

***"It will really knock on to everybody's door ..."***

**Die sozialen Folgen der AIDS-Epidemie in Namibia.**

**Eine Untersuchung in Katutura und Ovamboland.**

Dissertation zur Erlangung des

Doktorgrades (Dr. rer. soc.)

des Fachbereichs Sozial- und Kulturwissenschaften

der Justus-Liebig-Universität Gießen

*Vorgelegt von*

Matthias Rompel

aus Limburg/Lahn

2003

People are dying in Namibia

*Rauna Shimbode, Home-based-Care-Nurse, Onandjokwe*

I feel very sad at the moment, some people came for counselling ...  
and believe me I could do well with no more sad stories.

*Agnes Tom, AIDS-Counsellor, Windhoek-Katutura*

It will really knock on to everybody's door. So that time of laughing at the one who is  
skinny, who looks like one - those times are over.  
It really can happen to anyone: Your family, your sister, whoever ... yourself even.

*Ingrid Louis, AIDS-Counsellor, Windhoek-Katutura*

This days like in Namibia a lot of people are getting infected.  
It's like, you have to regard everyone in your doubt as HIV-positive.  
And look in the statistic. I'm telling you: It will shock you.  
It's like each and everyone is ... infected. You know, it's really shocking.

*Alsina Ndevelo, AIDS-Counsellor, Windhoek-Katutura*

# Inhaltsverzeichnis

	Seite
<b>0. Vorwort und Einleitung .....</b>	<b>1</b>
 <u>Erster Teil: Grundlagen</u>	
<b>1. Darstellung des Forschungsgebiets .....</b>	<b>5</b>
1.1 Sozialwissenschaftliche AIDS-Forschung .....	5
1.1.1 AIDS-Forschung in Deutschland .....	5
1.1.2 <i>AIDS in Afrika</i> -Forschung .....	7
1.1.2.1 Überblick .....	7
1.1.2.2 Themen und Ergebnisse .....	11
1.1.2.3 Studien zu AIDS in Namibia .....	15
1.2 Fragestellung und Methodik .....	17
 <b>2. Die kulturelle Konstruktion von HIV und AIDS .....</b>	 <b>25</b>
2.1 Die Entstehung einer neuen Krankheit: Die Entdeckung von HIV und AIDS .....	 25
2.2 Biomedizin und <i>Traditional Healing</i> .....	30
2.3 Zum Stand biomedizinischer Behandlungsmöglichkeiten .....	34
2.4 Die globale Dynamik der AIDS-Epidemie .....	37
 <b>3. AIDS in Afrika .....</b>	 <b>39</b>
3.1 Epidemiologische Daten .....	39
3.2 AIDS im Südlichen Afrika .....	45
 <u>Zweiter Teil: Exploration</u>	
<b>4. AIDS in Namibia .....</b>	<b>48</b>
4.1 Jüngere Geschichte und Landeskunde .....	48
4.2 Medizinische Infrastruktur .....	54

4.3	Rahmenbedingungen: Demografische Daten zu AIDS in Namibia .	57
4.4	Darstellung der Forschungslokalitäten .....	61
4.4.1	Ruraler Raum: Der Norden - Ovamboland .....	63
4.4.2	Urbaner Raum: Die Hauptstadt - Katutura .....	81
4.5	Ursachen für die Ausbreitung .....	92
<b>5.</b>	<b>Soziale Folgen von HIV und AIDS</b>	
	<b>Die Mikroebene -</b>	
	Individuelle Auswirkungen von Infektion und Krankheit .....	129
5.1	Fallstudien .....	129
5.1.1	Ovamboland .....	130
5.1.2	Katutura .....	143
5.2	Bewältigung .....	155
5.2.1	Zutagetreten der Infektion .....	160
5.2.2	Der Verlauf der Krankheit .....	203
5.2.3	Sterben und Tod - Folgen für das Umfeld .....	218
<b>6.</b>	<b>Exkurs: Präventionsprogramme und ihr Scheitern .....</b>	<b>234</b>
6.1	Namibische Präventionskampagnen .....	235
6.2	Probleme in der Umsetzung des Präventionskonzepts .....	240
<b>7.</b>	<b>Die Makroebene - Debatten und Diskurse .....</b>	<b>250</b>
7.1	Vorbemerkung: Kohärenzkräfte und die Notwendigkeit neuer Institutionen .....	250
7.2	Diskurse .....	255
7.2.1	Vorbemerkung: "Katastrophe" oder "Krise"? .....	255
7.2.2	Alltagsdiskurse .....	256
7.2.3	Mediendiskurse .....	258
<b>8.</b>	<b>Schlußbemerkung:</b>	
	<i>"... trying to get a slice of the cake" AIDS als Big Business .....</i>	<b>264</b>

## Dritter Teil: Schluß

<b>9.</b>	<b>Ausblick</b> .....	<b>267</b>
<b>10.</b>	<b>Zusammenfassung</b> .....	<b>270</b>
<b>11.</b>	<b>Literaturverzeichnis</b> .....	<b>274</b>
<b>12.</b>	<b>Anhang</b> .....	<b>295</b>
12.1	Transkriptionssystem .....	295
12.2	Abbildungsverzeichnis .....	296
12.3	Interviewverzeichnis .....	297

## 0. Vorwort und Einleitung

In der hier vorliegenden Arbeit wird der Versuch unternommen, die sozialen Folgen von AIDS in Namibia, auf der Ebene von Betroffenen und deren Umfeld in Familie und Haushalt, zu beschreiben und zu analysieren. Dies geschieht auf Basis einer qualitativen Untersuchung in den Situationen des städtischen Katutura und des ländlichen Nordnamibia (Ovamboland).

Ich habe als Titel dieser Studie ein Zitat gewählt, mit dem ein Gesprächspartner versucht hat die unglaublichen Ausmaße der AIDS-Epidemie in Namibia in Worte zu fassen: "*It will really knock on to everybody's door*"; jeder Namibier wird in Zukunft - falls er nicht schon betroffen ist - mit den unmittelbaren oder mittelbaren Auswirkungen von AIDS zu tun haben. Im landesdurchschnitt sind in Namibia nahezu ein Viertel der Erwachsenen HIV-infiziert. Jede Familie, jeder Haushalt, jeder gesellschaftliche Sektor ist von der Epidemie betroffen oder wird in Zukunft davon betroffen sein. In diesem Sinne ist sicher auch vieles von dem hier beschriebenen nur ein Vorläufer dessen, was sich in den nächsten Jahren und Jahrzehnten in den Auswirkungen noch gravierender fortsetzen wird - selbst dann, wenn die Infektionsraten nicht mehr steigen.

Im ersten Kapitel dieser Arbeit stelle ich zunächst das Forschungsgebiet sozialwissenschaftlicher AIDS-Forschung mit besonderem Augenmerk auf das subsaharische Afrika dar und entwickle daraus die Fragestellung und Methodik der Untersuchung.

Im zweiten Kapitel führe ich in die Geschichte von AIDS ein und stelle einige für das Verständnis von Gesundheit und Krankheit im interkulturellen Kontext grundlegende Konzepte vor, bevor ich die biomedizinischen Behandlungsmöglichkeiten erörtere und die globale Dynamik der AIDS-Epidemie beschreibe.

Dies wird in Kapitel 3 auf den Verlauf der Epidemie in Afrika bezogen.

Im vierten Kapitel werden die Besonderheiten der namibischen Situation dargelegt, es wird ein geschichtlicher Überblick gegeben, Gesellschafts- und Sozialstrukturen und der Aufbau des Gesundheitswesens dargestellt. Daran anschließend werden die Rahmenbedingungen der AIDS-Epidemie in Namibia erörtert. Schließlich werden

die Lokalitäten, in denen die Studie durchgeführt wurde, vorgestellt und die Ursachen für die erheblichen HIV-Prävalenzraten diskutiert.

In Kapitel 5 wird aus der Perspektive des einzelnen gesellschaftlichen Akteurs verfolgt, welche Folgen für das Subjekt und sein Umfeld aus der HIV/AIDS-Problematik erwachsen. Dazu werden Fallstudien diskutiert und die Umgangsweisen mit Infektion und Krankheit entlang des Verlaufs einer HIV-Infektion (Zutreten der Infektion, Krankheit, Tod) geschildert.

Im sechsten Kapitel wird erörtert, warum die zahlreichen Präventionsbemühungen, die mittlerweile zu verzeichnen sind, bisher nicht in dem Maße greifen, wie man sich das erwünscht; was also Probleme sind, mit denen das Präventionskonzept im namibischen Kontext konfrontiert ist.

In Kapitel 7 werden die gesellschaftlichen Diskurse dargestellt und die Art und Weise analysiert, in der HIV und AIDS in den Medien und im Gespräch der Bevölkerung thematisiert (bzw. nichtthematisiert) wird.

In der Schlußbemerkung gehe ich auf die Kommerzialisierung ein, die den Sektor AIDS mehr und mehr umgibt und als dessen Konsequenz sich eine wachsende AIDS-Industrie beobachten läßt.

Abschließend wird ein Ausblick gegeben (Kapitel 10), der die aktuellen Entwicklungen im Hinblick auf die Ausweitung von antiretroviraler Therapie in Namibia ins Auge faßt.

Die Interviewsequenzen und zahlreiche weitere Zitate sind in englischer Sprache wiedergegeben. Diese wörtliche Zitation im englischen Original habe ich aus Gründen der Authentizität gewählt; Verzerrungen und Bedeutungsverluste durch eine Übersetzung sollten damit vermieden werden. Bei Interviewausschnitten habe ich aus dem gleichen Grund die Aussagen nicht grammatikalisch korrigiert oder anderweitig geglättet. Dies erschwert zwar zum Teil die Verständlichkeit, erhält aber den Charakter der Äußerungen.

Alle verwendeten Quellen sind unmittelbar angegeben, wenn keine Angabe erfolgt ist die Beobachtung oder Überlegung auf die Ergebnisse meiner eigenen Recherche und Feldforschung gestützt.

Ich habe mich dazu entschieden, Südliches Afrika und HIV bzw. AIDS durchgängig groß zu schreiben. Wenn von Nordnamibia gesprochen wird, ist immer Nordzentralnamibia (Ovamboland) gemeint.

Ein Thema, daß sich so unmittelbar mit dem Schicksal, dem Leben und Sterben von Menschen verknüpft wie HIV/AIDS, läßt niemanden, der damit konfrontiert ist, unberührt. So hat auch bei mir die Beschäftigung mit dem Thema Spuren hinterlassen. Neben dem, was ich versucht habe, hier zu formulieren, habe ich unermesslich viel von den Betroffenen erfahren und gelernt. Ich habe an erschütternden und traurigen Erlebnissen partizipiert, aber auch hoffnungsfrohe, zuversichtliche und schöne Situationen erlebt. Ich habe viel Kraft und Stärke angesichts scheinbar auswegloser Situationen gesehen und war erstaunt über das Ausmaß der Hilfsbereitschaft und die Stärke sozialer Bezüge, die es vielen ermöglicht aktiv, kreativ und würdevoll mit der eigenen Situation umzugehen. All dies soll nicht über die grausamen Realitäten von AIDS hinwegtrösten, die 95% der weltweit Betroffenen, die in den Ländern der Südhemisphäre leben, mit einem Bruchteil der medizinischen Möglichkeiten Leben zu verlängern, zurückläßt, als sie in den Ländern des Westens zur Verfügung stehen. Diese Behandlungsmöglichkeiten von AIDS sind keine Patentlösung; sie werden - wie in Kapitel 10 diskutiert - neue Probleme, neue Risiken und neue Herausforderungen schaffen und tun das bereits, aber sie sind vielleicht ein Schritt in die richtige Richtung. Ich hoffe, daß auch ich mit dieser Arbeit einen kleinen Beitrag zur Debatte um ein wichtiges Thema liefern kann

Vielen Menschen gilt mein ausdrücklicher Dank. Ohne sie hätte die vorliegende Arbeit nicht in dieser Form entstehen können. Sie haben mich auf verschiedenste Weise unterstützt.

Zunächst habe ich allen Interviewpartnern in Namibia zu danken, die bereit waren, sich mit mir zu unterhalten, mit mir ihre Schicksale, Erfahrungen, Einschätzungen, Hoffnungen, Wünsche und Ängste zu teilen und in einigen Fällen mit mir in einen längeren Gesprächsprozess einzutreten. Ihre Offenheit machte diese Untersuchung überhaupt erst möglich.



Die Arbeitskontakte zu einigen der Kooperationspartner in Namibia haben über die Jahre wundervolle Freundschaften entstehen lassen, dafür sei Rauna Shimbode, Martin Imene, Agnes Tom, Ingrid Louis und Alsina Ndeevelo gedankt.

In der Arbeitsgruppe mit Reimer Gronemeyer, Georgia A. Rakelmann und Marco Schäfer konnte ich zahlreiche Gespräche führen, die meine Auseinandersetzung mit dem Thema voran- und mich von gedanklichen Irrwegen abgebracht haben. Mit Georgia A. Rakelmann habe ich viele Abschnitte diskutiert. Insbesondere Reimer Gronemeyer hat durch seine pointierte Kritik zahlreiche Einsichten bei mir befördert und mich zu neuen Sichtweisen ermuntert.

Judith Dernbach, Annette Rompel und Michaela Fink haben mich in der Korrektur von unzähligen Versionen unterstützt und Rechtschreibung, Zeichensetzung und Gedankenbrüche geordnet.

Ohne das Verständnis und die Unterstützung von Judith Dernbach wäre die Entstehung dieser Arbeit nicht möglich gewesen.

## **Erster Teil: Grundlagen**

### **1. Darstellung des Forschungsgebiets**

In diesem Kapitel wird der Bereich sozialwissenschaftlicher Forschung zu HIV und AIDS, mit besonderem Augenmerk auf das subsaharische Afrika, dargestellt (1.1) und daraus die Fragestellung dieser Arbeit entwickelt (1.2), sowie die methodische Grundlage der Untersuchung erörtert (1.3).

#### **1.1 Sozialwissenschaftliche AIDS-Forschung**

##### **1.1.1 AIDS-Forschung in Deutschland**

Im Blick auf die Industrieländer sind die sozialen Implikationen von AIDS wohl bisher am besten untersucht. Zu vielfältigen Aspekten (medizinische, epidemiologische, sozialpolitische, sozial- und kulturwissenschaftliche und psychologische Fragestellungen) existiert eine umfangreiche Literatur, die laufend ergänzt wird. Für Deutschland lieferte dazu insbesondere die Bundestag-Enquete-Kommission "*Gefahren von AIDS und wirksame Wege ihrer Eindämmung*" einen wesentlichen Anschlag. Diese wies schon Mitte der 80er Jahre auf den sozialwissenschaftlichen Forschungsbedarf hin (Köhl, Schürhoff 2001: 16) und gab selbst eine Studie zu den gesellschaftlichen Auswirkungen von AIDS in Auftrag<sup>1</sup>. Weitere Impulse zur wissenschaftlichen Aufarbeitung gingen ab 1987 auch von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung und dem Bundesministerium für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit aus. Durch eine politische Fokussierung und die daraus resultierende Einrichtung von Forschungsschwerpunkten wuchs der Umfang deutschsprachiger Arbeiten, insbesondere von 1987 bis 1992, stark an. Köhl und Schürhoff weisen darauf hin, daß hierbei thematisch die Bereiche *Prävention* und *Sexualverhalten, Krankheitsbewältigung* und *Einstellung der Bevölkerung* überwogen, wobei die Studien zu Prävention und Sexualverhalten eindeutig den

---

<sup>1</sup> Vgl. Bleibtreu-Ehrenberg 1989.

Schwerpunkt bildeten (Köhl, Schürhoff 2001: 17-18). Mit dem Rückgang von Fördergeldern nahm dann allerdings auch das Ausmaß der Beschäftigung mit dem Thema ab.

Für den Zeitraum ab Mitte der 90er Jahre sind zwei bedeutende Arbeiten zu nennen:

- Im Bereich der soziologischen Forschung ist die Studie von Eirnbter, Hahn und Jakob über die gesellschaftlichen Folgen von AIDS aus dem Jahre 1993 hervorzuheben<sup>2</sup>, die nach dem Wissensstand und den subjektiven Vorstellungen unterschiedlicher sozialer Milieus zu AIDS fragt. Eirnbter, Hahn und Jakob wiesen nach, daß es eine deutliche Diskrepanz von Experten- und Laienwissen im Bezug auf die Wahrnehmung von Infektionsgefahren, der Bereitschaft zu Schuldzuschreibungen und Ausgrenzung Betroffener und die Akzeptanz gesundheitsadministrativer Maßnahmen gibt.<sup>3</sup>
- 1995 wurde von Bardeleben, Fieberg und Reimann die erste ausführliche quantitativ-empirische und repräsentative Untersuchung zu Jugend, Sexualität und AIDS vorgelegt (Bardeleben, Fieberg, Reimann 1995; vgl. auch Bardeleben, Reimann, Schmidt 1988). Die Studie konnte darlegen, daß "nahezu 3/4 (73 Prozent) der Jugendlichen "erhebliche" Probleme beim Gebrauch von Kondomen haben. Ferner konnte nachgewiesen werden, daß "eine hohe allgemeine Intention, bei neuen Sexualpartnern Kondome zu verwenden, nicht zwangsläufig zur faktischen Kondomverwendung führen muß." (S.17) "... Informiertheit und allgemeine Präventionsintention sind keine hinreichenden Bedingungen für tatsächliches Präventionsverhalten." (S.18) "Die faktische Benutzung von Kondomen wird also von situativen Faktoren und nicht von einer allgemeinen Handlungsintention [...] beeinflusst." (S.217). Bei den Jugendlichen zwischen 14 und 24 Jahren bestehen deutliche Informationslücken bezüglich der AIDS-Vorbeugung. So konnten 26 Prozent der Befragten mit dem Begriff "safer sex" nichts anfangen." (Köhl; Schürhoff 2001: 20-21)

---

<sup>2</sup> Vgl. Eirnbter, Hahn, Jacob 1993.

<sup>3</sup> Wenn - wie gezeigt - schon im europäischen Kontext das Laienwissen von weitreichender Bedeutung für das soziale Feld ist, so ist zu vermuten, daß dieser Umstand um so mehr für den afrikanischen Kontext zutrifft. So ist das Expertenwissen bei der Mehrheit der sozialen Milieus in afrikanischen Gesellschaften für die Subjekte wesentlich unzugänglicher und spielt neben traditionellen Wissensbeständen (traditionale Körper- und Heilungsvorstellungen) und modernem Laienwissen (religiöse Heilungsvorstellungen) oft nur eine marginale Rolle (vgl. LeBeau 1999). Vgl. auch Kapitel 1.2 und 2.2.

## 1.1.2 *AIDS in Afrika-Forschung*

### 1.1.2.1 Überblick

Insgesamt ist im Blick auf die Studien, die sich mit der AIDS-Epidemie<sup>4</sup> in Afrika befassen, festzustellen, daß das Einsetzen substanzieller sozialwissenschaftlicher AIDS-Forschung jeweils der medizinischen Forschung mit einem Abstand von mehreren Jahren folgt. In der auf Afrika bezogenen Sozialforschung zu AIDS vergehen – nachdem 1981 in den USA erstmals die Krankheit AIDS beschrieben wird – rund sechs Jahre, bis das Thema erstmals in sozialwissenschaftlicher Hinsicht auf breiter Ebene bearbeitet wird. 1987 erscheinen erste Aufsätze in der englischsprachigen Fachpresse und das Thema wird auf Kongressen der Afrikaforschung zu einem Diskussionsgegenstand.<sup>5</sup> Wenige Jahre später, Anfang der 90er Jahre, kommt es in der Fachpresse zu einem regelrechten Boom von Artikeln zu *AIDS in Afrika*. Jetzt werden auch die ersten Monographien und Sammelbände zu diesem Thema veröffentlicht.<sup>6</sup> Ein *Klassiker* der *AIDS in Afrika*-Forschung ist die Untersuchung von Barnett und Blaikie<sup>7</sup>. Diese Studie stellt den ersten Versuch dar, die Gesamtproblematik von AIDS in Afrika als Zusammenwirken von sozialen, ökonomischen und politischen Faktoren zu verstehen. Trotz des relativ umfassenden Anspruchs, den der Titel erhebt, bezieht sich die empirische Basis der Untersuchung ausschließlich auf Uganda. Die Autoren hatten dort ab 1989 ein achtzehnmonatiges Forschungsprojekt geleitet, dessen Ergebnisse in der Studie dargestellt werden. Barnett und Blaikie beschreiben die absehbaren Folgen der AIDS-Epidemie: Eine große Anzahl an AIDS-Waisen, einen Mangel an Arbeitskräften, einen Verlust kostenintensiv ausgebildeter einheimischer Spezialisten und explodierende Sozial- und Gesundheitsausgaben. Außerdem werden von Barnett und Blaikie individuelle

---

<sup>4</sup> Gelegentlich wird für die Kennzeichnung der globalen AIDS-Epidemie auch der Begriff *Pandemie* verwendet. Unter Pandemie <griech. Pandemios - "das ganze Volk umfassend"> wird eine Epidemie mit weltweiten Dimensionen verstanden; unter Epidemie eine Massenerkrankung (Seuche), die eine große Zahl an Personen in relativ kurzer Zeit erreicht (Barnett, Whiteside 2002: 25). In dieser Arbeit findet ausschließlich der Begriff Epidemie Verwendung.

<sup>5</sup> Vgl. u.a. Fortin 1987; Hooper 1987; Yeager 1987.

<sup>6</sup> Vgl. u.a. Agandzi 1989; Mwale, Burnard 1992; Jackson 1992; Ng'weshemi 1992.

<sup>7</sup> Vgl. Barnett, Blaikie 1992.

Bewältigungsmechanismen<sup>8</sup> von AIDS innerhalb von Familien und Haushalten beschrieben.

Grundsätzlich ist zu unterscheiden zwischen anwendungsorientierter Forschung und Grundlagenforschung. Die anwendungsorientierte Forschung ist meist von im AIDS-Bereich tätigen Organisationen in Auftrag gegeben oder von ihnen selbst erstellt. Sie befasst sich mit Fragestellungen, die meist sehr spezifisch sind und deren Ergebnisse sich direkt in Programme und Kampagnen umsetzen lassen. Anwendungsorientierte Forschung nimmt den größten Raum innerhalb der Publikationen zu AIDS ein. Grundlagenforschung ist meist breiter angelegt und versucht generelle Erkenntnisse zu den verschiedenen Aspekten von AIDS zu erzielen, ohne daß die Ergebnisse unmittelbar in Kampagnen umsetzbar wären - auch wenn natürlich ein Dialog zwischen Forschung und Praxis sinnvoll erscheint, und geführt wird.

Ein großer Teil der Literatur besteht aus Aufsätzen in wissenschaftlichen Fachzeitschriften. Hierbei können folgende Sparten unterschieden werden:

- **Ökonomie** [z.B.: *African Affairs* (Oxford); *Africa Insight* (Pretoria); *Africa South and East* (Yeoville); *Africa Urban Quarterly* (Nairobi); *Journal of African Economies* (Oxford); *Review on African Political Economy* (Sheffield)]
- **Entwicklungspolitik** [z.B.: *Community Development Journal* (Oxford); *Journal of Social Development in Africa* (Harare); *Population and Development Review* (New York); *Population and Environment Review* (New York); *Population Studies* (London); *Scandinavian Journal of Development Alternatives* (Stockholm); *The Journal of Development Studies* (London); *World Development* (Oxford)]
- **Public Health, Sozialmedizin und Medical Anthropology** [z.B.: *Journal of Health Communication* (Philadelphia); *Health Transition Review* (Canberra); *Social Science and Medicine* (Oxford)]
- **AIDS global** [z.B.: *AIDS* (London); *AIDS Care* (Abingdon); *AIDS Journal*; *WorldAIDS* (London); *International Journal of STD & AIDS* (London)]
- **AIDS in Afrika** [z.B.: *AIDS Analysis Africa* (Durban); *Kenyan AIDS Newsletter* (Nairobi); *African Journal of AIDS Research* (Grahamstown)]

---

<sup>8</sup> Der technizistisch konnotierte Begriff *Bewältigungsmechanismus* ist nicht unproblematisch, in Kapitel 5.2 wird er einer umfassenden Kritik unterzogen.

Die Berichte und Papiere staatlicher und überstaatlicher Institutionen stellen in aller Regel die aktuellsten Statistiken hinsichtlich der Ausbreitung der HIV/AIDS-Epidemie auf globaler, nationaler, regionaler und lokaler Ebene bereit. In den Texten werden häufig die allgemeinen Auswirkungen der Epidemie dargestellt, der Schwerpunkt wird aber oft auf die demographischen Aspekte gelegt. Auf der nationalen Ebene sind es die Gesundheitsministerien der betroffenen Länder, die einen relativ guten Überblick über die statistischen und demographischen Gesichtspunkte der HIV/AIDS-Epidemie geben.<sup>9</sup>

Zu den internationalen Institutionen und Organisationen, die sich mit den Konsequenzen der AIDS-Epidemie befassen, zählen die UNO<sup>10</sup> und ihre Sonderorganisationen (FAO<sup>11</sup>; WHO<sup>12</sup>), die UN-Sonderorgane und Programme (UNDP<sup>13</sup>; UNAIDS<sup>14</sup>; UNICEF<sup>15</sup>) sowie die Weltbankgruppe<sup>16</sup>. Den Arbeiten von UNAIDS kommt ein besonderer Stellenwert zu, da hier in relativ kurzen Aktualisierungsintervallen jeweils Publikationen zur aktuellen globalen Ausbreitungsdynamik, zu den neuesten HIV/AIDS-Statistiken und zur Aufarbeitung der Interventionen von staatlichen Institutionen und NGOs, veröffentlicht werden.<sup>17</sup>

Obwohl sich die Forschungsrichtung *AIDS in Afrika* inzwischen seit mehr als fünfzehn Jahren etabliert hat, läßt sich im Blick auf die Forschungsinhalte bislang kein durchgängiger Konsolidierungsprozeß feststellen. Die Literatur erweckt nach wie vor den Eindruck des Disparaten.

Im Blick auf das Südliche Afrika sind seit Mitte der 90er Jahre vor allem Publikationen zu den Ursachen und Auswirkungen, Bewältigungsstrategien und zum Stand der Aufklärung über AIDS erschienen.<sup>18</sup> Eine Konvergenz, aus der sich allmählich ein Paradigma zum sozialen Verständnis dieser Krankheit herauskristalisieren würde, ist nicht erkennbar. Neben der Erforschung von

---

<sup>9</sup> z.B. für Namibia: MHSS 2003, 2001a, 2001b, 2000a, 2000b.

