haben damit stellvertretend die Aufgabe übernommen, die

⁷ Thomas Jakobowski und Mirja Küenzlen, *Inklusive Gemeindekultur. Ein Puzzle mit vielen Teilen*, in: *Christliche Spiritualität gemeinsam leben und feiern. Praxisbuch zur inklusiven Arbeit in Diakonie und Gemeinde*, Stuttgart 2007, S. 50f, hier S.51. – Inklusion wird hier im Zusammenhang von Behinderung betrachtet. Die zentralen Aussagen sind aber ebenso auf andere Zusammenhänge übertragbar.

eigentlich den bestehenden Gemeinden selbst und den Kirchen als ganzen gehört. Unser Ziel ist immer noch die *Inklusion*. Faktisch kämpfen wir seit Bestehen von KIRCHE positHIV um die innerkirchliche *Integration*. Bischof Huber hat uns darin verstanden und uns als eine „Profilgemeinde“ bezeichnet im Sinne des EKD-Reformprozesses. Wo die Integration aber, wie 2012 von Synode und Kirchenleitung der EKBO geschehen, in Frage gestellt wird mit dem Argument, jede Kirchengemeinde könne die Aufgaben einer Aids-Beauftragten selbst übernehmen, und also implizit mit der Behauptung, in den Gemeinden und kirchlichen Einrichtungen bestehe bereits eine inklusive Kultur, fällt Kirche faktisch wieder in die *Segregation* HIV-Positiver und Aids-Erkrankter zurück.

Das Problem beginnt bereits bei der Wahrnehmung der Realität. Die ist bei HIV/Aids lange nicht so offenkundig wie etwa beim mittlerweile breit diskutierten Thema Behinderung. Selbst wenn vom Wissen und Wollen her eigentlich alles auf „o.k.“ steht, folgt dennoch der Bauch in der Situation der bewussten Begegnung erst einmal irrationalen Abgrenzungsimpulsen. Wenn ich mich jetzt doch infiziere? Und schon ist die Aufmerksamkeit auf die eigene Sicherheit und nicht auf das Gegenüber konzentriert. Die Aufgabe besteht schlicht darin, sich dessen gewahr zu werden und sich von solchen Abwehrhaltungen zu lösen. Erst dann kann es weitergehen. Das verlangt einiges von beiden Seiten.

„Wir brauchen Formen des Zusammenlebens, [...] in denen jeder Mensch die Chance hat, als das gesehen zu werden, was er oder sie ist: mit allen Aspekten des Menschseins.“⁸ – „Die größte Herausforderung besteht [...] darin, Inklusion als ein integrales Querschnittsthema in der Praktischen Theologie und der kirchlichen Praxis zu etablieren. [...] Es] muss grundgelegt werden, dass alle Menschen unabhängig von ihren Besonderheiten zu allen Lebens- und Gemeindebereichen einen gleichberechtigten Zugang haben. Sie dürfen nicht, wie dies bei unterschiedlichen gesellschaftlichen Randgruppen häufig geschieht, dem exklusiven Sektor der Diakonie bzw. der Caritas zugeschrieben werden.“⁹ Dafür reicht es eben nicht zu sagen: Wir sind doch so liberal, bei uns ist das kein Problem. Notwendig ist eine Integration des Themas HIV/Aids und vor allem der konkreten Menschen, die damit leben, mitsamt ihren Lebenswelten in ihren Horizont und das kirchliche Selbstverständnis hinein: Die Kirche hat Aids und sie reagiert darauf selbstverständlich solidarisch. Eigentlich ganz einfach. Aber wir wissen ja: Die einfachsten Dinge sind die schwersten.

8 Heiner Küenzlen, Mach dir kein Bildnis! Zugedecktes aufdecken, in: Christliche Spiritualität gemeinsam leben, S. 60-62, hier S.61.

9 Wolfgang Schweiker, Inklusion, S. 299f.