<sup>10</sup> Vgl. u.a. UNDESIP 1994. [UN/UNO = United Nations Organisation]

<sup>11</sup> Vgl. u.a. Barnett 1994; Dunn 1994. [FAO = Food and Agriculture Organisation of the United Nations]

<sup>12</sup> Vgl. u.a. Chin 1992; WHO 1988, 1989, 1994, 2002. [WHO = World Health Organisation]

<sup>13</sup> Vgl. u.a. UNDP 1998a; UNDP 1998b; UNDP 2000. [UNDP = United Nations Development Programme]

<sup>14</sup> [UNAIDS = Jointed United Nations Programme on AIDS]

<sup>15</sup> Vgl. u.a. UNICEF; WHO 1994. [UNICEF = United Nations Children's Fund]

<sup>16</sup> Vgl. u.a. den jährlich von der Weltbank herausgegebenen "Weltentwicklungsbericht". Darüber hinaus: Ainsworth 1994; Cuddington 1993a, 1993b; Over 1992; World Bank 1992, 1997.

<sup>17</sup> Vgl. u.a. UNAIDS 2002a, 2002b, 2001, 2000; vgl. auch <http://www.unaids.org>.

ökonomischen Aspekten hat sich immerhin die Einsicht durchgesetzt, daß der Einfluß sozialer Gegebenheiten, im Blick auf die Ursachen und Folgen der massiven Ausbreitung des Virus, eine wesentliche Rolle spielt. Dennoch kann man sagen: Die Statistiken werden immer verlässlicher, aber das Bild des sozialen Umfeldes, in dem sich diese Katastrophe abspielt, bleibt nach wie vor diffus.

Es läßt sich deutlich eine Verlagerung der Aufmerksamkeit feststellen, die der Verschiebung des Schwerpunkts der Prävalenzraten ins Südliche Afrika entspricht: Forschungsarbeiten verlagern sich von Zentral- und Ostafrika<sup>19</sup> zur südlichen Region. Fragen zur AIDS-Problematik in Botswana, Namibia, Simbabwe und der Republik Südafrika erscheinen - seit Mitte der 90er Jahre - wesentlich häufiger in der Literatur.<sup>20</sup> Es ist zu vermuten, daß mit dem Schwerpunkt der globalen Infektionsraten und dem Nachzug der internationalen Aufmerksamkeit der *donar-community*<sup>21</sup> die Zahl der Untersuchungen zu dieser Region in naher Zukunft deutlich zunehmen wird.

Mit dem 2002 von Barnett und Whiteside vorgelegten Werk "AIDS in the Twenty-First-Century. Disease and Globalisation" ist erstmals ein Standardwerk verfügbar, welches die verschiedenen Aspekte der gesellschaftlichen Folgen der Epidemie, der aktuellen Dynamik und der politischen Interventionsmöglichkeiten grundlegend aufarbeitet.<sup>22</sup>

---

<sup>18</sup> Vgl. u.a.: Webb 1997 (diese Studie beschäftigt sich, anders als der Titel suggeriert, ausschließlich mit der Region des Südlichen Afrika.); Ogo, Delany 1997; UNDP, UNAIDS 1998; Hope 1999; Whiteside et al. 2000.

<sup>19</sup> Von zentraler Bedeutung sind hier die schon genannten Arbeiten von Barnett (Barnett, Blaikie 1992; Barnett 1994).

<sup>20</sup> Vgl. exemplarisch Campbell 1997; Chirwa 1998; Dube 1997; Swart-Kruger 1997; Webb 1997 (Anmerkung s.o.); Hope 1999.

<sup>21</sup> Unter *donar-community* werden die internationalen Geberorganisationen, Hilfswerke und Organe der Entwicklungszusammenarbeit verstanden, die die AIDS-Arbeit und -Forschung finanzieren; vgl. auch Kapitel 8.

<sup>22</sup> Vgl. Barnett, Whiteside 2002.

### 1.1.2.2 Themen und Ergebnisse

Sehr grob lassen sich die sozialwissenschaftlichen Studien in drei Gruppen einteilen:

- *Ursachenstudien*
- *Auswirkungsstudien*
- *Studien über Risikobewußtsein und -verhalten*  
*bzw. dem Aufklärungsstand zu AIDS*

#### ***Ursachenstudien***

Die Publikationen zu den Ursachen der AIDS-Epidemie in Afrika (bzw. in bestimmten Ländern Afrikas) lassen sich differenzieren:

- a) in Studien, die den kulturellen und psychosozialen Faktoren einen maßgeblichen Einfluß bei der Ausbreitung von AIDS beimessen;
- b) in Studien, die den sozioökonomischen Kontext für entscheidend halten;
- c) in Studien, in denen beide Komplexe zur Erklärung der hohen Prävalenzraten in Afrika herangezogen werden.<sup>23</sup>

Einer der wichtigsten Autoren, die in spezifischen Faktoren der afrikanischen Kultur den wichtigsten Grund für die Ausbreitung von AIDS sehen, ist John C. Caldwell. Aus seiner Sicht läßt sich die regionale Verbreitung von AIDS in Afrika mit traditionellen Mustern beim Sexualverhalten erklären, die sich deutlich von einem von ihm so benannten *eurasischen Muster* unterscheiden.<sup>24</sup> Dieser von vielen Autoren bestrittenen These<sup>25</sup> widerspricht auch Marie-Nathalie LeBlanc, die sozioökonomische Faktoren zur Begründung anführt wie z.B. rasche Urbanisierung, Arbeitsmigration, städtische Armut sowie unzureichende Hygiene. Die Existenz einer besonderen afrikanischen Form des Sexualverhaltens bestreitet sie.<sup>26</sup> Gegen die Thesen von J.C. Caldwell argumentiert auch Maaria Ylänkö: Zahlreiche Untersuchungen aus verschiedenen wissenschaftlichen Disziplinen haben keinen eindeutigen Zusammenhang zwischen sexuellen Verhaltensmustern, Ehe- bzw.

---

<sup>23</sup> Daneben gibt es einige wenige Publikationen, die in der Erklärung der Ursachen für die hohen Prävalenzraten auch Thesen bezüglich der Entstehung von HIV entwickeln bzw. diese integrieren (vgl. u.a. Hooper 1999).

<sup>24</sup> Vgl. Caldwell 1989, 1993, 1994; Caldwell et al. 1992a.

<sup>25</sup> Vgl. zu den Ursachen für die epidemische Ausbreitung im Südlichen Afrika auch Kapitel 4.5: Wie ich zu zeigen versuche, verstellt die Ansicht, *Promiskuität* sei ein Bestandteil schwarzafrikanischer Kultur, den Blick auf die realen Hintergründe einer *sozial induzierten Promiskuität* (vgl. auch Schulz 1998: 55; Packard, Epstein 1991; Fußnote 145).

<sup>26</sup> Vgl. LeBlanc et al. 1991.



Partnerschaftsformen, der Rolle von Prostitution, kulturellen Praktiken (z.B. Beschneidung) oder von Schwangerschaft und einer schnellen HIV-Ausbreitungsgeschwindigkeit feststellen können, argumentiert Ylänkö (Ylänkö 1996). Eine Fusion beider Erklärungsansätze versuchen etwa MacDonald (1996) und Webb (Webb, Simon 1995), indem sie versuchen nachzuzeichnen, wie bestimmte sozioökonomische Konstellationen zu einem spezifischen Sexualverhalten führen. Bei beiden Argumentationslinien wird für die Region des Südlichen Afrika das verbreitete Phänomen der Wanderarbeit<sup>27</sup> als bedeutsamer Faktor für die rasche Ausbreitung von HIV/AIDS herausgestellt.<sup>28</sup>

Erst in der jüngeren Literatur wird auch den Wechselwirkungen von Mikroökonomie und immunologischer Anfälligkeit nachgegangen: Stillwaggon weist auf die biomedizinischen Effekte von ökonomischen Rahmenbedingungen hin, die ebenfalls zu einer erhöhten Transmissionsrate von HIV in Afrika führen können. Personen mit Ernährungsdefiziten und in ökonomischer Armut, die einen verringerten Zugang zu Gesundheitseinrichtungen haben, sind z.B. generell anfälliger für Infektionskrankheiten jeglicher Art (Stillwaggon 2002). Auch Katz macht nichtbiologische Anfälligkeitsfaktoren wie Wanderarbeit, Migration und Armut für die Verbreitung zahlreicher Krankheiten als Basis für die Ausbreitung von AIDS verantwortlich (Katz 2003). Barnett und Whiteside schließlich haben versucht, die verschiedenen sozioökonomischen Ansätze zu vereinen.<sup>29</sup> Ich versuche hieran anschließend in Kapitel 4.5 eine eigene These in Bezug auf Namibia zu erarbeiten.

### ***Auswirkungsstudien***

Die Studien zu den Auswirkungen der AIDS-Epidemie in Afrika stellen die umfangreichste Literatur zum Thema und sind von den Ansätzen, Perspektiven und Subjekten der Betrachtung her gesehen differenzierter als die Ursachenstudien. Es überwiegen jedoch die ökonomischen Auswirkungsstudien. Hier wird vor allem versucht, die makroökonomischen Folgen der AIDS-Epidemie für die nationalen Volkswirtschaften abzubilden.<sup>30</sup> In diesen makroökonomischen Betrachtungen wird

---

<sup>27</sup> Unter Wanderarbeit wird hier die temporäre oder dauerhafte Abwesenheit von Männern (neuerdings auch zunehmend Frauen) von ihren ländlichen Familien, aufgrund von Arbeitssuche im städtischen Bereich, auf Farmen, in Minen etc., verstanden.

<sup>28</sup> Vgl. u.a. Campbell 1997; Chirwa 1998.

<sup>29</sup> Vgl. Barnett, Whiteside 2002.

<sup>30</sup> Vgl. u.a. Ainsworth et al. 1994; Cuddington et al. 1994; Matheson, Alastair 1998; Anarfi 1994; BIDPA 2000; Phororo 2002.

teilweise auch versucht, Lösungen für die (durch die AIDS-Epidemie) auf der Makroebene entstehenden Probleme anzubieten. Dabei ist häufig eine Verschiebung der Perspektive zu beobachten: Der Schwerpunkt verlagert sich von der Analyse der Auswirkungen zur Ausarbeitung von Handlungsalternativen. Man könnte diese Gruppe von Veröffentlichungen auch dem Bereich *policy-advise (Ratgeberliteratur)* zuordnen, in dem ökonomische und politische Steuerungsmodelle vorgeschlagen werden.

Man kann innerhalb der Auswirkungsstudien grundsätzlich unterscheiden zwischen demographischen Makroanalysen<sup>31</sup> und sozioökonomischen und psychosozialen Untersuchungen, die ihre Analyse auf der Mikroebene ansiedeln<sup>32</sup>.

Neben den bisher genannten Gruppen innerhalb der Auswirkungsliteratur existiert noch eine weitere, vom Umfang her eher marginale Gruppe der AIDS-Folgen-Publikationen, die sich überwiegend mit Randproblemen der Epidemie befasst, etwa mit juristischen Fragen.<sup>33</sup>

In jüngerer Zeit hat sich darüber hinaus eine weitere Gruppe von Auswirkungsstudien etabliert, die sich explizit einer gesellschaftswissenschaftlichen Perspektive zuordnen lassen. Sie versuchen HIV und AIDS im Rahmen von Kulturstudien zu fassen<sup>34</sup>. In diesem Sinne werden etwa gesellschaftliche Diskurse zu HIV und AIDS analysiert<sup>35</sup> oder Überlegungen zu kulturell sensiblen Präventionsstrategien entwickelt<sup>36</sup>.

### ***Risikobewußtseins- und Risikoverhaltensstudien (KABP)***

Die Studien zum Risikobewußtsein und zum Verhalten im Zusammenhang mit AIDS zielen in der Regel auf die Identifikation des Aufklärungsstandes hinsichtlich des AIDS-Risikos und die Ermittlung des Einflusses von AIDS-bezogenem Wissen auf das Sexualverhalten bei bestimmten Bevölkerungsgruppen. Überwiegend handelt es sich bei den in diesem Kontext untersuchten Gruppen um Kinder und Jugendliche. So existieren beispielsweise eine Reihe von Studien über Straßenkinder, Schüler und

---

<sup>31</sup> Vgl. u.a. Akeroyd 1994; Jankielsohn 1996; Whiteside 1990; Zaffiro 1996.

<sup>32</sup> Vgl. u.a. Brown et al. 1994; Hunter 1991; Jackson 1994; Philipson et al. 1995; Barnett et al. 1995.

<sup>33</sup> Vgl. u.a. Achmat 1995; Achmat et al. 1995a, 1995b; Kirby 1993; MacLean 1996; Rachier 1995.

<sup>34</sup> Vgl. etwa Gronemeyer 2002.

<sup>35</sup> Vgl. u.a. Dilger 1999; Wolf 1996.

<sup>36</sup> Vgl. u.a. Offe 2001; Hirschmann 2003.

Jugendliche im Südlichen Afrika.<sup>37</sup> Diese Studien werden gemeinhin als KAB bzw. KABP-Studien (*Knowledge, Attitude, Behaviour, Practice*) bezeichnet. Die Untersuchungen beziehen sich fast ausnahmslos auf den städtischen Kontext. KABP-Studien zur ländlichen Bevölkerung liegen bisher kaum vor. Dies dürfte in erster Linie an ihrem Forschungsdesign liegen. Es werden in der Regel quantitative Fragebögen eingesetzt<sup>38</sup>; der Zugang zu Interviewpartnern ist in den städtischen Regionen, in denen die Zielgruppe in zahlenmäßig hoher Zahl vertreten ist (Schulen, Universitäten, Jugendclubs etc.), entsprechend einfacher.

Im Wesentlichen bestätigen alle KABP-Studien eine Lücke zwischen Wissen und Handeln, d.h. das Wissen um die Infektionswege von HIV hat nicht zwangsläufig zur Folge, daß man sich dem entsprechend verhält. Dies sind die gleichen Befunde, wie sie auch von KABP-Untersuchungen in Deutschland bekannt sind.<sup>39</sup>

### ***Abschließende Bewertung***

Insgesamt läßt sich feststellen, daß im Bereich der bisher existierenden sozialwissenschaftlichen *AIDS in Afrika*-Forschung die quantitativen Darstellungen überwiegen.<sup>40</sup>

Umfassendere Studien zur Frage der sozialen Folgen auf der Ebene von Familien und Haushalten und deren Sozialstruktur existieren bisher wenig. Das Feld gesellschaftswissenschaftlicher Auswirkungsstudien ist jung. Für die Region des Südlichen Afrika hat die Forschergruppe um Prof. Dr. Reimer Gronemeyer und Dr. Georgia A. Rakelmann am Institut für Soziologie der Universität Gießen (in Rahmen dieses Projektes ist auch diese Arbeit entstanden) damit begonnen, die Frage der

---

<sup>37</sup> Vgl. u.a. Dube 1997; Swart-Kruger 1997; Leclerc-Madlala 1997; Haoses et al. 1999; Witte et al. 2003.

<sup>38</sup> Es wurde immer wieder Kritik an diesem Zugang der KAB(P)-Studien geäußert, mittels derer Sexualität zu einer Serie isolierter und quantifizierbarer Verhaltensmerkmale operationalisiert wird. Die Kritik zielt auf die Tatsache, daß Sexualität eben nicht aus isolierbaren Verhaltensbausteinen besteht, sondern ein Komplex von Handlungen, Emotionen and Beziehungen ist, dessen Kausalzusammenhänge und Sinnstrukturen sich nicht alleine durch quantitative Erhebungen erfassen lassen (vgl. für diese Kritik u.a. Campbell 1997: 274).

Vgl. auch Kapitel 6 und Fußnote 269 zum *Health-Belief-Model*.

<sup>39</sup> Vgl. Bardeleben, Fieberg et al. 1995; Kapitel 1.1.1 in dieser Arbeit.

<sup>40</sup> Auch dies dürfte mit forschungspragmatischen Schwierigkeiten zu erklären sein: Ein qualitativer Zugang, wie der hier verfolgte, stellt an den Forscher wesentlich höhere Anforderungen bezüglich Einarbeitungsaufwand, Aufbau eines Feldzugangs, Kontaktpflege, Aufwendigkeit der Datenerhebung und -auswertung, als ein quantitativer Zugang. Vgl. auch Flick 1999.

Epidemiefolgen unter sozial- und kulturwissenschaftlicher Perspektive umfassend und vergleichend zu beschreiben.

### 1.1.2.3 Studien zu AIDS in Namibia

Die im vorangegangenen Abschnitt dargestellten Schwerpunkte der Forschung zu *AIDS in Afrika* spiegeln sich auch in den Arbeiten zur AIDS-Epidemie in Namibia wieder:

- Es gibt einige Versuche, einen Gesamtüberblick über die Situation zu geben, wobei die abstrakten Darstellungen möglicher makroökonomischer Folgen überwiegen. Hierbei werden meist unsystematisch einzelne Bereiche (zu denen Zahlenmaterial vorliegt, wie etwa Fehlzeiten im Bereich formaler Beschäftigung) aufgegriffen, Hochrechnungen durchgeführt und Vermutungen angestellt.<sup>41</sup>
- Es existiert des weiteren eine ganze Reihe von Studien, welche die Einstellung und das Verhalten von Personen im Blick auf AIDS zu erfassen versuchen (KABP-Studien).<sup>42</sup>

Im Wesentlichen können diese Untersuchungen belegen, daß mittlerweile - insbesondere im urbanen Raum und in der Altersgruppe junger Menschen - das Wissen um Infektionswege und -risiken und die entsprechenden erfolgreichen Schutzstrategien relativ weit verbreitet sind. Dies heißt jedoch nicht, daß auch dementsprechend gehandelt wird.

- Talavera hat eine umfangreiche Studie über Sexualität und Sexualnormen und deren kulturelle Bedeutung in Nordwest-Namibia (Kunene-Region) vorgelegt.<sup>43</sup> Er beschreibt darin ausführlich die normative Bedeutung und die Praktiken von Sexualität und diskutiert die daraus resultierenden Implikationen für HIV-Präventionskampagnen. Dabei beschränkt er sich auf die Situation in den ethnischen Gruppen der Ovahimba und Ovaherero und deren Lebenswelt im ländlichen Nord-Kunene.
- Es gibt eine eingehende Untersuchung der Situation in Nordnamibia (Ovamboland), die sich mit den Cofaktoren der Ausbreitung der Epidemie

---

<sup>41</sup> Vgl. u.a. Phororo 2002; Rabbow 2001.

<sup>42</sup> Vgl. u.a. Witte et al. 2003; Haoses, van der Veen 1999, 2000; MHSS 2000a; SIAPAC 1997.

<sup>43</sup> Vgl. Talavera 2002.

befasst.<sup>44</sup> Diese Untersuchung ist sowohl quantitativ als auch qualitativ angelegt und schließt damit die Erklärungslücke, die die entsprechenden KABP-Studien hinterlassen. Mufune et al. versuchen herauszufinden, warum die Menschen so handeln, wie sie handeln und von welchen Faktoren ihr Handeln determiniert wird, so daß sie nicht ihrem Wissenstand entsprechend agieren. Armut, Migration und Alkoholmißbrauch werden in diesem Sinne als Cofaktoren für die Ausbreitung von HIV im ländlichen Nordnamibia identifiziert (LeBeau, Fox et al. 1999).

Die meisten Arbeiten thematisieren die Frage, in welchem Kontext HIV übertragen wird<sup>45</sup> und wie der Wissensstand über die Infektionswege ist (KABP-Studien). All dies bezieht sich auf die Frage, in welchem Zusammenhang HIV verursacht wird. Die Thematisierung der Folgen ist meist ökonomisch orientiert und bleibt unscharf.<sup>46</sup> Vor dem Hintergrund dieser Studien zu AIDS in Namibia kann die vorliegende Arbeit als ein Versuch angesehen werden, erstmals mittels eines qualitativen Zugangs fundierte Aussagen über das, was sich auf der Ebene von betroffenen Individuen, Haushalten und Familien im Kontext einer HIV-Infektion oder AIDS-Erkrankung und -Tod abspielt, zu erfassen, zu beschreiben und zu interpretieren.

---

<sup>44</sup> Vgl. LeBeau, Fox et al. 1999; Mufune 2001.

<sup>45</sup> Vgl. LeBeau, Fox et al. 1999; Talavera 2002.

<sup>46</sup> Vgl. Phororo 2002; Rabbow 2001.

## 1.2 Fragestellung und Methodik

### *Fragestellung*

Betrachtet man die bisher vorliegenden Forschungsergebnisse auf dem Hintergrund der dramatischen HIV/AIDS-Prävalenzraten, so offenbart sich ein Mißverhältnis: Auf der einen Seite sind die medizinischen und gesundheitspolitischen Implikationen von AIDS (insbesondere aufgrund der Erfahrungen mit Interventionen aus den Industrieländern) relativ gut dokumentiert. Auch die epidemiologische Datenlage kann mittlerweile als verhältnismäßig befriedigend bewertet werden und zu den makroökonomischen und demographischen Fragestellungen liegen Schätzungen vor.

Im engeren Sinne sind sozialwissenschaftliche Fragestellungen jedoch bisher für den gesamten Bereich der Region Südliches Afrika, im Speziellen Namibia, völlig unzureichend bearbeitet worden. Es gibt für Namibia bislang keine Studien, die sich damit auseinandersetzen, wie auf der Ebene der einzelnen Subjekte und deren Umfeld, mit HIV, AIDS und den daraus resultierenden Problemen, Herausforderungen und Belastungen umgegangen wird. Genau darum aber soll es in der vorliegenden Arbeit gehen: Hier steht die Frage im Zentrum, wie in Namibia Individuen innerhalb ihrer familialen Netzwerke mit HIV und AIDS umgehen. Das heißt,

- wie eine Infektion gedeutet und interpretiert wird, wenn sie zutage tritt;
- wie die Betroffenen mit der Gewißheit um die eigene Infektion, später mit der eigenen Krankheit, umgehen;
- in welchem Umfang dabei die personale Umwelt, vor allem die Familie, einbezogen wird und auf welche Weise diese von der Infektion und Erkrankung tangiert wird;
- welche Auswirkungen für persönliche Beziehungen und soziale Strukturen zu verzeichnen sind;
- welche Konsequenzen darüber hinaus der Tod der Kranken innerhalb der Familie hat.

### ***Methodik und empirische Basis***

Für die Fragestellungen, die in den unterschiedlichen Kapiteln dieser Studie bearbeitet werden, habe ich verschiedene methodische Zugänge gewählt. Man kann die Kapitel im explorativen Teil dieser Arbeit auch als Bausteine verstehen, welche die sozialen und kulturellen Implikationen von HIV und AIDS in Namibia mittels unterschiedlicher Zugänge zu einem Gesamtbild zusammenfügen.

Für eine entsprechend qualifizierte und tiefgreifende Bearbeitung der Fragestellungen habe ich Methoden der qualitativen Sozialforschung gewählt. Diese ermöglichen es, neben einer genauen Dokumentation auch Sinnstrukturen nachzuzeichnen und die komplexen Prozesse zu erkennen, die in den Forschungsfragestellungen angesprochen sind.

Nur ein induktives Vorgehen, bei dem versucht wird, die Sichtweisen und Erfahrungen der einzelnen gesellschaftlichen Akteure ins Zentrum der Untersuchung zu stellen, erscheint zur Bearbeitung dieser Fragestellungen angebracht. Ein solcher Ansatz kann mit einer qualitativ angelegten, offenen Befragung besser verfolgt werden als mit einer standardisierten Befragung (Flick 1999: 10; vgl. auch Ankras 1989: 270). Außerdem würden insbesondere aus einer interkulturellen Anwendung quantitativ-standardisierter Methoden zahlreiche Schwierigkeiten erwachsen (u.a. Probleme der Validität und Reliabilität der Daten), die durch die Anwendung qualitativer Methoden zumindest minimiert werden (Lentz 1992).

Letztendlich erfordern Untersuchungen zum Thema HIV und AIDS, die den Bereich von Sexualität und Geschlechterbeziehungen tangieren, eine sensible Vorgehensweise. Diese kann um so mehr gewährleistet werden, je offener die Interviewfragen gestaltet sind.

Die Fragestellungen zu Medien- und Alltagsdiskursen (Kapitel 7) wurden mittels qualitativer Inhaltsanalyse bearbeitet. Im Hinblick auf die Mediendiskurse wurden alle Artikel, die die Schlagworte HIV oder AIDS enthielten, aus Namibias größter Tageszeitung *The Namibian* - aus dem Zeitraum vor Juni 1997 bis Dezember 1999 - ausgewertet.

In die Aufarbeitung der Alltagsdiskurse wurden neben der Auswertung der qualitativen Interviews (s.u.) Essays herangezogen, die im Rahmen eines Essaywettbewerbs entstanden sind. Hierzu wurde (ebenfalls in der Tageszeitung *The Namibian*) ein Wettbewerb ausgeschrieben. Die Teilnehmer konnten durch

Zusendung eines Essays mit dem Thema "AIDS in my community" Geldpreise gewinnen. Es wurden etwa 130 Texte, vor allem von jungen Leuten im Alter zwischen 15 und 30 Jahren, eingesandt. Dieses Material ist äußerst reichhaltig, wenn auch die Texte recht unterschiedliche Schwerpunkte haben. Die Beiträge sind teilweise sehr einfach geschrieben; sie schildern oft persönliche Erfahrungen; einige sind von erstaunlicher literarischer Qualität.

Der methodisch umfangreichste Teil der Studie ist die Aufarbeitung der Folgen von HIV und AIDS innerhalb der familialen und - allgemein - sozialen Strukturen (Kapitel 5). Es wurde versucht, diese Fragen methodisch, mittels qualitativer Interviews, teilnehmender Beobachtung und Ethnografie zu beantworten.

Insgesamt wurden von mir im Zeitraum von April 2000 bis Mai 2003 (aufgeteilt auf sechs verschiedene Aufenthalte) fünf Monate Feldforschung absolviert.

Es erschien angebracht, als Forschungslokalitäten einen urbanen und einen ländlichen Raum zu betrachten, um Unterschiede zwischen Stadt und Land dokumentieren zu können. Hierzu wurde als urbane Forschungslokalität Katutura, der afrikanische Teil der namibischen Hauptstadt Windhoek, gewählt; als rurale Forschungsstätte diente der ländliche zentrale Norden Namibias, das Ovamboland. Da in Ovamboland ausschließlich Menschen interviewt wurden, die der ethnischen Gruppe der Ovambo angehören (vor allem Aandonga und Ovakwanyama)<sup>47</sup>, wurde versucht, auch in der urbanen Bezugsgruppe (Katutura) vorwiegend oshivambosprachige Personen<sup>48</sup> zu befragen. Die Ovambo sind die größte und die politisch und kulturell dominante ethnische Gruppe des postkolonialen Namibia.

Beim ersten Aufenthalt wurden leitfragenzentrierte Interviews mit Experten und *key informants* aus dem HIV/AIDS-Sektor geführt. Darüber hinaus wurden einige leitfragenzentrierte Interviews mit Einzelpersonen geführt, deren Status nicht bekannt war ("Normalbevölkerung"). Außerdem wurden Fokusgruppeninterviews mit Jugendlichen durchgeführt.

In den weiteren Feldforschungsaufenthalten wurden (nachdem jeweils ein Feldzugang zu direkt durch HIV/AIDS Betroffene etabliert werden konnte) offene

---

<sup>47</sup> Die meisten Interviews wurden im Bereich der Regionen Oshikoto (Aandonga) und Ohangwena (Ovakwanyama), teilweise auch Oshana, geführt.

<sup>48</sup> Die meisten Interviews wurden in Havannah, Hakahana und Wanaheda geführt.



narrative Interviews mit HIV-Infizierten, AIDS-Kranken und deren Familienangehörigen geführt.

Insgesamt wurden für diese Arbeit berücksichtigt:<sup>49</sup>

- 15 leitfragenzentrierte Interviews mit Experten (*key informants*)
- 12 leitfragenzentrierte Interviews mit der *Normalbevölkerung* (s.o.)
- 4 Fokusgruppeninterviews
- 48 offene narrative Interviews mit Betroffenen (HIV-Positive bzw. AIDS-Kranke). Bei diesen offenen narrativen Interviews wurden mit der Mehrheit der Befragten in regelmäßigen Abständen (3-6 Monate) *follow-up*-Interviews durchgeführt, um einzelne Fragestellungen zu vertiefen, neue Erlebnisse und Erfahrungen zu erfragen und Veränderungen in den Einstellungen und Lebensumständen dokumentieren zu können.

Die transkribierten<sup>50</sup> Daten aus den Interviews wurden ausgewertet, durch Beobachtungen erweitert und mit Protokollen und Memos angereichert, die mittels teilnehmender Beobachtung und Ethnografie gewonnen wurden.

### ***Feldzugang und lokale Counterparts***

Bei einer für die Betroffenen so intimen Fragestellung - wie die nach der persönlichen HIV-Infektion - ist die Schwierigkeit des Zugangs zu persönlich Betroffenen von erheblicher Bedeutung für die Gewinnung des Datenmaterials. Diese Schwierigkeit hängt natürlich auch mit der Tabuisierung von AIDS und Sexualität in Namibia zusammen. Nur wenige Personen haben sich bisher in Namibia öffentlich zu ihrem positiven HIV-Status bekannt.<sup>51</sup> In vielen Fällen wissen nicht einmal die engsten Angehörigen von der Infektion ihrer Familienmitglieder. Auch Infizierte selbst wissen selten um weitere Betroffene in ihrer Umgebung. Der Zugang zu Infizierten und deren familialen Umfeld war somit eine Ausgangsschwierigkeit bei der vorliegenden Untersuchung. Dieser Zugang zu den interviewten Individuen wurde daher in der überwiegenden Anzahl der Fälle durch die Kooperation mit lokalen *Counterparts* ermöglicht, die für AIDS-Service-Organisationen im Feld von HIV/AIDS-*prevention, -support, -treatment* und *-care*<sup>52</sup>

---

<sup>49</sup> Vgl. auch Interviewverzeichnis im Anhang.

<sup>50</sup> Das Transkriptionssystem ist im Anhang dargestellt.

<sup>51</sup> Vgl. auch Kapitel 7.

<sup>52</sup> Es erscheint mir angemessen, hier kurz diese verschiedenen Bereiche der Reaktion auf die AIDS-Epidemie durch die verschiedenen staatlichen und nichtstaatlichen Institutionen zu differenzieren: Ich

tätig sind. In Katutura war dies Catholic-AIDS-Action (Bernhard-Nordcamp-Centre), in Nordnamibia die Katonyala-Group am Onandjokwe-Lutheran-Hospital in Ondangwa.

Beide Institutionen sind (u.a.) im Bereich von *Counselling*<sup>53</sup> und *Home-based-Care* tätig. Mit ihnen war es mir möglich, Klienten in ihrem häuslichen Umfeld zu besuchen und über ihre Situation zu sprechen.

### ***Methodische Schwierigkeiten und Vorzüge***

Im Verlauf der Forschung sind einige methodische Schwierigkeiten deutlich geworden. Diese lagen jedoch nicht, wie zunächst vermutet, im Zugang zum Feld

---

unterscheide dazu zwischen *prevention*, *support*, *care* und *treatment* (Ich habe die englischsprachigen Bezeichnungen gewählt, da diese exakter als die deutschsprachigen Übersetzungen ausdrücken, was gemeint ist. Dies läßt sich gut am Beispiel des Worts *care* verdeutlichen: Im deutschsprachigen Wortverständnis von *Pflege* wird vor allem der Bereich der technisch-körperlichen Versorgung angesprochen; das englische Wort *care* meint jedoch mehr und umfasst auch den Bereich der sozialen, emotionalen und spirituellen Sorge).

- *prevention*: Unter den Bereich Prävention sind alle Maßnahmen zu verstehen, die darauf zielen, die weitere Ausbreitung der AIDS-Epidemie zu verhindern, indem versucht wird, Neuinfektionen zu vermeiden. Es sind Maßnahmen der Primär- und der Sekundärprävention zu unterscheiden: Im Rahmen der Primärprävention wird unmittelbar gegen Neuübertragungen geworben (z.B. durch Kondomverteilung und Verhaltensbeeinflussung); im Rahmen von Sekundärprävention wird versucht, Rahmenbedingungen individuellen Handelns, die präventives Verhalten beeinflussen, zu verändern (wie Armutsbekämpfung etc.).
- In den Bereich *support* fallen alle Maßnahmen, mittels derer versucht wird, HIV-Infizierte und deren Umfeld im Umgang mit der Betroffenheit zu unterstützen. Dies umfasst beispielsweise Einkommensprojekte, in denen HIV-Infizierte sich ein Mindesteinkommen sichern können, um sich gesund ernähren zu können.
- *care*: Unter den Bereich der Pflege und Sorge ist die Unterstützung von vor allem an AIDS erkrankten Positiven zu verstehen. Der breiteste Ansatz ist das *Home-based-Care*. Unter *Home-based-Care* wird dabei nicht die direkte ambulante Versorgung eines Alten oder Kranken - wie beispielsweise durch eine Sozialstation in Deutschland - verstanden. Die Idee hinter dem *Home-based-Care* ist nicht die Auslagerung des Kranken in sein heimisches Bett bei Beibehaltung der gleichen medizinischen Versorgung durch Pflegekräfte. Vielmehr ist die Familie des Betroffenen für die Pflege verantwortlich und wird hierzu angeleitet. Wenn der *Home-based-Care*-Pfleger in die Familie kommt, übt nicht jener die Pflgetätigkeiten aus, vielmehr unterstützt er die Familie oder die jeweiligen unmittelbar Versorgenden, leitet sie an, berät sie in Fragen der praktischen Pflege und hilft nicht zuletzt bei der psychosozialen und emotionalen Aufarbeitung des Krankseins und Sterbens. Daher wird oft auch die Bezeichnung *Home-based-Family-Care* oder *Home-based-Community-Care* gewählt. Hierin wird ausgedrückt, daß mit diesem Ansatz im wesentlichen nicht die Zweierbeziehung zwischen einer pflegenden Institution und einem Kranken beschrieben wird, sondern das Dreiecksverhältnis zwischen pflegender Familie oder Gemeinschaft (Nachbarschaft etc.), Gepflegtem und der Institution, die nur anleitend und unterstützend tätig wird.
- In den Bereich *treatment* fällt die medizinische Versorgung und Therapie der aus der Immunschwäche resultierenden Erkrankungen und opportunistischen Infektionen. Ein Teil dieses Bereichs ist auch die in Namibia seit kurzem zur Verfügung stehende antiretrovirale Therapie, mit der die Lebenserwartung erheblich verlängert werden und AIDS in eine chronische Krankheit überführt werden kann. Vgl. auch Kapitel 2.3 und 3.1.

<sup>53</sup> Unter *Counselling* wird die Beratung und Begleitung von HIV-Infizierten und AIDS-Kranken verstanden, dafür hat sich ein internationaler Standard entwickelt, eine ausführliche Darstellung findet sich in Kapitel 5.2.1; Vgl. auch van Dyk 1999.

Für die Bezeichnung *Counsellor* und *Counselling* gibt es verschiedene Schreibweisen. Ich verwende hier die Schreibweise *Counsellor* und *Counselling*.

(siehe letzter Abschnitt). Auch die Bereitschaft von Interviewpartnern zum persönlichen Gespräch hat sich – trotz der erkennbaren Tabuisierung des Themas AIDS - im Einzelfall entweder nach anfänglichen Ängsten und Reserviertheiten<sup>54</sup> überwinden lassen, oder sie ist in der erwarteten Form überhaupt nicht aufgetreten<sup>55</sup>. Eine methodische Schwierigkeit bestand beispielsweise darin, daß es (insbesondere angesichts des gewählten Feldzugangs) schwierig ist, HIV/AIDS betroffene Interviewpartner zu finden, die - im Bezug auf die Deutung ihrer Krankheit - nicht allein den westlich<sup>56</sup>-biomedizinischen Diskurs wiedergeben. Wer weiß, daß er HIV-positiv ist, hat sich testen lassen und ist im Regelfall durch ein AIDS-Counselling gegangen. Die *offizielle* Redeweise des Counsellors wird dann häufig übernommen - in besonderer Weise natürlich im Gespräch mit westlichen Experten und Forschern oder im Gegenüber des Counsellors, vor denen man nicht als abergläubisch und vormodern erscheinen möchte. Deutungsweisen der Krankheit, die nicht der westlichen Auffassung entsprechen, sondern eher in den lokalen Krankheitsvorstellungen wurzeln, werden nur sehr zurückhaltend geäußert. Tatsächlich läßt sich bei näherer Betrachtung nachvollziehen, daß der westlich-biomedizinische Erklärungsmodus in Namibia nur einer neben anderen ist.<sup>57</sup>

---

<sup>54</sup> Diese haben sich vor allem in der Befürchtung geäußert, daß Inhalte des Interviews, dessen Bandaufnahme oder auch Fotos in einer breiteren lokalen Öffentlichkeit publiziert werden würden (Radio, Zeitung). Diese Ängste konnten durch die Zusicherung von Vertraulichkeit entkräftet werden. Es versteht sich von selbst, daß aus Gründen dieser Vertraulichkeit die Namen der Interviewpartner, deren Status ihrem Umfeld meist nicht bekannt ist, in diesem Text geändert worden sind. Die Namen von Interviewpartnern, die ihren HIV-Status veröffentlicht haben bzw. sich öffentlich geoutet haben sind - mit ihrem Einverständnis - beibehalten worden.

<sup>55</sup> Vgl. Abschnitt *Das Interviewsetting* in diesem Kapitel.

<sup>56</sup> Kategorien wie *westlich*, *abendländisch* oder *euro-amerikanisch* - wie ich sie im weiteren gebrauchen werde - sind hier nicht als geographische Abgrenzungen gemeint, sondern als soziokulturelle Charakterisierung der Länder, die auf spezifische Weise gemeinsam die Prozesse von Industrialisierung, Entstehung von Nationalstaaten und Herausbildung einer kapitalistischen Produktionsweise durchlaufen haben. Damit haben diese Bezeichnungen immer den Charakter von groben Vereinfachungen.

<sup>57</sup> Es prävalieren daneben andere Interpretationen, die AIDS etwa als Bestrafung Gottes für moralische Vergehen (religiöse Deutung), oder als Konsequenz des Einflusses von Ahnen aufgrund von Vergehen gegen die Konventionen der Gemeinschaft (autochthone Deutung) verstehen. Diese verschiedenen Deutungen schließen sich gegenseitig nicht aus, sie werden vom Individuum situations- und kontextabhängig abgerufen. So kann man durchaus dem biomedizinischen Erklärungsmuster der Virenkontamination durch ungeschützten Sexualkontakt folgen (gleichsam die Antwort auf die *Wie-Frage* / primäre Rationalität), aber trotzdem der Auffassung sein, diese Infektion sei im konkreten Fall als Bestrafung für ein moralisches Fehlverhalten zustande gekommen (*Warum-Frage* / sekundäre Rationalität). Teilweise war in den Interviews sogar erkennbar, daß mit dem Wechsel der Sprache (von Oshivambo ins Englische) auch das zu der jeweiligen Sprache gehörende Interpretationsmuster gewechselt wurde.

Im Rahmen dieser Arbeit kann keine ausführliche Analyse dieses Phänomens vorgenommen werden. Für eine Darlegung anhand Botswanas vgl. Rakelmann 2001.

Ein wesentliches Problem beim Führen der Interviews war zudem die Sprache. Die hier ausgewerteten Interviews wurden entweder in Englisch geführt oder mit Hilfe von Übersetzern (i.d.R. der jeweilige Counsellor) direkt aus einer Lokalsprache (i.d.R. Oshivambo) ins Englische übersetzt. Es steht außer Frage, daß durch die Übersetzung Bedeutungsgehalt und Sinn des Gesprächs beeinflußt wurden oder einzelne Fragmente oder Nuancen verloren gegangen sein können.<sup>58</sup>

Als sehr bedeutsam für die Studie hat sich erwiesen, daß ich die Feldforschung nicht in einer Zeitspanne durchgeführt habe, sondern mehrfach an die jeweiligen Forschungsorte und damit zu den jeweiligen *counterparts* und Interviewpartnern zurückgekehrt bin. Dies hat vor allem die Vertrautheit mit den Betroffenen und damit die Offenheit des Gesprächs gestärkt. Außerdem konnte durch die Möglichkeit von *follow-up* Interviews, bei der Auswertung der vorangegangenen Interviews offenbar gewordene Unklarheiten ausgeräumt werden; auch bisher nicht genannte Themen konnten angesprochen werden, Veränderungen in den Lebenszusammenhängen oder im Gesundheitszustand konnten dokumentiert werden und Entwicklungen im persönlichen Umgang mit AIDS nachvollzogen werden. Somit hat die Aufteilung der Feldforschungszeit in mehrere Reisen einen geschärften Blick und eine erweiterte Perspektive für mich eröffnet.

### ***Das Interviewsetting***

"Alles wirkliche Leben ist Begegnung"  
(Martin Buber)

Die Mehrzahl der Interviews mit HIV-Infizierten und AIDS-Kranken wurde in deren häuslicher Umgebung geführt. Zugang hierzu war durch die Vermittlung der *counterparts* möglich. Das heißt auch, daß bei einigen Interviews neben mir und dem Interviewten, der jeweilige *counterpart* (als Übersetzer) oder sogar Familienmitglieder des Betroffenen anwesend waren<sup>59</sup>.

Bei den Gesprächen sind mir die betroffenen Personen sehr offen entgegengetreten. Dies ist zum Einen sicher durch den Vertrauensvorschuß zu erklären, der mir erwiesen wurde, da ich zusammen mit den Personen (bzw. mit Verweis auf jene) den Kontakt herstellen konnte, die seit längerem durch *counselling* und/oder *Home-*

---

<sup>58</sup> Vgl. auch Ankrah 1989: 271.

<sup>59</sup> Letzteres natürlich nur in den Fällen, in denen der HIV-Status jenen Familienmitgliedern bekannt war.

*based-Care* ein Vertrauensverhältnis zu den Interviewpartnern aufgebaut hatten bzw. durch die Tatsache, daß diese Helfer teilweise bei den Interviews als Übersetzer dabei waren.

Mir wurde dieses Vertrauen aber wohl auch zuteil, weil ich als weißer Europäer die Rolle eines Außenstehenden eingenommen habe, der nicht in der jeweiligen Gesellschaft verwurzelt ist. Deshalb konnte man von mir erwarten, daß ich die mir dargelegten - durchaus intimen Details - nicht innerhalb des sozialen Umfelds der Interviewpartner weitergeben würde.

Die Tatsache, daß ich ein Weißer bin, hat viele Interviewpartner bemerkenswerterweise dazu veranlasst, sich bei mir für das Interesse an ihrem Schicksal zu bedanken. Diesen Umstand darf man sicherlich damit begründen, daß die Begegnung mit einem Weißen innerhalb des eigenen Heims auch im postkolonialen Namibia noch außergewöhnlich ist, besonders, wenn dieser noch aus "Übersee", aus einem "so entfernten Land wie Deutschland" (Feldnotizen II/2001, III/2001) kommt, schwarze Namibier besucht und sich darüber hinaus noch für deren Biografie, für ihr Schicksal und für die konkreten Lebensumstände interessiert: "den weiten Weg nur kommt, um meine Geschichte zu hören", wie es eine Interviewpartnerin ausgedrückt hat (Feldnotizen II/2001, III/2001). Dies steht offensichtlich im Gegensatz zu den Alltagserfahrungen und den Erlebnissen aus der Zeit der Apartheidsära. So fand ich mich am Ende von Interviews oft in der Situation wieder, daß mir gedankt wurde, obwohl ich für die Offenheit des Gesprächs zu danken hatte.

## **2. Die kulturelle Konstruktion von HIV und AIDS**

In diesem Kapitel wird zunächst ein Überblick über die Geschichte von AIDS gegeben (2.1). Darüber hinaus werden einige, für das Verständnis von Gesundheit und Krankheit im interkulturellen Kontext grundlegende, Konzepte vorgestellt (2.2). Außerdem wird der Einfluß kultureller Faktoren auf Krankheitsphänomene erörtert. Abschließend wird ein Einblick in die biomedizinischen Behandlungsmöglichkeiten gegeben (2.3) und die globale Dynamik der AIDS-Epidemie beschrieben (2.4).

### **2.1 Die Entstehung einer neuen Krankheit: Die Entdeckung von HIV und AIDS**

Die Geschichte von HIV/AIDS beginnt in den Jahren 1979 und 1980, als Mediziner in den Vereinigten Staaten das gehäufte Auftreten von atypischen und enorm seltenen Krankheitsbildern bei bis dahin gesunden Personen beobachten und beschreiben. Diese Symptome sind Lungenentzündungen (*Pneumocystis Carinii*) kombiniert mit seltenen Hautkrebstumoren (*Karposi Sarkoma*). Die Beschreibung dieser Phänomene wird erstmals am 5. Juni 1981 im wöchentlichen Anzeiger des US-Seuchenkontrollzentrums CDC<sup>60</sup> in Atlanta veröffentlicht.<sup>61</sup> In dem Bericht werden fünf Fälle von *Pneumocystis Carinii* beschrieben. Einen Monat später wird von einer Häufung von Fällen von *Karposi Sarkoma* in New York, später in San Francisco, berichtet.

Da vor allem homosexuelle Männer von den Symptomen betroffen sind, kommt im medizinischen Diskurs die Bezeichnung GRID auf ("Gay Related Immune Deficiency Syndrome") (Barnett, Whiteside 2002: S. 28). Erst als auch bei weiteren Gruppen - wie Blutern, Drogenabhängigen und Empfängern von Blutkonserven - die Krankheitssymptomatik beschrieben wird, setzt sich die vom CDC geprägte Bezeichnung AIDS (Acquired Immunodeficiency Syndrome) durch (Köhl, Schürhoff: 12). Zu diesem Zeitpunkt liegen allerdings noch keine Erkenntnisse über die Ätiologie des Krankheitsbildes vor.

---

<sup>60</sup> CDC = Center for Disease Control and Prevention, Atlanta (USA).

Ab 1981 beginnt eine weltweite Dokumentation des neuen Krankheitsbildes. Überall auf der Welt - auch in Afrika - wird nun von Forscherteams die AIDS-Symptomatik nachgewiesen: 1982/83 in Uganda, 1983 in Zaire, 1984 in Sambia, usw. (Barnett, Whiteside 2002: S. 28-29).<sup>62</sup>

Nach dem Nachweis des neuen Krankheitssyndroms wächst unter Epidemiologen und Infektiologen und den entsprechenden Forschungsinstitutionen die Bemühung, die Ursache für AIDS zu finden. So gelingt es 1983 dem Franzosen Luc Montagnier erstmals, den Virus, der heute als HIV-1<sup>63</sup> (Human Immunodeficiency Virus) bekannt ist, nachzuweisen. Ein Jahr später identifiziert Robert Gallo den Erreger als Retrovirus (Kohl, Schürhoff 2001: 12).

AIDS bezeichnet das akute Krankheitsstadium der HIV-Infektion. Die Bezeichnung AIDS reflektiert folgende Kennzeichen der Krankheit:

*A - Acquired:* Die Immunschwäche ist erworben (nicht vererbt etc.). Um sich zu infizieren, muß die betreffende Person etwas tun, das sie dem Virus aussetzt (ungeschützter Geschlechtsverkehr, Empfang von verunreinigten Blutkonserven etc.);

*I, D - Immunodeficiency:* Der Virus greift das Immunsystem an und schwächt so die körpereigene Abwehr;

*S - Syndrome:* AIDS steht nicht für ein Krankheitsbild, sondern ist die Summe von verschiedenen Symptomen, die je nach Individuum anders aussehen können, die aber alle auf der Störung der normalen Immunabwehrmechanismen oder gar dem Zusammenbruch der körpereigenen Immunabwehr beruhen (Barnett, Whiteside 2002: 28). Auch wenn damit von AIDS als Krankheit gesprochen werden kann, ist es wichtig festzuhalten, daß AIDS nicht eine spezifische Krankheit mit eindeutiger Symptomatik, sondern eher eine Kombination verschiedener Konditionen und Krankheiten ist (Syndrom), die sich individuell in unterschiedlichem Maß ausprägen,

---

<sup>61</sup> Vgl. *Morbidity and Mortality Weekly Report* vom 5.7.1981.

<sup>62</sup> Barnett und Whiteside stellen darüber hinaus fest: "Of course many hundreds of African doctors were well aware that a new disease was killing their patients. However these frontline health care workers do not write for learned journals such as the *Lancet* or *Science* and *Nature*, so the cases and the disease remained unreported." (Barnett, Whiteside 2002: 29)

<sup>63</sup> 1985 wird ein zweiter HI-Virus, HIV-2, identifiziert. Dieses Virus ist wesentlich weniger infektiös und weniger aktiv als HIV-1: "Overall, the most striking feature about the global epidemiology of HIV-2 is its lack of epidemic spread internationally." (De Cock and Brun-Vézinet 1996, zitiert nach Barnett, Whiteside 2002: 29). Die weltweiten HIV-Fälle können in der überwiegenden Mehrzahl auf HIV-1 zurück geführt werden, HIV-2 kommt vornehmlich in Westafrika vor (van Dyk 1999: 5; Kohl, Schürhoff 2001: 12).

da die körpereigene Immunabwehr nicht mehr angemessen auf eindringende Erreger reagieren kann (van Dyk 1999).

Die Symptome von AIDS können äußerst vielfältig sein. Sie reichen von geschwollenen Lymphdrüsen, starken Erschöpfungszuständen, hartnäckigem Husten und Fieber, starkem nächtlichem Schwitzen, Durchfall und dramatischem Gewichtsverlust<sup>64</sup>, Hautausschlägen, Pilzkrankungen und anderen Infektionen (oder Warzenbefall) im Mund- und Rachenraum, Herpesinfektionen, Gürtelrose, bis hin zu sogenannten opportunistischen<sup>65</sup> Infektionskrankheiten (wie Lungenentzündung, Tuberkulose, Krebserkrankungen und enzephalitischen Erkrankungen mit den Symptomen von Demenz und Alzheimer).

Zwischen der Infektion mit HIV und dem Ausbruch der als AIDS bezeichneten Krankheitssymptomatik können zwischen wenigen und mehr als zehn Jahren vergehen<sup>66</sup> (mit entsprechender antiretroviraler Kombinationstherapie kann der Eintritt in das Krankheitsstadium AIDS mit klinischen Symptomen heute theoretisch auf unbestimmte Zeit verschoben werden<sup>67</sup>). In dem Stadium der Infektion leben die Betroffenen weitgehend symptomfrei.

Es gibt verschiedene Infektionswege, mittels derer das HI-Virus übertragen wird.

- Ungeschützter Geschlechtsverkehr
- Direkter Kontakt von infizierten Körperflüssigkeiten mit dem Blutkreislauf eines Nichtinfizierten (Wunden, Bluttransfusion, verunreinigte Spritzen etc.)
- Mutter-zu-Kind-Übertragung

Das Virus findet sich in nahezu allen Körperflüssigkeiten, in hohen Konzentrationen aber nur im männlichen Samen, in weiblicher Vaginalflüssigkeit und im Blut. Die Konzentration von HIV in anderen Körperflüssigkeiten (wie Tränen, Speichel, Urin etc.) ist so gering, daß es in der Regel nicht für eine Infektion ausreicht. Wie bei anderen Infektionen führt auch bei HIV nicht der Kontakt eines einzelnen Virus

---

<sup>64</sup> In Ost- und Zentralafrika wurde zu Beginn der 90er Jahre AIDS im öffentlichen Diskurs oftmals als *Slim Disease* bezeichnet.

<sup>65</sup> Als opportunistische Infektionen werden Erkrankungen bezeichnet, die aufgrund der fortschreitenden Schwächung des Immunsystems durch HIV lebensbedrohliche Ausmaße annehmen können.

<sup>66</sup> Man kann davon ausgehen, daß beim Fortschreiten von HIV zu AIDS zahlreiche Faktoren eine Rolle spielen, so u.a. auch die allgemeine Gesundheitssituation und die Ernährungslage. Stillwaggon berichtet, daß in den USA die durchschnittliche Dauer der Zeit von Infektion bis AIDS-Erkrankung bei mehr als einem Jahrzehnt liegt (Stillwaggon 2002: 3).

<sup>67</sup> Vgl. Kapitel 2.3.



notwendigerweise zu einer Infektion, sondern es muß eine gewisse Anzahl an Viren ("viral-load") in die Blutbahn gelangen, um eine Infektion auslösen zu können (van Dyk 1999: 19).

### ***Ursprungstheorien***

Es gibt zahlreiche Theorien, die die Entstehung von HIV nachzuzeichnen versuchen. Das Spektrum reicht dabei von der These der künstlichen Schaffung von HIV in einem CIA-(bzw. einem russischen) Labor<sup>68</sup> bis hin zur Herkunft des Virus aus dem Weltraum (Köster-Lösche 1995: 112). Aufgrund der immer noch herrschenden Unklarheit über die Entstehung von HIV erfreuen sich Verschwörungstheorien besonderer Beliebtheit. So argumentiert beispielsweise Geissler, daß der Großteil der HIV-Infizierten mit dem von Wissenschaftlern des Militärs aus dem Virus der ansteckenden Blutarmut bei Pferden absichtlich entwickelten HI-Virus (vor allem in Uganda und Zaire) künstlich infiziert worden seien (Schulz 1998: 87).

Die am breitesten rezipierte These ist die, daß das Virus tierischen Ursprungs ist (SIV) und bei einem Kontakt (z.B. durch Verletzungen an der Hand bei der Verarbeitung von Tierprodukten durch Menschen) von einer bestimmten Affenart (African green monkey, Macaque oder Schimpansen) in Zentralafrika auf den Menschen übertragen wurde (Barnett, Whiteside 2002: 35; van Dyk 1999: 6).

Köster-Lösche weist darauf hin, daß viele der Ursprungsthesen schlichtweg wilde Spekulationen sind - "wie immer, wenn ein unbekannter Schrecken die Menschen überfällt. Im Grunde sind solche Behauptungen dieselben wie vor hundert oder tausend Jahren: Der Mechanismus für Schuldzuweisungen bleibt immer der gleiche. Man macht Gott oder den Feind verantwortlich." (Köster-Lösche 1995: 112) Dabei ist es interessant zu beobachten, daß der afrikanische Diskurs über AIDS oftmals eine Gegenposition zur gängigen westlichen Rezeption darstellt: Nicht selten wird der Auffassung Ausdruck verliehen, das HI-Virus stamme aus den Ländern des

---

<sup>68</sup> Die Theorie, daß HIV ein Produkt militärischer Forschung für die biologische Kriegsführung sei, geht auf Jakob Segal zurück. Der Ostberliner Professor (in der damals noch existierenden DDR) beschreibt "Ähnlichkeiten der DNA zwischen dem von Gallo entdeckten menschlichen Retrovirus HTLV-1, das für bestimmte Formen der Leukämie verantwortlich gemacht wird, dem HIV-1 und dem Meadi-Visna-Virus, einem bei Schafen vorkommenden Retrovirus, ... Nach seiner Interpretation ist HIV ein Visna-Virus mit einem genetisch eingebauten kleinen Stück HTLV-1." (Schulz 1998: 59)

Westens.<sup>69</sup> Susan Sontag hat diese Verknüpfung des Ursprungs von HIV/AIDS mit den entwickelten Ländern des Nordens im afrikanischen Diskurs interpretiert: Der Rückzug auf Stereotype in der Diskussion um das Sexualverhalten von schwarzen Afrikanern in Europa und Nordamerika – das mit *sexueller Freizügigkeit* und *animalischer Promiskuität* assoziiert wird – hat in Afrika eine Gegenreaktion ausgelöst. In Folge dieser Gegenreaktion hat sich die Überzeugung herausgebildet, das HI-Virus sei von den USA oder zumindest von den Ländern des Nordens als Akt der Eindämmung der afrikanischen Geburtenraten entwickelt worden (Sontag 1989: 55-56). Thomas Schulz erkennt in der Diskussion um die Verursachung von HIV in Afrika teilweise rassistische Argumentationsmuster, die eine lange Tradition des europäischen Blicks auf afrikanische Lebenswelten beerben (Schulz 1998: 54).

Die neueste - mit einer umfangreichen Materialsammlung belegte - Theorie zum Ursprung des HI-Virus stammt von Edward Hooper. Hooper stellt die These auf, daß die erstmalige Übertragung des tierischen Virus SIV auf den Menschen bei großangelegten Impfversuchen gegen Polio (Kinderlähmung) im damaligen Belgisch-Kongo (heute Demokratische Republik Kongo) in den Jahren 1957-60 geschah (Hooper 1999). Die Impfstoffe wurden auf Schimpansen-Lebern kultiviert, womit der Übersprung über die Artengrenze (Tier-Mensch) erklärt wird. Hooper unterstellt dabei kein absichtlich-geplantes Vorgehen (wie viele der verschwörungstheoretischen Thesen), sondern vermutet einen biologischen Unfall. Andere (phylogenetische) Analysen, bei denen aufgrund von Untersuchungen und computergestützten Berechnungen der Struktur von HIV das potenzielle Alter des Virus errechnet wird, legen durchaus nahe, daß das Virus bereits vor 1930 die Artengrenze zum Menschen überschritten haben könnte (Robert Koch Institut 2000; Zeit 2000).

Beide Annahmen werden untermauert durch neuere Untersuchungen von Blutproben, die 1959 in Leopoldville (Belgisch-Kongo), heute Kinshasa, Demokratische Republik Kongo, eingefroren wurden und in denen 1998 das HI-Virus nachgewiesen werden konnte (Zhu et al. 1998; Balter 1998). Diese Ergebnisse markieren den ersten dokumentierten Fall von HIV.<sup>70</sup>

---

<sup>69</sup> Vgl. u.a. Namibian 2001a.

Im Hinblick auf alle Verursachungstheorien läßt sich bislang feststellen, daß keine von ihnen den Status einer im wissenschaftlichen Sinne abgesicherten Erkenntnis für sich beanspruchen kann.

## 2.2 Biomedizin und *Traditional Healing*

### *Wissenschaft und gesellschaftlicher Kontext - zur kulturellen Konstruktion der Biomedizin*

Viele sozialwissenschaftliche Theorien gründen in dem Versuch, das Handeln und Wissen von Menschen in seiner sozialen Bedingtheit, also in seiner Wechselwirkung zu Werten und Normen der Gesellschaft, zu erfassen. Luckmann und Berger verweisen darauf, daß die Welt, in der wir leben, überwiegend sozial (und nicht physikalisch) konstruiert ist (Luckmann, Berger 1969). Diese wissenssoziologische Erkenntnis läßt sich auch auf den Bereich von Gesundheit, Krankheit und Heilung übertragen. Im Hinblick auf gesellschaftliche Medizinsysteme ist es insbesondere die Forschungstradition der *Medical Anthropology*, die versucht, empirisch nachzuzeichnen, daß medizinisches Wissen nicht gesellschaftsunabhängig zu betrachten ist - medizinisches Wissen also auch als Teil einer jeweiligen Kultur angesehen werden muß. Kleinman stellt hierzu fest:

"Im gleichen Sinne, in dem wir von Religion, Sprache oder Verwandtschaft als kulturellem System sprechen, können wir auch Medizin als kulturelles System sehen, eines Systems symbolischer Bedeutungen, die auf dem Zusammenwirken sozialer Institutionen und Formen zwischenmenschlicher Beziehungen fußen. In jeder Kultur stehen Kranksein, die Antworten auf Kranksein, die Individuen, die sie führen und behandeln und die sozialen Institutionen, die mit ihr in Verbindung stehen, alle zusammen in systematischen Beziehungen zueinander."  
(Kleinman 1980: 24)

In diesem Sinne haben Hahn und Kleinman den Begriff Biomedizin für die Kennzeichnung des westlichen Medizinsystems in Abgrenzung zu anderen vorgeschlagen:

"By the name Biomedicine we refer to the predominant medical theory and practice of Euro-American societies, a medicine widely disseminated throughout the world ... We use "Biomedicine" as a name for this medicine, referring to its primary focus on human biology, or more accurately, on physiology, even pathophysiology."  
(Hahn, Kleinman 1983: 305)

---

<sup>70</sup> Hierauf wird später zurückzukommen sein, denn diese Belege stützen die in dieser Arbeit dargelegte These zu den Ausbreitungsbedingungen und -faktoren der Epidemie im Südlichen Afrika (vgl. Kapitel 4.5).

Es gibt verschiedene Versuche, in anderen Regionen prävalierende Medizinsysteme zu erfassen und mit der Biomedizin zu vergleichen. Leslie unterscheidet hierzu zwischen Biomedizin, Balancemedizin und Punitivmedizin (Leslie 1992).

Kennzeichen für die Biomedizin ist ihre "weltweite Autorität und das Monopol für die Definition von Gesundheit und Krankheit. Sie basiert auf dem biologischen Modell der Naturwissenschaften und läßt sich kennzeichnen durch ihre standardisierte Ausbildung, der Verwendung von High-Tech-Geräten sowie ihrer Abhängigkeit von Forschungsinstituten und multinationaler Pharmazie. In der Biomedizin dominiert die Vorstellung von Geist und Körper als ähnlich einer Maschine funktionierenden Systemen." (Wolf, Stürzer 1986: VIII) Diese - unsere Körpervorstellungen dominierende - Trennung von Geist und Körper läßt sich auf die Philosophie René Descartes zurückführen. Heute ist zu beobachten, wie die Analogie vom Körper als Maschine mehr und mehr von der Metapher des Systems abgelöst wird. Haraway (1989) hat in diesem Zusammenhang zeigen können, wie das Bild des Immunsystems innerhalb des biomedizinischen Diskurses erst in den 60er Jahren entstanden ist.

Gemeinhin werden die im Bereich der Biomedizin gewonnen Vorstellungen, Erkenntnisse und Überzeugungen für selbstverständlich, für "wahr" - und damit für die einzig richtigen - gehalten. Anschließend an das eben ausgeführte läßt sich aber konstatieren, daß auch die Biomedizin nicht frei von kulturellen Setzungen ist. Sie basiert auf dem euro-amerikanischen Weltbild und dessen Körperkonzeption (Greifeld 1999: 13).

### ***Kultur und Krankheit***

Darüber hinaus sind Krankheiten immer auch Ausdruck von kulturellen Gegebenheiten. Dementsprechend haben verschiedene Forscher innerhalb der Schule der *Medical Anthropology* nachweisen können, daß es auch in den Ländern des Westens kulturspezifische Krankheitssymptome gibt. Solche kulturspezifischen Syndrome im westlichen Kulturkreis sind das Prämenstruale Syndrom, Freß-Brech-Sucht (Bulimie), Magersucht (Anorexie) und der Herzinfarkt. Diese Krankheiten sind nicht universalistisch anzutreffen und nur auf dem Hintergrund des Wertehorizonts einer Gesellschaft zu verstehen (Greifeld 1999: 27).

### ***Traditionelle Heilung in Afrika***

Von Leslie wurde das Medizinsystem, das in afrikanischen Gesellschaften gewachsen ist, als Punitivmedizin bezeichnet. Der Schwerpunkt der Ätiologie einer Krankheit liegt in diesem Kontext im sozialen Umfeld des Kranken. Der Mensch wird als Mittelpunkt eines funktionierenden sozialen Systems verstanden und Krankheiten werden als Strafe für Verfehlungen gegen andere Lebende, gegen die Ahnen oder die Konventionen der Gemeinschaft gedacht. Eine Krankheit entsteht damit nicht zufällig, sondern wird durch gezieltes Handeln anderer (Hexerei) oder durch eigene Schuld hervorgerufen. (Wolf, Stürzer 1986: IX)

Es erscheint mir wichtig zu unterstreichen, daß Medizinsysteme nicht vollkommen einheitlich gestaltet, sondern pluralistischer Natur sind. Die verschiedenen Medizinsysteme und Krankheitsvorstellungen existieren auch im heutigen Namibia nebeneinander. Es besteht ein *Synkretismus des Heilens*. Kranke wenden sich in einem Krankheitsfall u.U. nicht ausschließlich an einen Agenten der traditionellen Medizin (*traditional healer*) oder einem Agenten des biomedizinischen Sektors (Arzt), sondern kombinieren beide Behandlungen oder greifen für unterschiedliche Krankheitsbilder auch auf unterschiedliche Heilungssysteme zurück (LeBeau 1999: 156).

Es kommt umgekehrt auch vor, daß traditionelle Heiler Patienten, die sie nicht behandeln können, an Hospitäler weiterüberweisen (LeBeau 1999: 136; Feldnotizen III/2001, IV/2003). So berichtet ein Heiler, daß er mit der Behandlung von AIDS überfordert ist, da diese Krankheit die althergebrachten Ätiologien sprengt:

"I am a traditional doctor and I really don't know how to treat this HIV/AIDS. Some people used to come here, but I can't do anything because of knowledge. [...] I don't know, which category this illness is, because always, when I am thinking about this disease I am getting also confused. Because I know how to treat some disease, but HIV/AIDS ... I don't know how to treat"  
(Interview II/06 (2001))

Charakteristisch für die jüngere Geschichte Namibias, und ganz in der Logik der noch darzulegenden Modernisierungsdynamiken, hat, insbesondere seit der missionarischen und kolonialen Inbesitznahme, eine systematische Zurückdrängung der lokalen Medizinkonzepte stattgefunden. Durch koloniale Gesetzgebung wurde die Ausübung traditioneller Medizin kriminalisiert; auch im postkolonialen Kontext

gibt es keinen offiziell geführten Dialog mit den Heilern (LeBeau 2002: 361). Dieser Prozeß der Verwestlichung des Medizinsystems läßt sich an den Etappen des Aufbaus und der Nutzung einer westlich-orientierten medizinischen Infrastruktur ablesen<sup>71</sup>. Trotzdem findet sich in Namibia, wie in nahezu allen afrikanischen Ländern, ein breites Spektrum an traditionellen Heilern. LeBeau geht davon aus, daß es allein in Katutura mehr als 400 Heiler gibt, die traditionelle Heilmethoden praktizieren (LeBeau 1999). Es können verschiedene Heilertypen unterschieden werden:

- *Herbalist*: Person, die unter Anwendung von Kräutern heilt;
- *Faith Healer*: Person, die Gott zur Heilung anruft (vor allem in den zahlreichen charismatischen *born-again*- oder Pfingstkirchen anzutreffen);
- *Spirit Medium*: Person, die Kontakt mit den Ahnen aufnimmt, um die Ursache der Krankheit zu erkennen und zu heilen. (Rompel 2000)

### ***Krankheit und kultureller Kontext - zum Verhältnis von Person und sozialer Mitwelt***

Sedgwich stellt fest, daß in allen Kulturen Krankheitskonzepte eine Theorie der Person in Bezug zu ihrer Außenwelt beinhalten. Dabei wird - kulturspezifisch - die Frage beantwortet, wie feindliche Einflüsse die Grenzen zwischen Person und Umwelt überwinden und damit Krankheit entsteht. Demnach wird in einer Gesellschaft wie der unseren, in der positivistische und physikalische Theorien vorherrschen, die Krankheitsgenese als etwas gedacht, daß von Faktoren innerhalb oder an den Grenzen des Körpers hervorgerufen wird. Dagegen wird in Kulturen mit einer animistischen Tradition ein Angriff auf den Geist bzw. die Seele als zentraler Entstehungsfaktor von Krankheit vorgestellt. Während in dieser Betrachtungsweise den sozialen Faktoren eine große Beachtung geschenkt wird, spielt der Körper des Kranken meist eine untergeordnete Rolle (Schulz 1998: 13). Éric de Rosny hat diesen Kern afrikanischer Medizinvorstellungen detailliert beschrieben, bei dem sich ein Verständnis von Krankheit entwickelt hat, in der diese nicht ohne enge Verknüpfung mit dem Geschehen in der Gemeinschaft gesehen werden kann. Folglich ist es für den Prozeß der Heilung essenziell, das soziale Umfeld des

---

<sup>71</sup> Vgl. Kapitel 4.2.

Kranken in die Behandlung einzubeziehen. In der Heilung wird damit der Versuch gemacht, eine gestörte soziale Ordnung (die beispielsweise durch das Vergehen gegen die Konventionen der Ahnen zustande gekommen ist und sich individuell durch Krankheit ausdrückt) zu rekonstituieren (de Rosny 1998).

Im biomedizinischen Verständnis hingegen wird Krankheit als ein objektivierbarer Körperzustand begriffen, der durch "objektiv bestimmbare Erreger (wie Bakterien oder Viren), Traumata oder - in den letzten Jahren zunehmend - durch genetische Störungen kausal verursacht worden ist." (Schulz 1998: 13)

Es erscheint daher als logisch, daß das Krankheitsbild HIV/AIDS im Bereich der Biomedizin umschrieben wurde. Schulz stellt fest:

"Um überhaupt diagnostiziert werden zu können, setzt das AIDS-Syndrom zwingend eine hochtechnisierte Kultur voraus. Patton (1990) spricht davon, daß AIDS in gewisser Weise eine Revolution für Diagnose und Krankheitskonzepte darstellt, da die AIDS-Symptome faktisch jeweils unterschiedliche Krankheiten sind, die, wäre eine Immunschwäche in der Art von AIDS fünfzig Jahre früher beobachtet worden, als unbehandelbare Formen von verschiedenen Erkrankungen angesehen worden wären." (Schulz 1998: 7)

Auch in der Behandlung von HIV/AIDS reklamiert die naturwissenschaftliche Medizin für sich einen universalistischen Gültigkeitsanspruch.

### **2.3 Zum Stand biomedizinischer Behandlungsmöglichkeiten**

Ohne medizinische Intervention sterben die meisten mit HIV-Infizierten Menschen etwa ein bis drei Jahre nach dem Ausbruch des mit AIDS bezeichneten Krankheitsbildes (WHO 1994: 3f; Barnett, Whiteside 2002: 32).

Seit Mitte der 90er Jahre haben sich jedoch die Behandlungsmöglichkeiten substanziell verbessert, die von der Biomedizin entwickelt wurden. Seit 1996 steht die sogenannte *antiretrovirale Kombinationstherapie* zur Verfügung (kurz ART, auch HAART<sup>72</sup>). In der antiretroviralen Therapie wird die Anzahl der aktiven HIV-Viren in der Blutbahn des Infizierten so weit wie möglich gesenkt. "Antiretroviral" bezieht sich auf den biochemischen Effekt der Medikamente, die die Wirkung von Enzymen blockieren, welche für die Vermehrung und die Funktion des HI-Virus notwendig sind (van Dyk 1999: 69). "Kombinationstherapie" bezieht sich auf die

---

<sup>72</sup> HAART = Highly Active Antiretroviral Therapy.

Tatsache, daß die Kombination von zwei bis drei verschiedenen Wirkstoffen aus verschiedenen Kategorien (NRTIs: Nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitoren; NNRTIs: Non-Nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitoren; PIs: Protease-Inhibitoren) die besten Effekte bezüglich der Virenreduktion bei gleichzeitiger Umgehung von Resistenzen erzielt (van Dyk 1999: 67-68).

In der Therapie mit diesen Medikamenten muß ein strikter Zeitplan befolgt werden. Das heißt: Die Patienten müssen in der Lage sein, im besten Fall nur zwei bis drei Tabletten am Tag zu verschiedenen Zeiten (jeweils genau zur selben Uhrzeit und in verschiedenen Zuständen: kombiniert mit Essen, auf nüchternen Magen etc.) (van Dyk 1999: 71), im schlechtesten Falle bis zu achtzehn verschiedene Medikamente, einzunehmen (Barnett, Whiteside 2002: 44). Der Erfolg der Behandlung ist in starkem Maße von der exakten Befolgung dieser Prozeduren abhängig; dazu kommen in regelmäßigen Abständen Blutuntersuchungen, um den Behandlungserfolg zu kontrollieren.

Als Ergebnis einer erfolgreichen ART-Behandlung läßt sich eine Stabilisierung der Funktionen des Immunsystems und damit eine Verzögerung des Auftretens der Krankheitssymptomatik AIDS beobachten. Der Effekt der Kombinationsbehandlung ist somit eine Verlängerung der Lebenserwartung des Infizierten - theoretisch auf unbestimmte Zeit. AIDS ist damit unter Einsatz der entsprechenden Medikamente zu einer chronischen Krankheit geworden. Empirisch läßt sich dies in Europa u.a. daran ablesen, daß es viele zu Beginn der 1990er Jahre eingerichtete AIDS-Hospize mittlerweile nicht mehr gibt, da durch die ART-Behandlung die Lebenserwartung massiv erhöht wurde - plakativ könnte man sagen, *daß man hierzulande nicht mehr an AIDS stirbt*. Im Einzelfall können nichtsdestoweniger zahlreiche Unverträglichkeiten oder Resistenzen auftreten, was diese allgemeine Feststellung wieder relativiert. Es bleibt darüber hinaus zu befürchten, daß sich mit der Verbreitung der Therapien gegen HIV auch das Potenzial an Resistenzen vermehrt. Es wird berichtet, daß schon bis zu 20% der neuen HIV-Diagnosen in Großbritannien medikamentenresistente Virusmutationen sind (Barnett, Whiteside 2002: 32).



### ***Mutter-Kind-Übertragung (MTCTP)***

Die Mutter-Kind-Übertragung ist neben dem ungeschützten Geschlechtsverkehr weltweit ein Hauptmodus der Infektion. Das HI-Virus kann dabei von einer HIV-infizierten Mutter prä-, peri- oder postnatal<sup>73</sup> an ihr Kind übertragen werden. Die Wahrscheinlichkeit, daß eine HIV-positive Schwangere ein HIV-positives Kind zur Welt bringt, liegt (ohne medizinische Interventionen) bei etwa 30%<sup>74</sup> (van Dyk 1999: 28). Das größte Risiko liegt dabei auf dem prä- und perinatalen Infektionsmodus (Übertragung durch die Plazenta bzw. direkter Blutkontakt bei der Geburt). Ein geringeres Risiko entfällt auf den postnatalen Infektionsweg, bei dem das Virus vor allem durch Brustfütterung des Kindes weitergegeben werden kann.

Mittels einer *Mother-to-Child-transmission-Prophylaxis* (MTCTP) kann die Wahrscheinlichkeit einer Infektion auf diesem Wege von rund einem Drittel der Fälle erheblich gesenkt werden. In Deutschland liegt, bei entsprechender Behandlung, das Risiko einer HIV-positiven Schwangeren, ein infiziertes Kind zur Welt zu bringen, deutlich unter 2% (Robert Koch Institut 2000). Medizinisch beruht die Wirkung dieser Intervention im Wesentlichen auf dem gleichen Mechanismus wie bei der Einnahme von antiretroviralen Medikamenten bei AIDS-Patienten. So werden zur Verhinderung der Mutter-Kind-Übertragung antiretrovirale Medikamente an die Schwangere und das Neugeborene gegeben, die die Virendosis so stark absenken, daß - falls ein Blutkontakt stattfindet - dieser nicht zur Infektion führt.<sup>75</sup>

### ***Post-Exposure-Prophylaxis (PEP)***

Auch in anderen Fällen einer potenziellen Infektion (beispielsweise bei Krankenhauspersonal, das sich versehentlich mit einer infizierten Kanüle sticht, oder bei Vergewaltigungsopfern) kann eine prophylaktische Einnahme einer antiretroviralen Medikamentendosis für einen gewissen Zeitraum<sup>76</sup> eine Infektion vermeiden. Die PEP beruht, wie die MTCTP darauf, daß durch die gezielte

---

<sup>73</sup> Bei der pränatalen Infektion wird das Virus im Mutterleib auf den Embryo übertragen, perinatal während der Entbindung, postnatal nach der Geburt.

<sup>74</sup> Auch hier sind maßgebende Unterschiede zwischen verschiedenen Ländern zu beobachten: In Europa werden - ohne Intervention - 14% der Kinder HIV-positiver Mütter infiziert geboren, in den USA 17-25%, in Afrika 25-40%. Stillwaggon weist darauf hin, daß die körperliche Verfassung von Mutter und Kind dabei eine große Rolle spielt (Stillwaggon 2002: 3).

<sup>75</sup> In Deutschland wird darüber hinaus eine Schnittentbindung ("Kaiserschnitt") durchgeführt.

<sup>76</sup> In der Regel vier Wochen. Die Erstdosis muß allerdings innerhalb von 72 Stunden nach der potenziellen Infektion verabreicht werden (Robert Koch Institut 2000).

Medikamentation die Virendosis im Blut kurzzeitig so massiv abgesenkt wird, daß der "viral-load", der für eine Infektion notwendig ist, nicht erreicht wird.

## 2.4 Die globale Dynamik der AIDS-Epidemie

Wirft man einen Blick auf die globale Dynamik der AIDS-Epidemie, so stellt man fest, daß die Region mit den höchsten prozentualen Infektionsraten (Seroprävalenz) das Afrika südlich der Sahara ist. Auch die absoluten Zahlen Betroffener sind im subsaharischen Afrika am höchsten. Die drastischsten Steigerungsraten und damit den höchsten prozentualen Zuwachs an neuen Infektionen weisen seit Ende der 90er Jahre die Länder Osteuropas und Zentralasiens auf. So nimmt die Zahl der bekannten HIV-Fälle im Gebiet der Russischen Föderation seit 1998 jährlich um mehr als den Faktor zwei zu. In Gesamt Osteuropa und Zentralasien resultierte 2002 allein ein Viertel aller HIV-Infektionen aus Ansteckungen des vergangenen Jahres (250.000 von einer Million) (UNAIDS 2002a: 32). Auch wenn diese absoluten Zahlen noch bei weitem nicht mit der Situation auf dem afrikanischen Kontinent vergleichbar sind, entsteht damit doch eine neue Problemregion im Hinblick auf die epidemische Ausbreitung von HIV. In Rußland fanden sich beispielsweise Ende 2001 rund 700.000 mit HIV-infizierte Menschen (UNAIDS 2002a: 194). Fast 90% der Infektionen werden dabei der Verwendung von unsauberen Nadeln beim Drogenkonsum zugeschrieben (UNAIDS 2002b: 12).

Ein bedeutender Unterschied neben den Infektionsraten und den Transmissionsmodi ist die Verfügbarkeit der aktuellen biomedizinischen Behandlungsmöglichkeiten (HAART). So steht in den westlichen Industrieländern diese Möglichkeit nahezu allen Betroffenen zur Verfügung. Von insgesamt 1,5 Millionen Infizierten erhalten hier 500.000 Menschen eine antiretrovirale Behandlung<sup>77</sup> (UNAIDS 2002a: 39), in Afrika steht diese Behandlung von 29,4 Millionen Infizierten nur 50.000 Menschen zur Verfügung (UNAIDS 2003a).

---

<sup>77</sup> Die HAART-Therapie wird nicht automatisch unmittelbar nach einer positiven Diagnose angewandt, sondern erst wenn die Leistungsfähigkeit des Immunsystems (ablesbar am CD4+ Count und der Anzahl von HI-Viren pro Maßeinheit Blut) auf ein niedriges Niveau abgefallen ist (i.d.R. CD4+-Count unter 200). Vgl. van Dyk 1999; Robert Koch Institut 2000.

Es wird häufig vermutet, daß die Phase von der Infektion mit dem Virus bis zum Ausbrechen des Krankheitsbildes AIDS in Entwicklungsländern kürzer sei als in den westlichen Industrieländern. Diese These stützt sich auf die Annahme, daß das Immunsystem von Menschen in Entwicklungsländern größeren Belastungen ausgesetzt ist (durch Krankheitserreger, eine schlechtere Ernährungssituation und unzureichenden Zugang zu Gesundheitseinrichtungen). Barnett und Whiteside stellen nach Auswertung von verschiedenen Studien fest:

"However of six African studies reported in 1996, four suggested progression rates similar to those in the industrial world, and two found shorter periods. Data than were 'scanty and are limited to sub-Saharan Africa' ..."  
(Barnett, Whiteside 2002: 33).

Die Datenlage für die Aufrechterhaltung dieser These muß also bisher als unzureichend bewertet werden.

### 3. AIDS in Afrika

In diesem Kapitel wird ein Überblick über die epidemiologischen Rahmenbedingungen gegeben, die für Verlauf und Status der Epidemie in Afrika entscheidend sind. Gleichzeitig sollen die Faktoren dargestellt werden, die die AIDS-Epidemie in Afrika von der Situation in anderen Teilen der Welt unterscheiden.

#### 3.1 Epidemiologische Daten

##### *Einige Vorbemerkungen zur Verwendung von Zahlen und Statistiken*

Bei der Verwendung von statistischem Zahlenmaterial, insbesondere bei Statistiken zu afrikanischen Ländern, sind einige Anmerkungen notwendig:

Die Verwendung von quantitativer Empirie, der Gebrauch von Zahlen, hüllt sich immer in den Deckmantel des Objektivens und blendet mit einer scheinbaren Neutralität. Wer mit den bürokratischen und wissenschaftlichen Verhältnissen in afrikanischen Ländern vertraut ist, der weiß jedoch, daß diese Länder (im Hinblick auf die Erhebungsinstrumente und wissenschaftlichen Ressourcen) nicht unbedingt über den Standard westlicher Sozialforschung verfügen. Außerdem basieren alle hier dargestellten Zahlen auf Hochrechnungen, da natürlich nicht alle HIV-Infizierten getestet sind und um ihren Status wissen. Die Hochrechnungen sind auf Basis von Stichproben mit unterschiedlichen Bezugsgruppen (wie Schwangere, STD<sup>78</sup>-Patienten etc.) zustande gekommen. Diese Daten werden in der Regel in Rechenmodelle eingespeist, um sie in aussagekräftige Werte umzurechnen, die sich auf die jeweilige Gesamtbevölkerung beziehen. Es ist damit vom jeweils verwendeten Rechenmodell und von der Genauigkeit der verwendeten Rahmendaten (wie Gesamtbevölkerung, Alterspyramide etc.) abhängig, wie exakt diese Zahlen sind. Diese statistischen Erhebungen stellen also eine (mehr oder weniger genaue) Annäherung an die Realität dar.<sup>79</sup>

---

<sup>78</sup> STD = Sexually Transmitted Disease

<sup>79</sup> Auf einer sehr viel grundsätzlicheren Ebene weist Barbara Duden - anknüpfend an Ivan Illich - auf die Gefahren hin, die aus der numerischen Darstellung sozialer Realitäten erwachsen. Sie stellt fest, daß man in dem Augenblick, in dem man von *Populationen* statt von *Menschen* spricht, man jene "terminologisch auslöscht", um sich einer technokratischen Sprache zu bedienen, die dazu angetan ist *Menschen als Dinge* zu betrachten und sie in Rechengrößen zu verwandeln, anstatt sich den äußerst

Verschiedene Autoren bezweifeln die offiziellen Statistiken. Fiala beispielsweise vermutet Zahlenmanipulationen durch Regierungen und NGOs als Mittel zur Budgetausweitung (Fiala 1998). Im Einzelnen kann sicher nicht ausgeschlossen werden, daß es Tendenzen geben kann, entweder AIDS-Statistiken nach oben zu manipulieren (Budgetausweitung) oder nach unten zu entdramatisieren.

Aus verschiedenen afrikanischen Staaten - allerdings nicht aus dem anglophonen Südlichen Afrika - ist bekannt, daß aus Kostengründen oder wegen mangelnder Verfügbarkeit von Tests (bzw. der entsprechenden medizinischen Infrastruktur), klinische AIDS-Diagnosen durchgeführt werden. Diese werden dann in der Regel nach der sogenannten Bangui-Definition der WHO zur klinischen AIDS-Diagnostik durchgeführt. Laut Bangui-Definition wird zwischen zwei Symptomgruppen unterschieden ("Major" und "Minor"-Symptoms). Wenn mindestens zwei Symptome aus der *Major*-Gruppe kombiniert mit mindestens einem Symptom aus der *Minor*-Gruppe vorliegen, kann aufgrund dieser klinischen Einstufung eine AIDS-Diagnose gestellt werden (ohne, daß jemals ein HIV-Antikörpertest durchgeführt worden ist). In der Bangui-Definition ist sogar die Relativierung formuliert, daß Erkrankungen wie Krebs, schwere Mangelernährung etc. die gleiche Symptomatik wie AIDS zeigen können (WHO 1986: 71).

Mit diesen generellen Vorbehalten müssen auch alle in dieser Arbeit dargelegten Zahlen zu AIDS kritisch betrachtet werden. Trotzdem kann man die hier beschriebenen Zahlen als relativ verlässlich betrachten. Sie geben einen Überblick, welche Dimensionen die AIDS-Epidemie im globalen Kontext hat. Die Zahlen, die sich auf die globale Situation beziehen, stammen aus den Rechenmodellen von UNAIDS, dem AIDS-Programm der Vereinten Nationen, das jeweils die Daten aus nationalen Surveys weiterverarbeitet. Die Zahlen, die sich auf Namibia beziehen, stammen aus - in zweijährigem Turnus durchgeführten - Serotest-Reihenuntersuchungen mit schwangeren Frauen. Es wird davon ausgegangen, daß - in den afrikanischen Ländern - diese Gruppe eine gute Entsprechung der Gesamaltersgruppe der 15 bis 49jährigen darstellt (MHSS 2003: 9; UNAIDS, WHO 2003: 6).<sup>80</sup>

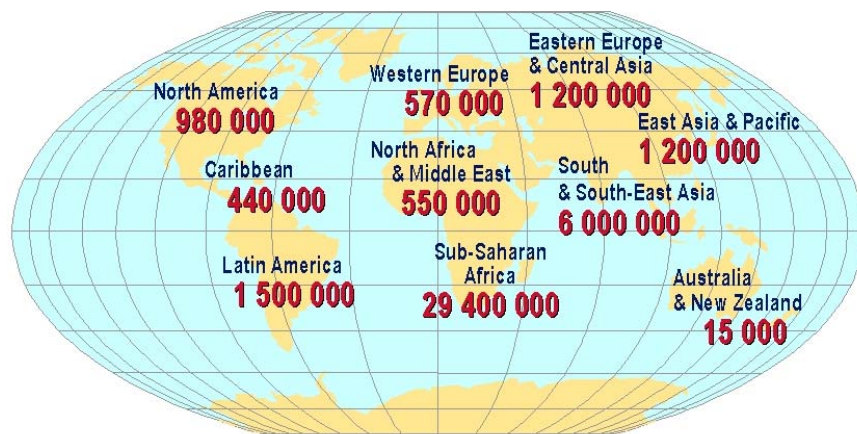
---

subjektiven und individuellen Einzelschicksalen auszusetzen. Die Anwendung von Statistik entrückt somit der Wirklichkeit. (Duden 1993)

<sup>80</sup> Nähere Ausführungen zum namibischen *Sentinel Survey* finden sich in Kapitel 4.3.

### **Zahlen zu AIDS in Afrika**

Die Epidemiologen des AIDS-Programms der Vereinten Nationen (UNAIDS) schätzen, daß es Ende 2002 weltweit 42 Millionen HIV-Infizierte gab, davon allein 29,4 Millionen im subsaharischen Afrika (UNAIDS 2002b: 34). Das sind mehr als 70% der weltweit Infizierten. Insgesamt leben 95% der von HIV und AIDS Betroffenen in Entwicklungsländern.

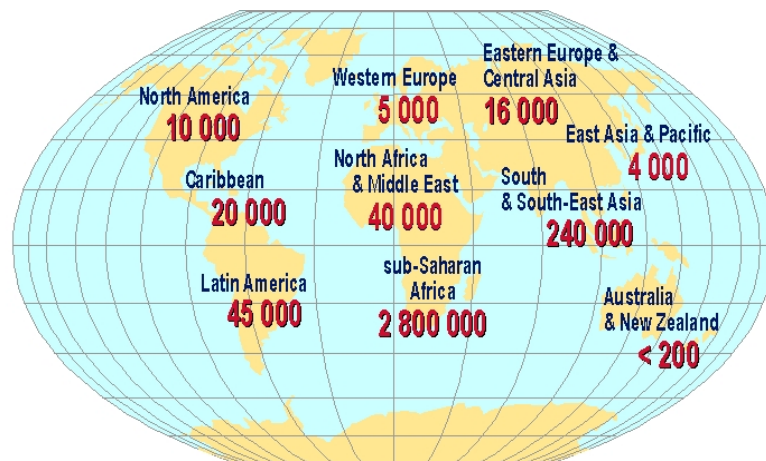


**Gesamt: 42 Millionen**

**Abbildung: Geschätzte Anzahl HIV-infizierter Erwachsener und Kinder (2002) (UNAIDS 2002b)**

Von diesen 42 Millionen HIV-Infizierten sind 3,2 Millionen jünger als 15 Jahre (UNAIDS 2002b). Fast 90% dieser Kinder (2,8 Mio.) leben im Afrika südlich der Sahara. Nur die wenigsten dieser Kinder haben sich durch Geschlechtsverkehr angesteckt. In der prozentual relativ hohen Anzahl infizierter Kinder unterscheidet sich die Epidemiologie von AIDS in Afrika von der Epidemiologie in den westlichen Industrieländern. Der Hauptübertragungsmodus von HIV im subsaharischen Afrika ist die heterosexuelle Übertragung, die für mehr als 80% der Fälle verantwortlich gemacht wird, sowie die Mutter-zu-Kind-Übertragung (verantwortlich für mehr als 10% der Infektionen). Homosexuelle Übertragung, Infektion durch die Verwendung unsauberer Nadeln (Drogen/Krankenhäuser) und verseuchter Blutkonserven spielen praktisch keine Rolle (UNAIDS 2002a) - so die gängige Einschätzung<sup>81</sup>.

<sup>81</sup> Die WHO schätzt, daß 80% der HIV-Infektionen in Afrika auf heterosexuelle Übertragung zurückzuführen sind, 10,8% auf Mutter-Kind-Übertragung, 6% auf Bluttransfusionen, 1,6% auf verunreinigte medizinische Injektionen und 1,6% auf homosexuelle Übertragung und Drogen (Chin, Sato, Mann 1990). Eine neuere Schätzung der WHO geht von einer Rate von 2,5% der Übertragungen aus, die in Afrika auf verunreinigte Nadelinjektionen zurückzuführen seien (UNAIDS 2003b).



**Gesamt: 3,2 Millionen**

**Abbildung: Geschätzte Anzahl HIV-infizierter Kinder unter 15 Jahren (2002)  
(UNAIDS 2002b)**

Die meisten der HIV-Infizierten Kinder unter 15 Jahren haben sich mittels der Übertragung des HI-Virus von ihrer Mutter infiziert.<sup>82</sup>

Die Betrachtung dieser unterschiedlichen Übertragungsmodi des HI-Virus in Afrika vs. in Europa zeigt, daß AIDS in Afrika kein Risikogruppenphänomen<sup>83</sup> ist. Alle

---

Gisselquist und Potterat haben diese Schätzung jüngst in Zweifel gezogen. Sie argumentieren: Die Einschätzung, daß die Mehrzahl der HIV-Übertragungen in Afrika einer heterosexuellen Übertragung entstammen, müsse revidiert werden. Weiterhin stellen sie die empirische Basis für diese Prozentzahlen in Frage. Sie errechnen unter Zugrundelegung von empirischen Daten aus offen zugänglichen Studien eine Übertragungsrate von 25-29% bei Frauen und 30-35% bei Männern, die auf heterosexuelle Übertragung zurückzuführen sei. Im Hinblick auf die Frage, auf welche Transmissionsmodi die verbleibenden Infektionen zurückzuführen seien, vermuten die Autoren: "A growing body of evidence points to unsafe injections and other medical exposures to contaminated blood" (Gisselquist, Potterat 2003: 171). An anderer Stelle wird von ihnen (et al.) als Indiz für diese Theorie angeführt: "Though few in number, there continue to be reports of HIV seropositivity in persons denying coital exposure and in persons claiming a sole lifetime sexual partner who is reportedly HIV negative. Similarly, there are persistent reports of HIV in infants with seronegative mothers." (Brewer et al. 2003: 145)

In der Tat gibt es auch unter den für diese Studie Befragten Interviewpartner, die angaben, bei HIV-positivem Status bisher keinen Geschlechtsverkehr gehabt zu haben, wohl aber Operationen durchlaufen und Injektionen wegen verschiedener Krankheiten erhalten zu haben; vgl. Interview II/08 (2001).

Die Autoren schließen daraus, daß es alternative - bisher unbeachtete - Modi in der Viren-Transmission in Afrika gibt, für die sie das Medizinsystem im Allgemeinen und die Anwendung von Injektionen in den Blick nehmen: "Prostitutes, for example, are often recruited for studies from STI clinics, where non-sterile equipment is used with high frequency, and wherein the underlying prevalence of HIV is high." (Brewer et al. 2003: 145). Sie stellen weiterhin fest: "... needle stick exposure (HIV transmission probability: about one in 300), medical injection (recently estimated at approximately one in 30), or illicit-drug injection (about one in 100), is much more efficient than penile-vaginal exposure (about one in 1.000)." (Brewer et al. 2003: 146).

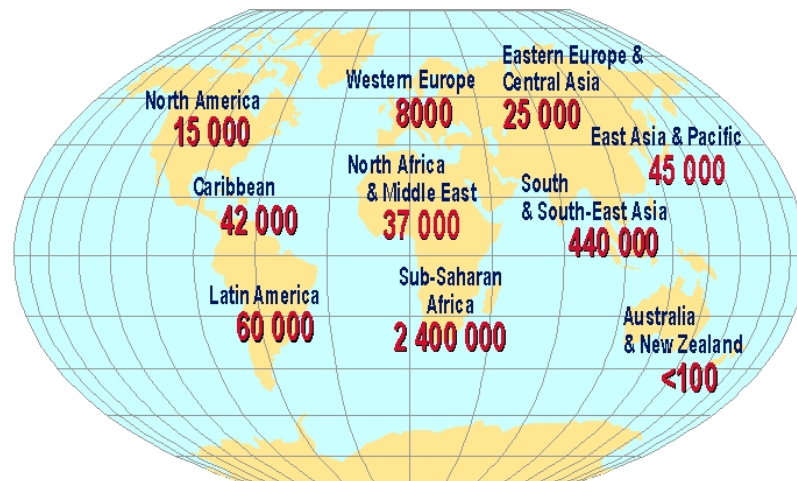
Packard und Epstein haben schon früher auf die unzureichende Beachtung der Möglichkeit hingewiesen, daß Injektionen und Transfusionen auch in Afrika eine große Rolle bei HIV-Übertragungen spielen könnten (Packard, Epstein 1991).

Bezüglich der iatrogenen Verursachung von Krankheiten vgl. auch Illich 1988.

<sup>82</sup> Vgl. Kapitel 2.4.

Bevölkerungsgruppen sind 'at risk' - auch wenn beispielsweise Frauen generell verwundbarer sind.

Drei Viertel der weltweiten AIDS-Todesfälle waren Ende 2002 dem subsaharischen Afrika zuzuordnen. Von 3,1 Millionen Todesfällen fanden sich 2,4 Millionen im Afrika südlich der Sahara. Täglich sterben in ganz Afrika 6.600 Menschen an den Folgen der Immunschwächekrankheit.



**Gesamt: 3,1 Millionen**

**Abbildung: Geschätzte Anzahl AIDS-verursachter Todesfälle (2002)  
(UNAIDS 2002b)**

<sup>83</sup> In Europa sind im gesundheitspolitischen Diskurs oftmals *Risikogruppen* für HIV identifiziert worden, da HIV beispielsweise im Homosexuellen-Milieu die höchste Prävalenz hat. Die Problematik einer solchen Kategorisierung ist, daß die umgangssprachliche Verwendung sich von der relativ engen wissenschaftlichen Benutzung des Begriffs abhebt. In einem strikt statistischen Sinne gilt: "the degree of increased risk associated with a specific behaviour or other factors is measured as the relative risk or relative odds of infection comparing those with the factor to those without the factor" (Brookmeyer, Gail 1994: 23). Nach dieser Definition ist eine Risikogruppe zunächst eine statistische Kategorie, die Aussagen trifft über die relative Wahrscheinlichkeit in jener Gruppe - im Kontrast zu anderen - ein infiziertes Individuum vorzufinden. In der umgangssprachlichen Konnotation verschwimmt diese Verwendung in eine weniger trennscharfe Beschreibung des Risikos, mit dem *jene* Angehörige der Risikogruppe (Homosexuelle, Prostituierte, Drogenkonsumenten etc.) *uns* - die Nichtinfizierten - *bedrohen* (vgl. auch Barnett, Whiteside 2002: 81). Dies leistet einer Stigmatisierung der jeweils identifizierten "Risikogruppe" Vorschub und die Aufmerksamkeit wird von einem möglicherweise risikohaften Verhalten der 'Normalbevölkerung' abgelenkt (Projektion). Für die demographischen Kennzeichen der AIDS-Epidemie in Afrika ist das Konzept zudem ohne jede Aussagekraft (s.o.). Diese Probleme treffen ähnlich auch auf das "core-group"-Konzept (*Kerngruppe*) von James Yorke und Herbert Hethcote zu, die in den späten 70er Jahren aufgrund der Feststellung, daß u.U. bestimmte Teile der Bevölkerung aufgrund ihres Verhaltens anfälliger für die Übertragung von bestimmten (sexuellen) Infektionskrankheiten sind, am Beispiel der Gonorrhöe in den USA argumentierten, daß eine relativ kleine Gruppe von Personen (die aufgrund von sozialer Charakteristika beschreibbar ist), für die konstanten Infektionsraten in der Gesamtbevölkerung verantwortlich sind (Barnett, Whiteside 2002: 77).

Barnett und Whiteside haben daher vorgeschlagen, eher von risikohaftem Verhalten oder Risikoumgebung zu sprechen: "The riskiness of the behaviour is a characteristic of the environment rather than that of the individuals or the particular practises." (Barnett, Whiteside 2002: 81)



### ***Therapiemöglichkeiten in afrikanischen Ländern***

Die hohe Zahl der an AIDS sterbenden Menschen ist ein weiterer wesentlicher Unterschied zwischen dem Phänomen AIDS in Afrika und AIDS in den Ländern des Westens: In Afrika stirbt man an AIDS. In den westlichen Industrieländern ist die antiretrovirale Behandlung für Betroffene breit verfügbar<sup>84</sup>. Die Kosten dieser Behandlung betragen in Deutschland etwa 1.000,- € im Monat. In den meisten afrikanischen Ländern gilt dies als nicht finanzierbar. Bislang haben im subsaharischen Afrika von 29,4 Millionen Betroffenen nur etwa 50.000 Menschen Zugang zur antiretroviralen Kombinationstherapie (UNAIDS 2003a). In Namibia kosten allein die Medikamente etwa 600,- bis 4.000 N\$ (Namibian 2003f), im Normalfall etwa 1.500,- bis 2.000,- N\$ (Feldnotizen IV/2003; Interview IV/01 (2003)) im Monat. Sie sind damit für den Durchschnittsverdiener nicht finanzierbar. Dennoch gibt es Staaten wie Brasilien und Botswana, die angefangen haben, eine flächendeckende antiretrovirale Behandlung für die gesamte betroffene Bevölkerung einzuführen. Diese beiden Länder haben erfolgreich vorgeführt, daß es auch in "ressourcenarmen" Regionen möglich ist, der Bevölkerung einen Zugang zu der lebensverlängernden Behandlung zu ermöglichen. Brasilien hat dabei mit einer Mehrfachstrategie die Kosten für die teuren Medikamente erfolgreich senken können: Zum einen hat die Regierung unter Umgehung der bestehenden Patentrechte billige Generika<sup>85</sup> importiert, zeitgleich eigene Produktionskapazitäten für die Medikamente aufgebaut und mit den Großkonzernen der Pharmaindustrie um eine Senkung der Preise verhandelt.

Botswana hat sich mit einem ausgefeilten Partnerschaftsprogramm um Co-Finanziers bemüht: Die Arzneimittel-Großkonzerne Bristol-Myers-Squibb und Merck (zwei der fünf großen internationalen AIDS-Medikamente-Hersteller) sind hier ebenso beteiligt, wie die finanzstarke Bill & Melinda Gates Foundation und das Harvard-AIDS-Institute.

Damit zeigt sich, daß trotz enormer Kosten (Botswana steckt mittlerweile 20% des nationalen Haushalts in das ART-Programm) eine Behandlung von AIDS auch in Ländern der Südhemisphäre möglich ist. Unter moralischen Gesichtspunkten hat sich

---

<sup>84</sup> Vgl. Kapitel 2.4.

<sup>85</sup> Generika enthalten die gleichen Wirkstoffe wie die Originalpräparate, sind aber aus rechtlicher Perspektive Plagiate, die das geltende Patentrecht brechen.

die Frage nach der Notwendigkeit des Zugangs zu einer solchen Behandlung für die Menschen in Entwicklungsländern ohnehin noch nie gestellt.

Auch die namibische Regierung hat die flächendeckende Einführung eines ART-Programms angekündigt. Nach einer Finanzausgabe des *Global Fund to Fight HIV/AIDS, Malaria and Tuberculosis*, Ende Januar 2003, wurde im Mai 2003 die landesweite Ausweitung des (bis dahin in nur zwei Krankenhäusern als Pilotprojekt angelaufenen) MTCTP-Programms und die Einführung der antiretroviralen Therapie für AIDS-Kranke in den staatlichen Krankenhäusern verkündet (Namibian 2003a, 2003b). In den Hospitälern in Katutura und Oshakati erhalten mittlerweile die ersten Betroffenen eine AIDS-Therapie. Im September 2003 waren etwas mehr als 150 Infizierte in diesem staatlichen Behandlungsprogramm, das schnell ausgeweitet werden soll. Wie lange es dauern wird, bis diese relativ aufwendige Behandlung allen (die um ihren Status wissen) zur Verfügung steht, bleibt nur zu vermuten. Man kann aber wohl von einem Zeitraum von mindestens zwei Jahren ausgehen. Daneben hat die namibische Regierung - auf Initiative des UN Sondergesandten für AIDS Stephen Lewis - angekündigt, eine eigene Generika-Produktion innerhalb Namibias aufzubauen (Namibian 2003c).

### **3.2 AIDS im Südlichen Afrika**

Innerhalb Afrikas ist der südliche Teil am stärksten von der AIDS-Epidemie betroffen. Hier finden sich rund ein Drittel der global mit HIV infizierten Menschen in einer Region, in dem nur etwa 2% der Weltbevölkerung leben (UNAIDS, WHO 2003: 8).

Im Südlichen Afrika ist Botswana am stärksten tangiert. Es liegt mit einer Prävalenzrate von 38,8% der 15-49jährigen Bevölkerung an Platz Eins der globalen Negativrangliste. Es folgen Simbabwe mit 33,7%, Swaziland mit 33,4%, Lesotho mit 31%, Namibia mit 23,3% und Südafrika mit 20,1% HIV-Infizierten in der Gruppe der Erwachsenen (15-49 Jahre) (UNAIDS 2002a: 190; Zahl für Namibia: MHSS 2003). Zum Vergleich: Deutschland hatte zum gleichen Zeitpunkt und in der gleichen Bezugsgruppe eine Prävalenzrate von 0,1% (UNAIDS 2002a: 194).

Es ist wichtig festzuhalten, daß die hier angegebenen Seroprävalenzraten die prozentualen Infektionsraten der erwachsenen Bevölkerung angeben.<sup>86</sup> Die absoluten Zahlen der Infizierten lassen sich daraus nicht unmittelbar ableiten, sondern müssen ins Verhältnis zu demographischen Daten (Einwohnerzahl, Anteil der verschiedenen Altersgruppen etc.) gesetzt werden. Bei Betrachtung der absoluten Zahlen zeigt sich, daß Südafrika, angesichts seiner relativ hohen Einwohnerzahl von rund 40 Millionen Bürgern, die weltweit höchste absolute Zahl an HIV-Infizierten aufweist: Etwa 4,7 Millionen Erwachsene sollen in der Republik Südafrika HIV-infiziert sein; dagegen *nur* 200.000 Erwachsene in Namibia und 300.000 in Botswana (UNAIDS 2002a: 190).

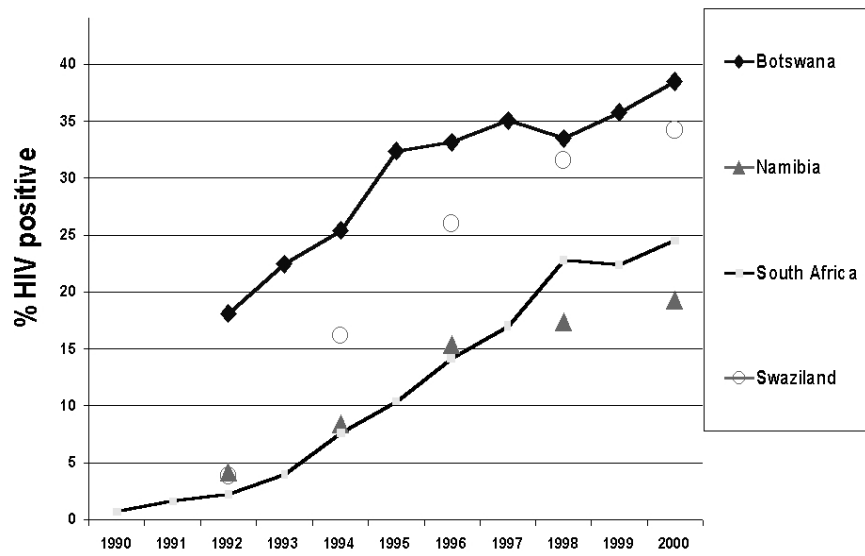
### ***Zeitliche Verläufe***

Die Seroprävalenzraten stellen nur eine Momentaufnahme der Epidemie dar. Die Dynamik und der Verlauf einer Epidemie läßt sich daraus nicht ersehen, da unklar ist zu welchem Zeitpunkt sich der Einzelne mit dem Virus infiziert hat. So ergibt sich auch bei der historischen Betrachtung der afrikanischen AIDS-Epidemie ein differenzierteres Bild. Das Südliche Afrika war innerhalb des Kontinents nicht immer am stärksten von AIDS betroffen. Das Zentrum der Epidemie hat sich innerhalb des letzten Jahrzehnts deutlich verschoben: Ende der 80er Jahre waren noch Uganda, Zentralafrika, Tansania und Sambia die Spitzenreiter bei den Infektionsraten. Uganda belegte Anfang der 1990er Jahre mit rund 14% Infektionen unter Erwachsenen einen Spitzenplatz in der *Negativrangliste* der globalen Infektionsraten. Dieser Schwerpunkt der afrikanischen Epidemie hat sich deutlich in den Süden des Kontinents verlagert.

---

<sup>86</sup> Die Zahlen beziehen sich zudem auf den landesweiten Durchschnitt. Durchaus vorhandene regionale Unterschiede sind rechnerisch eingeebnet.

### National trends in HIV prevalence



**Abbildung: Trends in den Seroprävalenzraten  
ausgewählter Länder im Südlichen Afrika  
(Barnett, Whiteside 2002)**

## **Zweiter Teil: Exploration**

### **4. AIDS in Namibia**

In diesem Kapitel werden einige allgemeine Daten zu Geschichte, Landeskunde, Gesellschafts- und Sozialstrukturen (4.1) und der Infrastruktur des Gesundheitswesens dargestellt (4.2), die für das Verständnis der weiteren Argumentation notwendig sind. Dann werden die Rahmenbedingungen der AIDS-Epidemie in Namibia erörtert (4.3). Anschließend werden die Lokalitäten, in denen die hier vorgelegte Untersuchung durchgeführt wurde, ausführlich dargestellt (4.4). Schließlich werden die Ursachen für die Massivität der HIV-Prävalenzraten in Namibia diskutiert (4.5).

#### **4.1 Jüngere Geschichte und Landeskunde**

##### ***Entdecker, Missionare und Händler***

Die ersten Europäer, die nach Namibia kamen, waren Forschungsreisende, Händler und Missionare. Viele dieser frühen "Entdecker" publizierten Reiseberichte, in denen sie sich mit den einheimischen Stämmen, denen sie begegneten, befassten (wie etwa Galton 1889 und Andersson 1856 zum Ovamboland). Die umfangreichsten Aufzeichnungen stammen von Missionaren (wie etwa Brincker 1900, Tönjes 1911). Praktisch alle älteren ethnografischen Berichte über Nordnamibia lassen sich auf diese Quellen zurückführen.

##### ***Deutsche Kolonialgeschichte***

Das heutige Namibia wurde von Deutschland vom ausgehenden 19. Jahrhundert an über den Seeweg kolonisiert. 1882 schloß der deutsche Geschäftsmann Adolf Lüderitz eine Vereinbarung mit dem lokalen *chief* Frederick von Bethanien, die ihm die Nutzungsrechte über das Gebiet *Angra Pequena* überließ, das umgehend in Lüderitz umbenannt wurde. 1884 wurde Deutsch-Südwestafrika<sup>87</sup> als deutsches

---

<sup>87</sup> Die Bezeichnung *Südwestafrika* wird im nachfolgenden immer dann benutzt, wenn von der deutschen Kolonialzeit und der südafrikanischen Protektoratszeit die Rede ist, *Namibia* wenn auf den Zeitraum seit der Unabhängigkeit (1990) Bezug genommen wird.

Protektorat proklamiert. Die Absicht des damaligen deutschen Reichskanzlers Otto von Bismarck, den deutschen Staat weitgehend aus der Kolonialpolitik herauszuhalten, hatte die Gründung der nichtstaatlichen "Deutschen Kolonialgesellschaft für Südwestafrika" zur Folge. Als sich diese Vorgehensweise als nicht haltbar erwies, wurde 1885 Dr. Ernst Heinrich Göring als staatlicher Bevollmächtigter, zusammen mit dem Verwaltungsbeamten Luis Nels und dem Polizeioffizier Hugo von Goldammer, nach Deutsch-Südwestafrika entsandt. Nachdem der Versuch, durch Protektionsverträge mit Herero und Nama einen diplomatischen Weg der Kolonisierung zu beschreiten, scheiterte, wurde im Juni 1889 eine militärische Schutztruppe von 21 Männern unter der Leitung von Curt von Francois nach "Deutsch-Südwest" entsandt. Von diesem Zeitpunkt an wurde stufenweise die militärische Kontrolle (zunächst im Bereich zwischen Windhoek und der Küste) und die Anzahl der Truppen ausgebaut.

Im Dezember 1886 wurde in einer Vereinbarung zwischen Deutschland und Portugal der Kunene als Grenze zwischen dem portugiesischen Angola und dem deutschen Südwestafrika festgelegt. Zuvor gab es keine klaren Vereinbarungen hierüber und sowohl die Deutschen als auch die Portugiesen beanspruchten das Areal zwischen Kunene und der Etosha-Pfanne als ihr Einflußgebiet (Eirola 1992: 64).

1894 wurde Francois durch den neuen *Landeshauptmann* (ab 1898 Gouverneur) Major Theodor Leutwein ersetzt, der nun die zivile und militärische Verwaltung von Deutsch-Südwestafrika leitete (Eirola 1992: 62f.).

Die Übernahme der Administration durch Leutwein markiert den Beginn einer Politik gegenüber der Region Ovamboland, die sich als Grundlinie des Verwaltungshandelns durch die gesamte deutsche Kolonialzeit, ja auch die südafrikanische Apartheidszeit zieht: nämlich die Absonderung vom Rest der Kolonie. Aufgrund der offenen und nicht demarkierten Grenze zu Angola wollte Leutwein militärische Posten nur an der Südgrenze des Ovamboland aufstellen, um das Areal von dort aus zu kontrollieren (Eirola 1992: 77). Die Nordgrenze der deutschen Kolonialverwaltung folgte zu dieser Zeit der Linie Gobabis-Okahandja-Omaruru-Okombahe. Der tatsächliche Einfluß der deutschen Kolonialadministration endete also südlich von Etosha.

Die nächste Etappe im Ausbau dieses Sonderstatus von Ovamboland war die Etablierung einer Quarantänelinie nach dem Ausbruch einer Rinderpest-Epidemie im Jahr 1896. Der stellvertretende Gouverneur Friedrich von Lindequist ließ diese

Grenze errichten, die von verschiedenen Militärposten gesichert wurde. Im Abstand von 40 bis 60 Kilometern wurden Posten eingerichtet (u.a. in Namutoni, am Rande der Etosha-Pfanne), um Bewegungen von Rinderherden über diese Linie zu verhindern und so die Rinderherden innerhalb der Kolonie (vor allem in Namaland und Hereroland) zu sichern (Eirola 1992: 78).

1899 wurde vom neuen Distriktkommissar des Nordbezirks und Kommandeur der vierten Kompanie der Schutztruppe von Outjo aus eine Expedition ins Ovamboland unternommen, bei der es um Möglichkeiten einer weiteren militärischen Sicherung des Areals und der Nordgrenzen der Kolonie ging.<sup>88</sup> Eine weitere Expedition mit gleichem Ziel wurde von Juni bis September 1900 vom stellvertretenden Kommandeur der Schutztruppe durchgeführt (Eirola 1992: 108).

Den vor Ort befindlichen Vertretern der Kolonialmacht Deutschland ging es um die militärische Unterwerfung des Ovamboland. Auf der Basis der durchgeführten Expeditionen wurden verschiedene Pläne dafür ausgearbeitet. Diese wurden aber von der deutschen Regierung im Mutterland abgelehnt (Eirola 1992: 107f.).

Zusammenfassend kann man sagen, daß der Sonderstatus des Ovambolandes zur Folge hatte, daß dieses Areal und die in ihm lebenden Menschen - im Vergleich zu anderen Teilen Südwesafrikas - von europäischem Einfluß zunächst relativ unbeeinflußt blieben.

In den Jahren 1904 bis 1907 brach ein blutiger Krieg zwischen den Bevölkerungsgruppen Nama und Herero und der deutschen Kolonialverwaltung aus. Am 12. Januar 1904 erklärten die Herero unter Samuel Maharero den Deutschen den Krieg<sup>89</sup>. Die Nama schlossen sich unter Hendrick Witbooi im Oktober 1904 dem Unabhängigkeitskrieg an. Am 11. August 1904 kam es östlich von Otjozondjupa am Waterberg zu einer vernichtenden Schlacht zwischen Herero und den deutschen

---

<sup>88</sup> Franke war der erste Vertreter der deutschen Kolonialmacht überhaupt, der Ovamboland bereiste. Zuvor waren ausschließlich Missionare und Händler so weit in den Norden gereist. Der Informationsstand der Kolonialadministration stützte sich bis zu diesem Zeitpunkt ausschließlich auf Berichte und Informationen Dritter, wie beispielsweise des in Ondonga tätigen finnischen Missionars Maati Rautaanen (Eirola 1992: 100) und der in Uukwanyama tätigen deutschen Missionare.

<sup>89</sup> Maharero beschreibt in einem Brief an den deutschen Gouverneur Leutwein die Morde, die die unmittelbare Ursache des Krieges waren: "You yourself know, how many Hereros have been killed by white people, particularly traders with guns and in prisons ... Lieutenant Z.. started killing my people in gaol. There died 10 ... he called me in order to shoot me. Thereupon I became angry and said - 'now I must shoot the Whites even though I die' ... Thus the war commenced." (Zitiert nach Katjavivi 1988: 8)

Schutztruppen unter ihrem neuen Oberbefehlshaber General von Trotha. Tausende Herero wurden getötet. Im Oktober 1904 deklarierte von Trotha:

"Innerhalb der deutschen Grenzen wird jeder Herero mit und ohne Gewehr, mit oder ohne Vieh erschossen, ich nehme keine Weiber oder Kinder mehr auf, treibe sie zu ihrem Volk zurück, oder lasse auf sie schießen. Dies sind meine Worte an das Volk der Herero."

(Von Trotha zitiert nach Timm 1981: 11)

Man geht heute davon aus, daß in diesem ersten Genozid des 20. Jahrhunderts 60.000 bis 80.000 Menschen, mehr als drei Viertel der Hereros, umgebracht worden sind. Die Überlebenden wurden zum Teil als Kriegsgefangene versklavt und im Eisenbahnbau eingesetzt (Katjavivi 1988: 10).

Die Erfahrungen der Herero- und Nama-Kriege hinterließen deutliche Spuren in der öffentlichen Meinung in Deutschland: Fortan setzte sich der Deutsche Reichstag systematisch gegen jedwede weitere militärische Aktion in der deutschen Kolonie Südwestafrika ein.

Ein wesentlicher Unterschied in dem Verhältnis von Mutterland und Kolonie war im Fall Deutsch-Südwestafrikas, daß - anders als in anderen deutschen Afrikakolonien (wie im heutigen Togo, Kamerun oder Tansania) - Deutsche in großer Zahl nach Südwestafrika auswanderten, um dort zu siedeln. Die deutsche Regierung ermutigte Siedler, dorthin auszuwandern und Viehzucht zu betreiben. Deutsch-Südwestafrika war damit die einzige deutsche Siedlungskolonie. Dies bedeutete für viele Einwohner des Landes einen Verlust ihrer Siedlungsgebiete, da das Land nunmehr von Weißen in Besitz genommen, in Großfarmen aufgeteilt und von weißen Siedlern bewirtschaftet wurde.

1911 wurde die sogenannte "Polizeizone" im Zentralland Deutsch-Südwestafrikas eingerichtet (Moorsom 1995: 12). Das vor allem von weißen Siedlern bewohnte Kernland der Kolonie wurde dabei als Areal deklariert, indem Ordnung und Gesetz durch Polizei und Schutztruppe gewährleistet wurden. Andere "Stammesgebiete" jenseits dieser Polizeizone befanden sich damit zwar innerhalb der Kolonie aber außerhalb des unmittelbaren Einflusses der staatlichen Exekutivgewalt. Die Gebiete jenseits der Quarantänelinie im Norden (Ovamboland) gehörten nicht zur Polizeizone. Damit wurde die frühere Politik gegenüber Ovamboland fortgesetzt und der Sonderstatus der Region und ihre relative Abgesondertheit zunächst festgeschrieben.



Nach dem Ausbruch des ersten Weltkriegs in Europa besetzten südafrikanische Truppen im Januar 1915 als Teil der alliierten Armee und auf Anfrage der britischen Regierung Südwestafrika. Die deutsche Kolonialzeit ging zu Ende.

### ***Südafrikanisches Protektorat und Apartheid***

Nach der Übernahme der kolonialen Verwaltungsorgane durch die südafrikanische Armee wurde ein Militärgouverneur eingesetzt und das Kriegsrecht verhängt. Nach der Versailler Konferenz der Alliierten 1919 und unter dem Eindruck der Ereignisse des ersten Weltkrieges wurde der Völkerbund gegründet. Südafrika wurde im Dezember 1920 vom Völkerbund mit der Verwaltung Südwestafrikas betraut. Südafrika weitete in den folgenden Jahren die von der deutschen Kolonialverwaltung begonnene Landenteignung weiter aus und ermutigte weiße Siedler (meist burischstämmiger Herkunft) aus Südafrika in Südwestafrika zu siedeln. Zu Beginn der südafrikanischen Protektoratszeit befanden sich 1.138 Farmen in *weißem* Eigentum; Ende 1925 waren weitere 880 Besitzungen an 1.106 neue Siedler verkauft. Insgesamt hatte sich die Zahl der weißen Bewohner Südwestafrikas 1926 im Vergleich zu 1914 fast verdoppelt, obwohl etwa 6.000 deutsche Soldaten und Verwaltungsoffizielle nach Deutschland ausgewiesen worden waren (Katjavivi 1988: 14). Die Konsequenz dieser Siedlungspolitik war, daß die schwarzen Siedlungsgebiete mehr und mehr verkleinert wurden. Die *Native Reserves Commission* empfahl 1922, etwa 10% des Landes (fünf von 57 Millionen Hektar) der schwarzen Bevölkerung zuzuweisen. Die entsprechende Proklamation im Jahre 1923 sah dann sogar nur 2 Millionen Hektar vor. Im Anschluß wurden mehr und mehr Bewohner des südlichen und zentralen Hochlandes zwangsweise in die vorgesehenen Reservate umgesiedelt (Katjavivi 1988: 14).

Südafrika behandelte Südwestafrika weiterhin als Kolonie. Das Land wurde als Gebiet zur Ansiedlung burischer Farmer und als Lieferant von Rohstoffen und billigen Wanderarbeitern für die eigene Wirtschaft genutzt, und die afrikanische Bevölkerung wurde mit allen Mitteln zur Unterwerfung diszipliniert (Schicho 1999: 174).

1945/46 wurde der Völkerbund durch die neugegründete UNO ersetzt. Maßnahmen der südafrikanischen Union, Südwestafrika gänzlich zu annektieren, wurden 1946 von der Generalversammlung der Vereinten Nationen zurückgewiesen. Angesichts

der Ausweitung der Apartheidspolitik, insbesondere nach Machtübernahme der Nationalen Partei (NP: *National Party*) 1948 in Südafrika, formierte sich allmählich ein organisierter Widerstand gegen die Südafrikaner. So wurde 1958 in Kapstadt der *Ovamboland People's Congress* (OPC) gegründet, der 1959 in *Ovamboland People's Organisation* umbenannt wurde und schließlich 1960 in die *South West African People's Organisation* (SWAPO) überführt wurde. (Katjavivi 1988: 34-58)

Mitte der 60er Jahre ging eine Welle der Gründung von militärischen Armen der jeweiligen Befreiungsbewegungen durch zahlreiche afrikanische Länder. So wurde auch innerhalb der SWAPO die *People's Liberation Army of Namibia* (PLAN) gegründet. 1962 begann die erste SWAPO-Gruppe mit ihrem militärischen Training. Die SWAPO-Mitglieder wurden 1965 nach Ovamboland eingeschleust, um dort in Omgulumbashe ihr erstes Camp zu errichten. Am 26. August 1966 kam es dort zu einer ersten Auseinandersetzung mit südafrikanischen Truppen, die den Auftakt des bewaffneten Kampfes gegen das südafrikanische Regime markiert.

International wurde die SWAPO 1965 durch die Organisation der Afrikanischen Einheit (OAU) und 1973 durch die Vereinten Nationen (UNO) als legitime Vertreterin des namibischen Volkes anerkannt. 1970 wurde die unrechtmäßige Verwaltung Südwestafrikas durch Südafrika festgestellt und der UN-Sicherheitsrat sprach allen Maßnahmen der südafrikanischen Regierung, rückwirkend ab Oktober 1966, die Gültigkeit ab. Trotzdem kam es erst 1971 zu einem Boykottaufruf an alle UNO-Mitglieder, dem Südafrika mit der Taktik des Zeitgewinns begegnete. Um Maßnahmen einzuleiten und Vorschläge zu machen, die scheinbar zu einer Unabhängigkeit führen könnten, beschäftigte Südafrika eine Reihe an Diplomaten der Vereinten Nationen. Eine wirkliche Änderung der Zustände in Südwestafrika hätte sich jedoch nie ergeben (Schicho 1999: 177). Erst mit der Schwächung des Apartheidsregimes durch die Vorgänge im eigenen Land und das Wegfallen des Ost-West-Konflikts geriet - ab Mitte der 1980er Jahre - eine Unabhängigkeit immer näher in den Blick. Unter Vermittlung der Vereinten Nationen und auf Grundlage der UNO-Resolution 435 kam es im September 1989 unter Aufsicht einer Internationalen Friedenstruppe (UNTAG) zu den ersten freien und demokratischen Wahlen, die von der SWAPO mehrheitlich gewonnen wurden.

1989/90 strömten insgesamt rund 42.000 Flüchtlinge zurück nach Namibia, die zuvor aufgrund der politischen Situation und des Krieges in Ovamboland aus dem Land geflüchtet waren.

### ***Namibia nach der Unabhängigkeit***

Die Republik Namibia bedeckt heute ein Areal von 824.292 km<sup>2</sup>, das entspricht einer Größe von 9/10 der Fläche von Frankreich und Deutschland zusammen. Nach dem Erlangen der Unabhängigkeit wurden die früheren Verwaltungsdistrikte in 13 Regionen reorganisiert.

Nach der Zählung des Zensus von 2001 hat Namibia eine Bevölkerung von 1,82 Millionen Einwohnern. Die meisten Einwohner Namibias werden der ethnischen Gruppe der Ovambo zugeordnet (etwa 49,8%). Andere Gruppen sind Kavango (9,3%), Damara (7,5%), Herero (7,5%), Weiße (6,4%), Nama (4,8%) und Caprivianer, San, Tswana etc. (Malan 1998: 10).<sup>90</sup>

## **4.2 Medizinische Infrastruktur**

Die deutsche Kolonialzeit und die südafrikanische Apartheidsherrschaft hatten einen tiefgreifenden Einfluß auf die Gesundheitssituation der namibischen Bevölkerung. Einerseits trugen die durch die Kolonisierung massiv von außen an die lokalen Gesellschaften herangetragenen Modernisierungsprozesse dazu bei, lokale Medizinsysteme zu unterminieren. Von den weißen Siedlern eingeschleppte Krankheiten in Kombination mit veränderten Lebensbedingungen, vor allem in den Städten (unhygienische Situation wegen mangelhafter Wohn- und Sanitärsituation, unzureichender Zugang zu Wasser, etc.), taten ein Übriges, um die generelle Gesundheitssituation der Bevölkerung zu verschlechtern. Gleichzeitig wurden von der deutschen Kolonialmacht und den Missionaren Gesundheitseinrichtungen nach westlichem Standard eingeführt.

---

<sup>90</sup> Die Problematik bei diesen Zahlen ist, daß seit der Unabhängigkeit der Zensus nicht mehr mit der Kategorie der ethnischen Zugehörigkeit erhoben wird, da die Erfassung problematisch ist und der Apartheidssichtweise auf Menschen entspricht, der die neue namibische Regierung aus verständlichen Gründen nicht gefolgt ist. Im aktuellen Zensus aus dem Jahr 2001 wird so nur die Hauptsprache der Haushalte erfasst. Demnach wird in den meisten Haushalten Oshivambo gesprochen (49%), danach folgen Nama/Damara (11,5%), Afrikaans (11,4%), Kavango (9,7%), Otjiherero (7,9%) Caprivi (5%), Englisch (1,9%), San (1,2%), Deutsch (1,1%), Andere (0,9%). (NM 2003: 4)

Die erste formale biomedizinische Gesundheitseinrichtung in Deutsch-Südwestafrika wurde in den 1890er Jahren aufgebaut. Sie bestand aus einem Krankenhaus für Angehörige der deutschen Schutztruppe in Windhoek und einem Hospital in Swakopmund. In den Jahren 1902 und 1908 kamen verschiedene Kliniken in Nordnamibia dazu, die von Missionsgesellschaften errichtet wurden (El Obeid et al. 2001: 3). Als erstes Hospital im bevölkerungsreichen Ovamboland wurde 1911 das Onandjokwe Hospital in Onipa (bei Ondangwa / Ondonga) eingerichtet. 1962 folgten drei weitere Hospitäler der katholischen Kirche in Okatana (bei Oshakati / Ukwambi), Oshikuku (Uukwanyama) und in Anamulenge (Ombalantu). Die anglikanische Kirche errichtete zwei Hospitäler in Ovamboland: In Oshandi und Oshikango (Uukwanyama) (Davies 1994: II.20).

Der weitere Ausbau des westlich-orientierten Gesundheitssystems von der deutschen Kolonialzeit bis zur Unabhängigkeit Namibias läßt sich durch vier Tendenzen charakterisieren:

- Die Einrichtungen und das medizinische Personal wurden immer weiter ausgebaut: Die Anzahl der Mediziner stieg kontinuierlich von 9 (1907) auf 43 (1948), 130 (1966), 324 (1991) zu etwa 600 im Jahr 2001 (El Obeid et al. 2001: 3).
- Die wachsende Unterstützung der Gesundheitseinrichtungen der Missionen durch die südwestafrikanische Regierung war eine zweite Tendenz. Dem lag die Absicht zugrunde, diese Einrichtungen zu kontrollieren. Die ersten kostenlosen Medikamente wurden 1935 an Missionskrankenhäuser ausgegeben. Schon 1966 wurden die Missionshospitäler von der Regierung vollständig refinanziert (El Obeid et al. 2001: 3).
- Eine weitere Tendenz lag in der immer stärker wachsenden Ungleichheit bei der Versorgung von schwarzer und weißer Bevölkerung. Die Minderheit der Weißen hatte einen wesentlich umfangreicheren und besseren Zugang zu medizinischen Leistungen. Der Ausbau der Kapazitäten geschah folglich hauptsächlich in Zentral- und Südnamibia, da hier der Großteil der weißen Bevölkerung lebte. Die Einrichtungen wurden daher vor allem in den Städten errichtet und waren - der Apartheidsideologie folgend - getrennt nach "Rassen" aufgebaut. Dies hatte zur Folge, daß medizinisch aufwendigere Behandlungen ausschließlich von der weißen Bevölkerung genutzt werden konnten (LeBeau 1999: 74). Zum Zeitpunkt

der namibischen Unabhängigkeit 1990 gab es insgesamt 191 staatliche Kliniken in Zentral- und Südnamibia, dagegen keine einzige im dichtbevölkerten Norden (Halbach 2000: 196).

- Auch die rein kurative Ausrichtung des Gesundheitssystems war ein Merkmal der kolonial ausgebauten westlich-orientierten Versorgung. Nur in höchst begrenztem Umfang wurden Maßnahmen präventiver Gesundheitsversorgung (wie Impfungen) betrieben.

Durch den Ausbau der Gesundheitsversorgung nach westlichen Vorstellungen wurden lokale Heilungsvorstellungen und Medizinsysteme und deren Agenten, die *traditional healer*, zurückgedrängt.<sup>91</sup> Die Kolonialverwaltung diskreditierte diese systematisch und etikettierte sie als "ignorant" und "abergläubisch". Die Konsequenz war die Kriminalisierung von traditionellen Heilmethoden durch die koloniale Gesetzgebung - in Namibia realisiert durch die südafrikanische "Witchcraft Suppression Proclamation" von 1933, ergänzt durch den "Witchcraft Suppression Act" von 1957. Damit wurden - zumindest bis zur Unabhängigkeit - traditionelle Heiler im öffentlichen Diskurs und im staatlichen Handeln bestenfalls ignoriert, schlechtestenfalls kriminalisiert (LeBeau 2002: 361). Und dies, obwohl für eine nennenswerte Anzahl der Bevölkerung traditionelle Heilmethoden und traditionelle Heiler weiterhin - neben der westlichen Biomedizin - von Bedeutung waren und sind (LeBeau 1999). Die traditionellen Heiler sind heute in der *Namibia Eagle Traditional Healers Association* (NETHA) zusammengeschlossen. 1998 waren in NETHA etwa 2.400 Heiler in Namibia registriert (LeBeau 1999: 98). Es gibt aber weiterhin wenig Anknüpfungspunkte zum formal verfaßten Gesundheitssystem, dem Gesundheitsministerium (*Ministry of Health and Social Services*) oder zur politischen Sphäre.

Der Aufbau des heutigen namibischen Gesundheitssystems gliedert sich in drei Teile. Auf der untersten Ebene stehen *outreach-points* (oder *health-posts*), die vor allem in ländlichen Gebieten regelmäßig zu vorgegebenen Zeiten von Krankenschwestern aufgesucht werden, um die dort eintreffenden Patienten zu versorgen. Daneben gibt es *clinics*, feste Gebäude mit entsprechender Einrichtung, in denen Patienten von

---

<sup>91</sup> Vgl. auch Kapitel 2.2.

Krankenschwestern ambulant versorgt werden. Diese unterste Ebene der Gesundheitsversorgung gehört ausschließlich zum Bereich der *primary health care*. Auf einer zweiten Ebene stehen *health-centres* und *hospitals*. Die *health-centres* haben nur eine kleine Anzahl an Betten, um Patienten für eine kurze Zeit stationär zu versorgen. Die *hospitals* bieten eine spezialisiertere Versorgung als die *health-centres*. Hier sind auch Ärzte im Einsatz. Ein Großteil der Patienten aus den *primary health care*-Einrichtungen wird hierher überwiesen, wenn ihnen dort nicht geholfen werden kann.

Die am besten ausgestatteten und spezialisiertesten Referenzkrankenhäuser befinden sich auf der dritten Ebene. Es handelt sich um die *hospitals* in Rundu, Oshakati und Windhoek (Windhoek State - und Katutura State Hospital).

Insgesamt gibt es in Namibia 249 *clinics*, 37 *health-centres* und 46 *hospitals* (El Obeid et al. 2001: 5).

### 4.3 Rahmenbedingungen: Epidemiologische Daten zu AIDS in Namibia

"Look in the statistics, I'm telling you: It will shock you. It's like each and everyone is... infected."  
(Interview IV/02 (2003): 14)

#### ***Vorbemerkung: Die Berechnung der Prävalenzraten***

Immer wieder wurde deutliche Kritik am Zustandekommen der AIDS-Prävalenzraten geübt<sup>92</sup>. Die hier dargelegten Zahlen für Namibia dürfen als eher verlässlich betrachtet werden, da die Datengrundlage für diese Hochrechnung Serotests bilden (also Blutproben, mit denen ein HIV-Antikörpertest durchgeführt wird) und nicht etwa bloße Schätzungen aufgrund klinischer Symptomaten sind.

Das namibische Sero-Survey beruht auf Reihentests, die in zweijährigem Turnus in 21 Krankenhäusern (in den 13 Regionen Namibias) durchgeführt werden. In einem definierten Zeitraum werden alle schwangeren Frauen, die zu ihrer ersten *Ante-Natal*-Untersuchung ins Krankenhaus kommen, anonym getestet, zuletzt im Zeitraum von August - Oktober 2002. Es wird davon ausgegangen, daß die Gruppe der Schwangeren ein gutes Abbild der erwachsenen Bevölkerung darstellt (MHSS 2000, 2001a, 2001b, 2003).

---

<sup>92</sup> Vgl. Kapitel 3.1, in dem diese Kritik dargelegt ist.

Aus diesen Zahlen ergibt sich folgende Verteilung von HIV in der Gruppe der Schwangeren:

<b>Sentinel sites</b>	<b>Neg</b>	<b>Pos</b>	<b>Total</b>	<b>HIV Prevalence</b>
KATIMA MULILO	119	88	207	43%
OSHAKATI	149	65	214	30%
GROOTFONTEIN	133	56	189	30%
ONANDJOKWE	149	57	206	28%
WINDHOEK	151	55	206	27%
OSHIKUKU	152	55	207	27%
WALVISBAY	165	55	220	25%
TSUMEB	127	42	169	25%
OTJIWARONGO	174	57	231	25%
UUTAPI	162	48	210	23%
NYANGANA	162	47	209	22%
RUNDU	163	46	209	22%
ANDARA	147	40	187	21%
ENGELA	171	39	210	19%
KEETMANSHOOP	149	29	178	16%
SWAKOPMUND	191	37	228	16%
NANKUDU	173	33	206	16%
GOBABIS	177	26	203	13%
MARIENTAL	149	21	170	12%
REHOBOTH	121	13	134	10%
OPUWO	212	22	234	9%

**Abbildung: HIV-Prävalenz bei Schwangeren in Namibia (MHSS 2003)**

Diese Stichprobe bildet die Grundlage für die Berechnung der Prävalenzraten für die gesamte erwachsene Bevölkerung (hier im zeitlichen Verlauf und aufgeschlüsselt nach den verschiedenen Regionen):

Region	Year of Sero Survey					
	1992	1994	1996	1998	2000	2002
Caprivi	14%	25%	24%	29%	33%	43%
Kavango		8%	12%	13%	16%	20%
Kunene	3%	1%	4%	6%	7%	9%
Omusati					21%	25%
Ohangwena		7%	18%	17%	23%	19%
Oshana	4%	14%	22%	34%	28%	30%
Oshikoto		8%	17%	21%	23%	26%
Omaheke	1%			9%	9%	13%
Otjozondjupa	2%	9%		16%	18%	27%
Erongo	3%	7%	17%	22%	25%	20%
Khomas	4%	7%	16%	23%	31%	27%
Hardap					10%	11%
Karas	3%	8%		7%	17%	16%
<b>Overall</b>	<b>4.2%</b>	<b>8.4%</b>	<b>15.4%</b>	<b>19.4%</b>	<b>22.3%</b>	<b>23.3%</b>

**Abbildung: Prävalenzraten in Namibia  
im zeitlichen Verlauf nach Regionen (MHSS 2003)**

Daraus läßt sich errechnen, daß, in absoluten Zahlen ausgedrückt, in Namibia etwa 230.000 Menschen (200.000 Erwachsene) HIV-positiv sind (UNAIDS 2002a: 190).

Es ergibt sich folgende Schätzung für die Verteilung der HIV-Prävalenz auf die verschiedenen Altersgruppen.

Age Group	Year of Sero Survey				
	1994	1996	1998	2000	2002
15-19	6%	11%	12%	12%	11%
20-24	11%	18%	20%	20%	22%
25-29	9%	17%	22%	25%	28%
30-34	9%	18%	19%	21%	27%
35-39	3%	8%	12%	15%	21%
40-44	1%	12%	14%	9%	16%
45+	12%	1%	13%	8%	12%

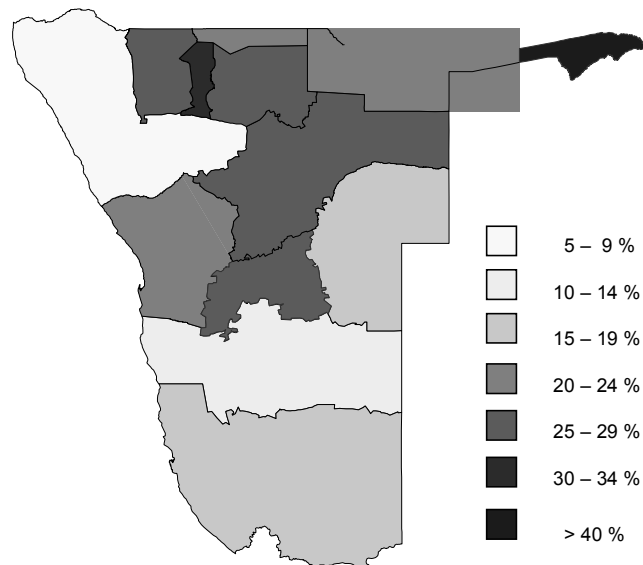
**Abbildung: Prävalenzraten in Namibia nach Altersgruppen (MHSS 2003)**

In jedem Fall läßt sich festhalten, daß Frauen am stärksten betroffen sind: So sind in der Altersgruppe der 15- bis 24-jährigen Namibier etwa 13% der jungen Männer, aber 29% der jungen Frauen, HIV-infiziert (UNAIDS 2002a: 191). Dies läßt sich mit einer höheren Verwundbarkeit erklären. Frauen haben im Bereich der Geschlechterbeziehungen einen niedrigen sozialen Status und sind dadurch - und



durch eine höhere biologische Verwundbarkeit<sup>93</sup> - auch einem höheren Infektionsrisiko ausgesetzt.

Überträgt man die Zahlen auf die verschiedenen politischen Regionen, so ergibt sich folgendes Bild.<sup>94</sup>



**Abbildung: Prävalenzraten in Namibia nach Regionen (MHSS 2003)**

Die Auswertung der Zensusdaten von 2001 hat einen Rückgang der durchschnittlichen Lebenserwartung von 63 Jahren für Frauen und 59 Jahren für Männer, im Jahre 1991, auf 50 Jahre für Frauen und 48 Jahre für Männer, im Jahre 2001, ergeben (NM 2003: 4). Diese Abnahme kann hauptsächlich durch die AIDS-Problematik erklärt werden.

<sup>93</sup> Das HI-Virus wird bei ungeschütztem Geschlechtsverkehr leichter von einem HIV-infizierten Mann zu seiner nicht infizierten Sexualpartnerin übertragen, als von einer HIV-infizierten Frau zu ihrem nicht infizierten Partner (van Dyk 1999).

<sup>94</sup> Die Ursache für die ungleiche Verteilung der Prävalenzraten wird in Kapitel 4.5 erörtert.

#### 4.4 Darstellung der Forschungslokalitäten

##### ***Vorbemerkung: "Tradition" und die Problematik des beschreibenden Rückgriffs auf Vergangenheit***

Jean und John Comaroff haben darauf hingewiesen, daß man einem europäischen Mythos folgt, wenn man davon ausgeht, daß Kulturgeschichte ein Prozeß ist, der westliche Modernität als einen Schlußpunkt des Verlaufs von Wild- und Einfachheit hin zu Zivilisation begreift (Comaroff, Comaroff 1993: xii).

Insbesondere Gesellschaften, deren Geschichtsgedächtnis sich auf kulturelle Praxis und orale Überlieferung statt auf schriftlich überlieferte Quellen stützt, stehen in stärkerem Umfang als jene vor dem Problem der Interpretation des Früheren aus der Nachträglichkeit der Überlieferung. Damit sind sie mit der ständigen Schwierigkeit konfrontiert, daß das Jetzige als Konservierung des Vergangenen mißverstanden werden kann. Das umreißt auch das grundlegende Problem in der Umschreibung von Sozial- und Wirtschaftsformen mit dem Begriff *traditionell*. Oft wird der Begriff *Tradition* in Abgrenzung zum scheinbaren Gegenteil der *Moderne* definiert.

Moderne und Traditionale werden als zwei exklusive, voneinander getrennte Komplexe konstruiert, die durch eine scheinbar naturgemäße Entwicklungsrichtung von Traditionale nach Moderne verbunden werden.<sup>95</sup> Dabei werden traditionale Gesellschaftsformen allein anhand von Merkmalen bestimmt, die aus (existierenden) modernen Gesellschaften abgeleitet werden. Daraus erwächst eine idealisierende Gegenüberstellung, die keine empirische – und damit beobachtbare – Wirklichkeit darstellt, sondern eine theoretische Konstruktion ist. So werden diese als *modern*, jene als *traditional* zugerichtete Gesellschaftsformen dichotomisiert, "...ein Verfahren, das zur Folge hat, daß die traditionelle Gesellschaft nicht aus sich heraus, sondern im Hinblick auf einen festgelegten Endzustand beschrieben wird." (Resade 1984: 46).

Zudem ist der Begriff *Tradition* - wie *Moderne* - völlig unscharf. Er hat eine enorme Bedeutungsvielfalt und weist eine recht unterschiedliche Sinngebung im Alltagsgebrauch auf. Tradition selbst wird in der Regel als die konkrete Praxis

---

<sup>95</sup> Uwe Pörksen hat für dieses Phänomen den Ausdruck "Semantische Einbahnstraße" geprägt, d.h. es gibt eine feste Koppelung, eine Affinität, zwischen beiden Begriffen: Man muß den einen nur

traditioneller Gesellschaften verstanden. In nichtwissenschaftlichen Auseinandersetzungen (das heißt in erster Linie in politischen) wird interessanterweise unter Tradition eher das verstanden, was für bewährt und erhaltenswert erachtet wird, nicht jedoch *negative* Traditionen. Der Begriff ist also hochgradig positiv und affektiv aufgeladen. Damit besteht immer die Gefahr, daß aus politischen Gründen "Traditionen" formuliert werden, um der Verklärung und Rechtfertigung politischer Ansprüche zu dienen. Axelle Kabou illustriert anschaulich, wie dieser Mechanismus des "Traditionalismus" funktioniert, indem Mythen über die präkoloniale Vergangenheit Afrikas produziert werden. (Kabou 1995)

Ein anderes Beispiel ist die Konstruktion der Vorstellung von *Stämmen* in der Kolonialzeit, wo es unter Umständen vorher gar keine festen Gruppierungen und Verbände gegeben hat. Inzwischen ist durch eine breite Forschung (*Tribalismusdebatte*) belegt worden, daß es von Seiten der Kolonialmächte - von Missionaren, Anthropologen, u.a. - eine diffizile Interessenlage gab, afrikanische Gesellschaften *tribal* wahrzunehmen und diese unterstellte Struktur so für eigene Interessen nutzbar zu machen. Auf diese Weise sind die *Stämme* oftmals erst in den Köpfen von Missionaren und Beamten der Kolonialverwaltung entstanden. (Lentz 1994; Kreile 1997)

Für Ovamboland wurde eine solche statische Betrachtung als traditionale Gesellschaft u.a. durch die südafrikanische Administration reproduziert, indem diese versuchte, die Ovambo-Gesellschaften Nordnamibias in ihrer *Ursprünglichkeit* zu bewahren und gegen Außeneinflüsse abzuschotten (Fairweather 2002: 39).<sup>96</sup>

In der Logik dieser Betrachtungsweise kann gesellschaftlichen Akteuren in sogenannten traditionellen Gesellschaften Modernität immer nur *geschehen*, indem sie von außen an sie herangetragen wird und sie somit aus ihrer traditionellen Existenz *befreit* werden. Ich möchte dieser Betrachtungsweise nicht folgen. Legt man eine akteurszentrierte Perspektive zugrunde, kann man vielmehr feststellen, daß im täglichen Handeln der Individuen die Gegenwart von tradierten Sozialformen und Wirtschaftsweisen kein Fenster in die Vergangenheit ist, sondern eine

---

aussprechen (in unserem Fall *Moderne*) und der Zuhörer wird gleichsam automatisch den anderen (hier *Tradition*) assoziieren. In der Linguistik spricht man von *Bahnungsphänomenen* (Pörksen 1997).  
<sup>96</sup> Vgl. den geschichtlichen Überblick in Kapitel 4.1.

Aneignungsweise von Personen und Gruppen zwischen ihrer überlieferten Lebensweise und aktuellen Anforderungen, Vorteilen und Einflüssen darstellt.

Im Folgenden versuche ich die Schwierigkeiten, die der Traditionsbegriff mit sich bringt, auszuräumen, indem ich stattdessen im wesentlichen den Begriff *vernakulär* verwende. Dieser ist weniger defizitär, vergangenheitszentriert und statisch. Das Wort *vernaculum* bezeichnete im Lateinischen alles, was im Bereich eines Haushalts produziert, hergestellt, kultiviert und hervorgebracht wurde. Es umfaßt also alles, was an Lebensverhältnissen, Produkten, Wirtschaftsweisen, Sozialordnungen, Sprache usw. aus sich selbst und durch sich selbst besteht und entsteht und an die jeweiligen lokalen Verhältnisse angepaßt und auf diese bezogen ist, ohne Außeneinflüsse zu leugnen.<sup>97</sup> Den Begriff *Tradition* hingegen gebrauche ich, wenn ich von einer sozial konstruierten Vergangenheit – im Sinne z.B. von Folklore – ausgehe. Die Begriffe *Traditionalität* und *Traditionale* verwende ich, um damit das begriffliche Gegenkonzept von Moderne zu bezeichnen. Die Adjektive *traditionell* und *traditional* werden synonym gebraucht.

#### **4.4.1 Ruraler Raum: Der Norden - Ovamboland**

Zu den ältesten schriftlichen Quellen, in denen vom Ovamboland berichtet wird, gehört die Schilderung des Forschungsreisenden Francis Galton, der 1851 nach einer anstrengenden Reise durch das trockene Zentralnamibia mit Erstaunen vom plötzlichen Auftauchen kultivierten Landes berichtet:

"Fine, dense timber trees, and innumerable palms of all sizes were scattered over it. Part was bare of pasturage, part was thickly covered in high corn stubble; pallisadings, each of which enclosed a homestead, were scattered everywhere over the country. The general appearance was that of most abundant fertility."  
(Galton 1889: 125)

Mit der Ankunft der Europäer - Galton und Andersson - begann der Prozeß, den Jean und John Comaroff als "the long conversation" (Comaroff, Comaroff 1991) bezeichnen, obwohl noch einige Jahrzehnte bis zur kolonialen Besitznahme Ovambolands verstrichen. Sie war gleichzeitig der Auftakt für den Einbruch des Handelskapitalismus in Ovamboland, der die Grundlage für bedeutende Umwälzungsprozesse werden sollte (wie in Kapitel 4.5 gezeigt wird).

Zunächst sollen hier aber die vernakulären Organisationsformen der Ovambo-Gesellschaften dargestellt werden. Diese wurden zwar insbesondere durch Mission, Handel, Kolonial- und Apartheidsherrschaft transformiert, die vernakulären Strukturen sind jedoch im ländlichen Bereich jenseits der semiurbanen und urbanen Siedlungen um Oshakati, Ongwediva und Ondangwa auch heute deutlich sichtbar, geben den Akteuren Sicherheit und sind Grundlage des Wirtschaftens. Sie sind also in starkem Maße für die gegenwärtige soziale und mikroökonomische Situation in Nordnamibia prägend. Anders als in den städtischen Arealen, in denen eine ausgesprochene Abhängigkeit von Mechanismen der Geldwirtschaft vorherrscht, beruht die Versorgung im ländlichen Ovamboland im Kern auf subsistenter Landwirtschaft, die durch Geldeinkünfte (Wanderarbeit, Alterspensionen etc.) ergänzt wird, sich aber nicht allein darauf stützt.

### ***Topografie und Vegetation***

Ovamboland besteht aus den politischen Regionen Omusati, Oshana und Oshikoto. Das Gebiet liegt am westlichen Ende des Cuvelai-Binnendeltas auf einer Höhe von rund 1.100 bis 1.150 Metern. Die Geologie dieses Binnendeltas ist, zumindest im mittleren Gebiet, geprägt von unterirdisch miteinander verbundenen Kanälen (*oshana*, Pl. *oyana*) und saisonal - in der Regenzeit - bewässerten Eintiefungen (*omufina*), kleineren Teichen und Wasserlöchern (*ondobe*, Pl. *endobe*). Diese werden teilweise von der jährlichen Flut (*efundja*) überspült und bestimmen maßgeblich die Wasserversorgung und die Möglichkeiten der Subsistenzwirtschaft (Loeb 1962; Töttemeyer 1978: 2; Davies 1994: I.3; Schäfer 2002: 73).

Das Ovamboland bedeckt etwa 56.000 qkm<sup>98</sup> (Davies 1994: I.3) zwischen dem Etosha-Nationalpark und der angolanischen Grenze (zwischen 16° und 20° südlicher Breite und 14° und 18° östlicher Breite (Williams 1991: 37)).

Die Vegetation ist sehr unterschiedlich: Im Westen befinden sich vor allem Mopane-Wälder (*omufyaati*), Fächer-Palmen (Makalani: *omulunga*) und Gras-Savanne. Im Norden und Nordwesten dichte Buschwälder; Busch- und Grasland im Süden und

---

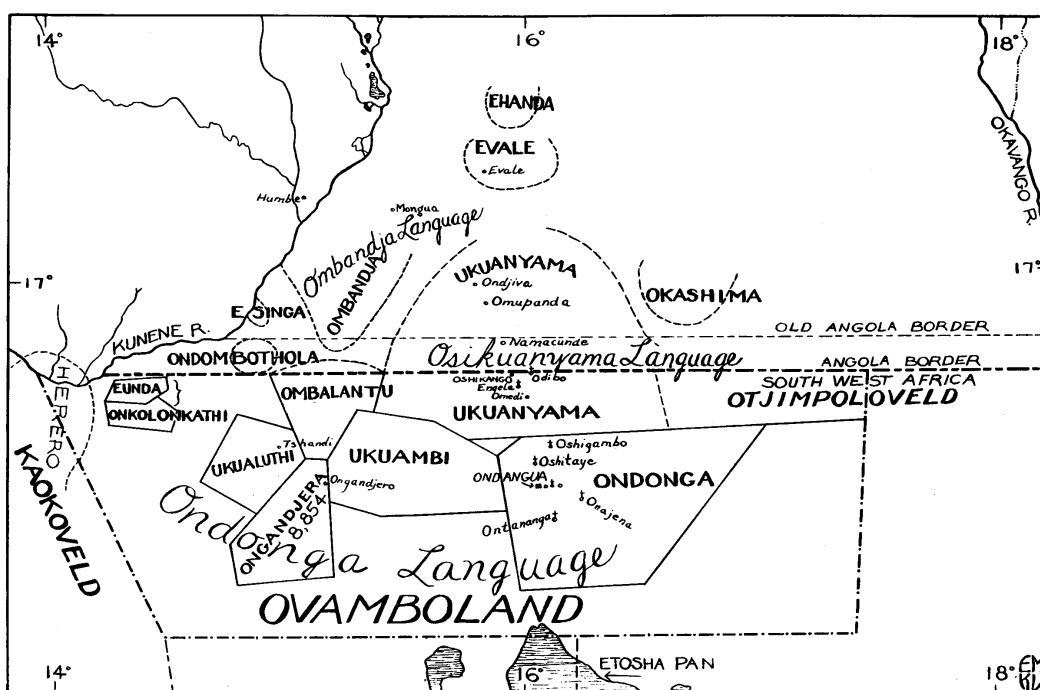
<sup>97</sup> Vgl. auch Rahnama 1997: 128.

<sup>98</sup> Diese Angabe bezieht sich auf die neuen politischen Regionen seit der Unabhängigkeit Namibias. Zur Kolonialzeit bedeckte das damalige Ovamboland (zu dem damals beispielsweise nicht die Gegend um Tsumeb gehörte) etwa 42.010 qkm (Hishongwa 1992: 29).

Südosten (Williams 1991: 39; Davies 1994: I.3). Die am dichtesten besiedelten Areale befinden sich im Bereich von Ondonga und Uukwanyama<sup>99</sup>.

### ***Bevölkerung und Siedlungsgeschichte***

Die Ovambo bestehen aus insgesamt zwölf kulturell eng miteinander verwandten Gruppen (ehemals Königreiche), die in Nordnamibia und Südafrika leben (Davies 1994: I.1). In Nordnamibia sind sieben<sup>100</sup> Ovambo-Gruppen anzutreffen: Uukwanyama, Ondonga, Ukwambi, Ongandjera, Ombalantu, Ukwiludhi und Uukolonkathi.<sup>101</sup>



**Abbildung: Die verschiedenen ethnischen Gruppen im Ovamboland (Loeb 1962)**

<sup>99</sup> Williams (1991: 37) weist darauf hin, daß dieses Areal am zentralsten in dem Einzugsgebiet des Cuvelei-Deltas liegt und damit die beste natürliche Wasserversorgung, durch regelmäßige Überflutungen und das Durchfließen von Wasser durch die *oyana*, in der Regenzeit hat.

<sup>100</sup> In älteren Publikationen ist oft von acht Gruppen die Rede (wie etwa Hahn 1928). In den neueren Schriften (wie etwa Eirola 1992) wird die zahlenmäßig kleinste Gruppe (Hahn (1928: 2) spricht von 600 Personen), die im äußersten Nordosten lebenden "Eunda", nicht mehr aufgezählt oder mit den benachbarten Uukolonkathi zusammengefaßt (wie etwa bei Loeb 1951).

Heutige Interviewpartner aus dem Bereich Uukwanyama, Ondonga und Ukwambi berichten übereinstimmend nur von sieben Ovambogruppen auf der namibischen Seite: In den namibischen Schulen wird die Anzahl von sieben Ovambogruppen gelehrt.

<sup>101</sup> Daneben findet man in dem Gebiet des heutigen Angola die Gruppen Evale, Dombondola, Kafima, Ombadja (Davies 1994: I.1 nach Estermann 1976: 51, 117). In der weiteren Ausführung beschränke ich mich ausschließlich auf die in Nordnamibia lebenden Ovambo.

Frieda-Nela Williams hat auf der Basis von archäologischen Daten, *oral history*, linguistischen Untersuchungen und der Auswertung von königlichen Genealogien, die Zeiten und Routen der Besiedlung des Ovamboland rekonstruiert. Sie geht davon aus, daß diese im sechzehnten Jahrhundert stattfand (Williams 1991: 30f.; vgl. auch McKittrick 1995: 46).

Die politischen Organisationsformen der verschiedenen Entitäten waren zu der Zeit, in der die ersten schriftlichen Überlieferungen einsetzen, Mitte des 19. Jahrhunderts, recht ähnlich und bestanden jeweils aus einem Königreich<sup>102</sup>. Zu den anderen Gruppen wurden Beziehungen unterhalten, die sich im Wesentlichen in einem ausgeprägten Handel ausdrückten (Moorsom 1995: 20). Dieser umfaßte den Tauschverkehr mit Salz (insbesondere gewonnen aus der Etosha-Pfanne und anderen kleineren Salzpfannen<sup>103</sup>) und den Handel mit verhütteten und verarbeiteten Eisen- und Kupfererzen (Williams 1991: 37, Moorsom 1995: 4-5).

Die zahlenmäßig größten Gruppen sind die Ovakwanyama und die Ondonga. Das Siedlungsgebiet der Ovakwanyama erstreckt sich bis nach Südafrika. Jede Gruppe hat ihren eigenen Dialekt. Diese sind alle der Gruppe der Bantusprachen zuzuordnen. Alle Ovambo-Dialekte sind sich äußerst ähnlich, die Sprecher können sich gegenseitig verstehen. Sie lassen sich in zwei große Gruppen unterteilen: Zum einen Oshikwanyama, auf der anderen Seite Oshindonga und die übrigen Dialekte. Das Präfix *oshi-* bezeichnet daher die Sprache<sup>104</sup> (Oshindonga etc.). In Oshikwanyama wird bei einer Mehrzahl von Menschen (einer Gruppe, einem Volk) das Präfix *ova-* vorangestellt (Ovakwanyama etc.); in Oshindonga das Präfix *aa-* (Aandonga etc.). Die Kwanyama sind damit in Oshikwanyama *Ovakwanyama* und in Oshindonga *Aakwanyama*. Dem jeweiligen Gebiet (ehemals Königreich) wird das Präfix *Uu-* (Uukwanyama etc.) vorangestellt.

Hangula weist darauf hin, daß das Idiom Oshivambo - die gemeinsame Kunstsprache aller Ovambo-Gruppen - als ein sprachliches Modernisierungsphänomen zu verstehen sei, das durch die ersten Verschriftlichungen der Sprachen durch westliche Missionare eingeleitet und durch die koloniale Sprachpolitik weiter vorangetrieben worden sei. 1958 wurde von der van Zyl Kommission, die mit der Erforschung der

---

<sup>102</sup> Heute haben nur noch die Ondonga einen König.

<sup>103</sup> Dies galt insbesondere für das Königreich Ondonga, in dessen Areal die Etosha-Pfanne (heute Nationalpark) liegt.

lokalen Sprachen und der Beratung der südafrikanischen Kolonialregierung beauftragt war, vorgeschlagen, Oshindonga und Oshikwanyama als offizielle Sprachen für Ovamboland zu proklamieren, was auch geschah. Dadurch, daß nun Oshikwanyama und Oshindonga in Schulen, Printmedien und den Kirchen gesprochen wurde, vermischten sich die Dialekte und es entstand die Kunstsprache Oshivambo. (Hangula 1997: 168)<sup>105</sup>

Der abgesonderte Status Ovambolands war praktisch für die gesamte Kolonial- und Protektoratszeit bis zur Unabhängigkeit die Besonderheit des Ovambolandes im Vergleich zu anderen Gebieten innerhalb Südwestafrikas. Die Kolonial- und Apartheidsadministration sonderten Ovamboland vom Rest der Kolonie ab<sup>106</sup>, die Zureise für Weiße wurde erschwert<sup>107</sup> und war zeitweise gänzlich verboten.

Heute leben in Ovamboland knapp 780.000 Menschen, was etwas weniger als die Hälfte der namibischen Gesamtbevölkerung (1,8 Millionen Menschen) ist (NNPC 2002).<sup>108</sup>

### ***Siedlungsstruktur, Sozialformen und Wirtschaftsweisen***

"The homes of the Ovambo consist of a number of small huts surrounded by wooden palisades, or, in districts where timber is not available, by fences of ordinary brushwood tied up into neat bundles."  
(Hahn 1928: 24)

Die Siedlungsform und Wirtschaftseinheit der Ovambo war und ist bis heute der *eumbo*<sup>109</sup> (Pl. *omaumbo*), eine eigenständige Wohneinheit, in der eine Familie lebt. Die *omaumbo* sind als Streusiedlung über das ganze Ovamboland verteilt. Ein großer (in der Regel) hölzerner Palisadenzaun bildet die äußere Begrenzung. Im Inneren spiegelt eine komplexe Anordnung an Gängen, Zwischenräumen und Plätzen ein hohes Maß an sozialer Ordnung und sozialer Kontrolle wieder. Für die

---

<sup>104</sup> Und außerdem alle Sachgegenstände.

<sup>105</sup> Die Namen und Benennungen in dieser Arbeit sind alle in Oshikwanyama ausgeführt.

<sup>106</sup> Vgl. Kapitel 4.1.

<sup>107</sup> Vgl. etwa die Schilderungen von Angebaur (1927).

<sup>108</sup> Die Bevölkerung hat sich damit in den letzten 100 Jahren mehr als versiebenfacht. Williams (1991: 182) gibt als Bevölkerungszahlen für Ovamboland an: 1876: 75.000, 1898: 103.000. Weiterhin Tuupainen (1970: 94), Davies (1994: I, 1) und Moorsom (1995: 52): 1928: 150.000, 1951: 197.800, 1970: 342.500.

<sup>109</sup> In Oshindonga *egumbo*.



unterschiedlichen Alters- und Geschlechtergruppen gibt es verschiedene Wohn- und Aufenthaltsbereiche, in denen sich auch die Schlafräume<sup>110</sup> finden.

Der äußere Palisadenzaun bietet, ebenso wie das bewachsene Feld rund um das Gehöft, einen idealen Sichtschutz gegenüber Nachbarn und Fremden (Schäfer 2002: 77). Außerhalb des *eumbo* befinden sich Feld und Weidegründe für das Vieh<sup>111</sup>. Auf den Feldern wachsen auch Fruchtbäume (wie Marula) und Makalani-Palmen, deren Blätter zum Anfertigen von Körben genutzt werden. Die äußeren Grenzen des Areals werden durch eine Einfriedung markiert, die aus dichtem dornigem Buschwerk zusammengefügt ist. So werden Tiere von außen ferngehalten und die Nutztiere im Inneren eingezäunt<sup>112</sup>.

Die Aufteilung des *eumbo* spiegelt die soziale Ordnung der Geschlechter-, Alters- und Statusgruppen wieder. Für jede Gruppe gibt es einen eigenen Bereich. Der Kontakt der Geschlechtergruppen ist stark reglementiert und sanktioniert (Eirola 1992: 34; Loeb 1962: 128; Tönjes 1911). Ein Beleg für das Ausmaß der Sanktionierung von Verletzung sozialer Regeln innerhalb der vernakulären Ordnung ist in den frühen Berichten von Missionaren und in den Schilderungen von älteren Informanten zu finden: Diese wissen von Tötungen junger Mädchen zu berichten, die vor ihrem Reifefest schwanger wurden (Tönjes 1911; Interview IV/23 (2003)).

---

<sup>110</sup> Umgangssprachlich werden die afrikanischen Schlafräume meist als *Hütten* bezeichnet. Eine Hütte ist aber dadurch gekennzeichnet, daß es - im Gegensatz zum Haus - keine Trennung zwischen Dach und Wand gibt. Daher muß man von *Haus* oder *Raum* sprechen.

<sup>111</sup> Das Vieh wird je nach Nahrungsangebot (Gras) zum Teil bzw. zeitweise auch in weiter entfernten *cattle-posts* (*ohambo*, Pl. *ehambo*), gehalten und dort von Familienangehörigen (Jungen oder jungen Männern) oder angestellten Hirten beaufsichtigt (Williams 1991: 38). Interessanterweise hat das Wort für König in Oshikwanyama den gleichen Wortstamm (*ohamba*) (Tönjes 1910: 119).

<sup>112</sup> Das ist heute vor allem in Ondonga zu beobachten (Feldnotizen III/2001, IV/2003).

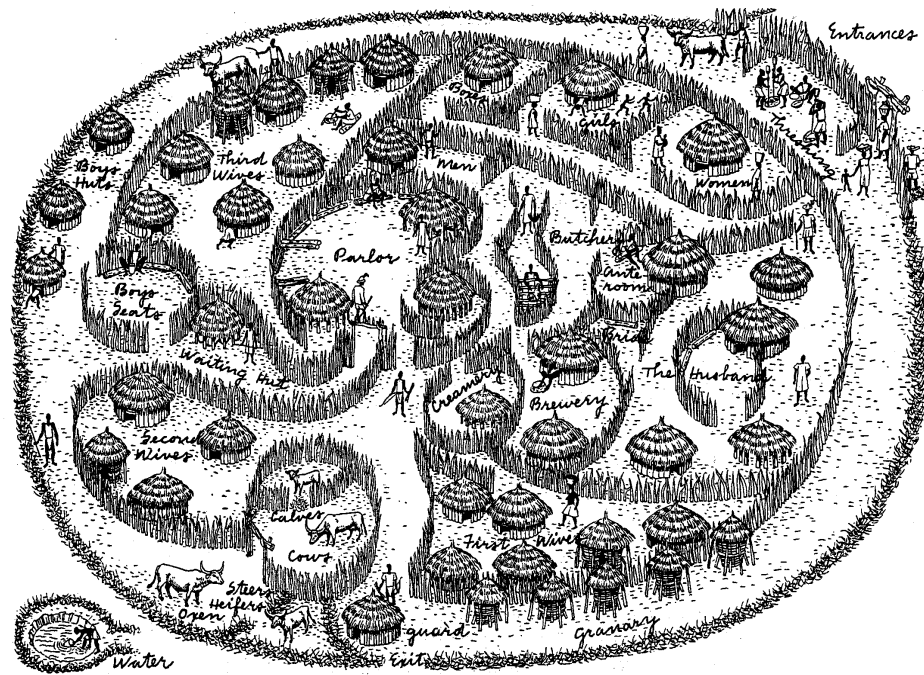


Abbildung: Aufbau eines *eumbo* (Loeb 1962)

Dadurch, daß der *eumbo* vollständig von Feld umschlossen ist, sind die Wohnanlagen in der Zeit, in der die Hirse hoch steht, nicht zu sehen. Man kann von außen nur erahnen, daß innerhalb der jeweiligen Felder mit den hohen Hirsepflanzen ein *eumbo* zu finden ist.



Abbildung: *eumbo* in der Regenzeit  
(mit hochgewachsenen Hirsepflanzen, etwa März (Foto: Rompel))



**Abbildung: *eumbo* in der Regenzeit  
(mit kleinen Hirsepflanzen, etwa Januar) (Foto: Rompel)**



**Abbildung: *eumbo* in der Trockenzeit (Foto: Rompel)**

Die Felder werden für etwa vier bis acht Jahre<sup>113</sup> an einer Stelle kultiviert, bevor die Böden ausgelaugt sind. Ein *eumbo* dagegen hält bis zu 40 Jahre (Moorsom 1995: 3). Die Familie, die den *eumbo* bewohnt, besteht in der Regel aus dem Mann, seiner Frau oder seinen Frauen und den Kindern. Es ist dabei nicht ungewöhnlich, daß auch

---

<sup>113</sup> Siiskonen (1990: 52) spricht von zehn Jahren.

andere Verwandte bei der Familie leben (Davies 1994: I.6): "Frequently one or two brothers or sisters and perhaps some poor relatives also live in it." (Hahn 1928: 24)

Die Lebensweise der Ovambo war in vorkolonialer Zeit polygam, d.h. in einem Haushalt lebten unter Umständen ein Mann und die Frauen, mit denen er verheiratet war. Dabei war die Anzahl der Frauen einer Familie stark vom ökonomischen Status des Mannes abhängig. Unvermögende Männer hatten meist eine Frau, wohingegen wohlhabende Männer (wie der *headmen* oder der *king*) sich mit mehreren Frauen verbinden konnten. Eirola spricht davon, daß sehr wohlhabende Männer bis zu zehn Frauen hatten, gewöhnliche Männer ein bis drei (Eirola 1992: 39-40)<sup>114</sup>. Unter dem Einfluß der Mission wurde die Polygamie weitgehend zurückgedrängt<sup>115</sup>. Es finden sich aber auch heute - insbesondere in den weit abgelegenen und isolierten Regionen - weiterhin polygyne Haushalte (Feldnotizen III/2001, IV/2003, V/2003; Interview V/10 (2003)).

Die verschiedenen Frauen hatten ihre eigenen Felder (und auch Kornspeicher und Küchen). Sie halfen sich - insbesondere in der arbeitsintensiven Feldbearbeitungsphase - gegenseitig bei der Bewirtschaftung der Felder. Mit der Zurückdrängung der polygamen Familienstruktur konnte diese Arbeit jedoch nicht länger durch die Familienmitglieder bewältigt werden, sondern mußte nun auf der Haushaltsebene reorganisiert werden. Dazu bildeten Frauen in der Erntezeit Arbeitsgruppen (*onjabi*), die im Wesentlichen aus Nachbarinnen bestanden (Schäfer 2002: 79).

Der *eumbo* gehört immer zu einem Bezirk (*omukunda*), in dem mehrere *omaumbo* zusammengeschlossen sind, denen ein *headmen* (*elenga*) vorsteht. Die Gesamtheit des Siedlungsgebietes der jeweiligen Ovambo-Gruppe wird als *oshilongo* bezeichnet. Die (Streu-)Siedlungsgebiete der verschiedenen Gruppen sind voneinander durch nicht besiedelte Streifen abgetrennt (Davies 1994: I.5, Moorsom 1995: 3). Diese

---

<sup>114</sup> Von dem Ondonga-König Kambonde kaMpingana wird berichtet, er habe um 1890 etwa 15 Frauen gehabt (Eirola 1992: 40).

<sup>115</sup> Mit dem Beginn der Christianisierung bildeten sich offensichtlich monogame Haushalte, die bei näherer Betrachtung doch weiterhin einer polygynen Struktur folgen. Man kann vermuten, daß damit den Missionaren gegenüber eine erfolgreiche Christianisierung dargestellt wurde. So entstanden (wohl unter Einfluß der Christianisierung) örtlich versprengte Familien, bei denen der Mann zwischen verschiedenen *omaumbo* mit verschiedenen Frauen umherwanderte, aber ggf. nur mit einer dieser Frauen und an einem Ort kirchlich verheiratet war. (Feldnotizen IV/2003; Interview IV/23 (2003))

lösen sich jedoch heute mehr und mehr auf, indem diese Pufferzonen mehr und mehr in Besitz genommen, bebaut und bewirtschaftet werden.<sup>116</sup>

Land ist kein Privatbesitz, sondern wird von den traditionellen Autoritäten (den *headmen*, bzw. in früheren Zeiten dem *king*) vergeben und fällt, nach dem Tod des zeitweise Besitzenden oder nach einer bestimmten Zeitspanne, wieder an die Gemeinschaft zurück.

Das Verwandtschaftssystem der Ovambo ist matrilinear, entlang der weiblichen Lineage organisiert. Der Vater ist nicht mit den Kindern verwandt. Der engste männliche Verwandte eines Kindes ist somit der Bruder der Mutter. Sprachlich drückt sich das darin aus, daß dieser nicht wie die anderen Tanten und Onkel als Mutter (*meme*) oder Vater (*tate*) bezeichnet wird, sondern als *tatekulu* (*kulu* ist die respektvolle Anrede für alte und statushöhere Personen). Das Hauptcharakteristikum der verschiedenen Verwandtschaftsgruppen (*epata*, Pl. *omapata*<sup>117</sup>) ist deren unilineare Abstammung über die mütterliche Linie (Tuupainen 1970: 31f.; Davies 1994: III, 6).<sup>118</sup>

Die soziale Schichtung der Ovambogruppen war zum Zeitpunkt des Eintreffens der ersten Missionare äußerst flach. Im Rahmen der vernakulären Organisation war es nicht möglich, nennenswerte Reichtümer zu akkumulieren, woraus eine breite Streuung der Gütern in der Fläche und in der Gesellschaft resultierte. Dies ist darauf zurückzuführen, daß die Erbfolge - entlang der Verwandtschaftsstruktur - matrilinear organisiert war und auf die gesamte Verwandtschaftsgruppe ausgeweitet wurde, wohingegen die Siedlungsweise patrilokal war, d.h. daß in der Regel am Wohnort der männlichen Verwandtschaftslinie gesiedelt wurde. Somit wurden beim Tod eines relativ wohlhabenden Familienoberhaupts seine Rinderherden über die Region zu allen mütterlichen Verwandten verteilt. Man kann dies als einen wirkungsvollen Mechanismus sozialer Umverteilung begreifen, der die Etablierung von

---

<sup>116</sup> Vgl. auch Eirola 1992: 31.

<sup>117</sup> *epata* kann folglich mit *Familie* oder *Verwandtschaft* übersetzt werden. Dem Wortverständnis folgend ist damit aber nur die matrilineare Verwandtschaft gemeint. Fragt man in englischer Sprache nach *family*, wird meist - einem modernen Verständnis folgend - auch die Verwandtschaft väterlicherseits eingeschlossen (Feldnotizen V/2003).

Interessanterweise bezeichnet der Begriff *epata* neben der matrilinearen Verwandtschaft gleichzeitig auch den Küchenbereich - die Feuerstelle - des *eumbo* und verweist damit auf die geschlechtlichen Aufgaben der Frau (Davies 1994: III, 6; Tönjes 1910: 26; Feldnotizen V/2003).

<sup>118</sup> Vgl. für einige grundlegende Charakteristika der afrikanischen Familienstruktur auch Kapitel 5.2, *Vorbemerkung: Haushalt und Familie*.

wohlhabenden Gruppen und Schichten als etwas Statisches verhinderte (Moorsom 1995: 4).

Im Zuge der Transformationsprozesse und unter Einfluß der südafrikanischen Administration wurde die Erbpraxis in den vergangenen 50 Jahren dahingehend gewandelt, daß - anders als zuvor - die Familie väterlicherseits nun als erbberechtigt angesehen wurde (Töttemeyer 1978: 145f.). Dieser Umbau steht in den vergangenen Jahren - insbesondere seit der Erlangung der Unabhängigkeit und der Einführung eines modernen Staatsrechts - in weitergehendem Wandel. Nach modernem Rechtsverständnis ist die Kleinfamilie des Verstorbenen (d.h. Ehe-/Lebenspartner und/oder Kinder) erbberechtigt, und nicht die Herkunftsfamilie. Das Aufeinandertreffen dieser unterschiedlichen Rechtsnormen kann zu erheblichen Konflikten führen, wenn beispielsweise eine verwitwete Ehefrau ihre (aus modernen Rechtskonventionen abgeleiteten) Ansprüche auf die Habe des Mannes gegenüber seiner Familie durchzusetzen hat, die gemäß der traditionellen Praxis - ebenfalls auf das Erbe besteht.<sup>119</sup>

### ***Subsistenzwirtschaft: Ackerbau, Viehzucht, Fruchtsammeln, Fischfang und Jagd<sup>120</sup>***

Die Ovambo praktizieren traditionell eine Mischwirtschaft, die im Wesentlichen auf dem Anbau von Kolbenhirse (Perlhirse/Millet: *omahangu*<sup>121</sup>) und Viehwirtschaft (Rinder: *engobe*, Ziegen: *oikombo*, Hühner: *eexuxwa*) beruht. Die Bedeutung der Viehwirtschaft gegenüber des Ackerbaus hat dabei in den vergangenen 150 Jahren stark abgenommen.<sup>122</sup> Der Anbau des Hauptnahrungsmittels Mahangu wird - in geringerem Umfang - ergänzt durch den Anbau von Rispenhirse (Sorghum: *oilyavala*<sup>123</sup>), Bohnen (*omakunde* und *omapoke*), Melonen (*omatanga*), Spinat

---

<sup>119</sup> Für die Durchsetzung der verschiedenen Rechtsnormen gibt es keine klare Handhabe. Wird eine traditionelle Gerichtsbarkeit (wie der *headmen*) angerufen, kommt dieser u.U. zu einer anderen Rechtsprechung, als eine moderne Gerichtsbarkeit (wie etwa ein *magistrate court*); Vgl. auch den Abschnitt *Property Grabbing* in Kapitel 5.2.3.

<sup>120</sup> Alle Benennungen in diesem Abschnitt sind in Oshikwanyama ausgeführt; anders als in der Abbildung auf S. 75 sind die Namen hier in den Plural gesetzt.

Die Angaben in zum Nahrungsmittelangebot sind aufgrund eigener Feldforschung entstanden. Hinweise aber auch bei Brincker 1900; Tönjes 1911; Hahn 1928; Loeb 1962; Williams 1991; Eirola 1992; Davies 1994; Schäfer 2002.

<sup>121</sup> *Pennisetum spicatum*

<sup>122</sup> Zu den Ursachen vgl. Kapitel 4.5.

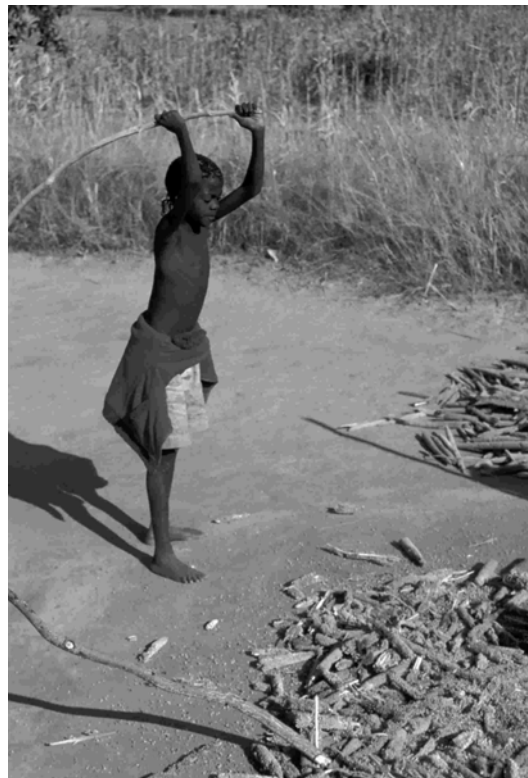
<sup>123</sup> *Sorghum vulgare*; dieses benötigt mehr Regen als *omahangu* (Eirola 1992: 33) und es sind größere Probleme bei der Speicherung zu bewältigen, da Sorghum leichter von Insekten befallen wird (Schäfer 2002: 78).

(*ombidi*), Nüssen (*embudukufwa*), aber auch Zwiebeln (*enyanga*) und Kartoffeln (*oihakautu*). Eine weitere bedeutende Nahrungsmittelquelle sind gesammelte Früchte: Marula (*engongo*) und andere Klein- und Wildfrüchte (*embe, enyandi, enyhiwiyu, eendunga, eshe*). Dazu kommen je nach Region und Jahreszeit (Regenzeit) eine Reihe Kleintiere wie Fische (*eeshi*), Frösche (*omafuma*) und Würmer (*oshuungu*).

Die Grundnahrungsmittel werden zu zahlreichen Folgeprodukten weiterverarbeitet. Aus *omahangu* beispielsweise wird die Getreidemahlzeit *oshifima* hergestellt. Außerdem wird es zu einem fermentierten (*omalodu*) / unfermentierten Getränk verarbeitet (*oshikundu*) und zum Brotbacken verwendet (*omugome*).

Die Subsistenzwirtschaft in den ländlichen Gebieten des Ovambolands bildet die Grundlage der Ernährung und sichert diese auch in Krisenzeiten und unabhängig von finanziellem Einkommen.

Der landwirtschaftliche Jahreszyklus beginnt mit der Regenzeit Mitte September, wenn die Felder gereinigt und für die Aussaat vorbereitet werden. Dann folgt Hacken, Aussaat, Umpflanzen bis schließlich gegen April/Mai geerntet werden kann.



**Abbildung: Dreschen der *omahangu*-Ernte (Foto: Rompel)**

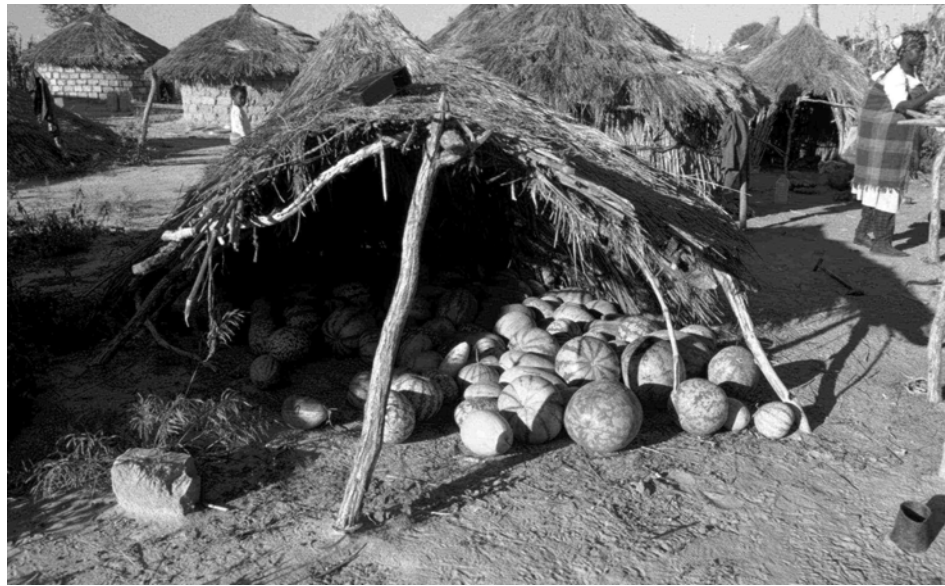


Abbildung: Geerntete Melonen (*omatanga*) (Foto: Rompel)

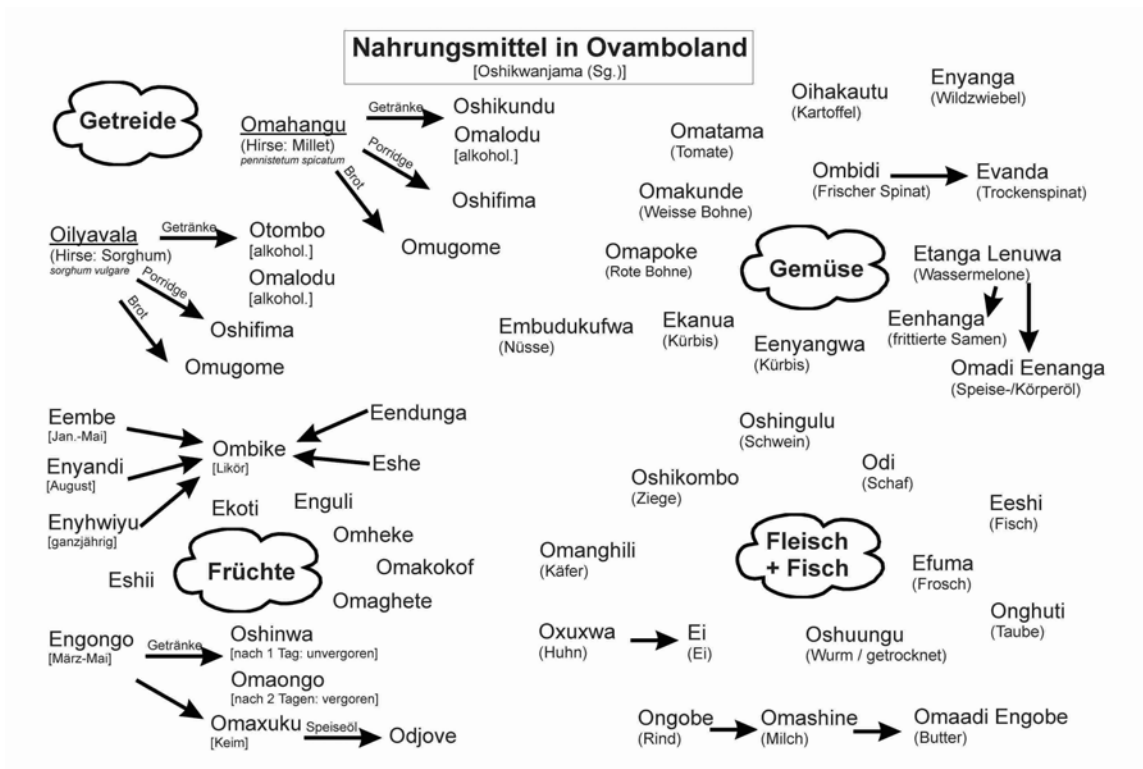


Abbildung: Schematische Übersicht über das Nahrungsmittelangebot

Die Vielfalt der subsistent erwirtschafteten Nahrungsmittel zeigt, daß die Ernährungslage äußerst reichhaltig und ausgewogen ist und vermutlich auch immer war. Hahn stellt fest:



"The people may, on the whole, be said to be in a prosperous condition. Even in years with an average rainfall the harvest are plentiful enough to supply the needs of the population and the pastures sufficient to keep the stock in fairly good condition."  
(Hahn 1928: 35)

Davies schließt sich dieser Einschätzung an:

"The diet has been commended by many experts for its nutritional value, with a balance of protein and carbohydrate foods. Any nutritional deficiency in Ovamboland, therefore, is likely to be under-nutrition (not enough of the 'right' food) rather than malnutrition (too much of the 'wrong' food)." ... "The Ovambo staples are millet ... and sorghum ... which contain all the essential amino acids required, and are therefore much more nutritious option than maize."  
(Davies 1994: II.4)

Natürlich hat es immer schon Ernährungskrisen und vorübergehende Hungersnöte gegeben, wenn beispielsweise Niederschläge über mehrere Jahre ausblieben (wie bei der großen Hungersnot 1929/30, vgl. Hayes 1998: 127).

Es kann jedoch davon ausgegangen werden, daß in der Vergangenheit, aufgrund der ausgeprägten Vorratshaltung in Speicherkörben<sup>124</sup> (*okaanda*) und der langen Haltbarkeit des *omahangu*, auch mehrere Jahre<sup>125</sup> überstanden werden konnten, in denen der Hirseanbau unzureichend war. Gesprächspartner weisen außerdem auf die krisenpräventive Funktion einer temporär eingeführten Abgabe von *omahangu* an den *king* hin (Ondonga), der dann in schwierigen Jahren Getreide an bedürftige Bevölkerungsteile ausgeben konnte (Feldnotizen IV/2003; vgl. auch Schäfer 2002: 80; McKittrick 1995: 46).

Diese Vorratshaltung spielt auch heute eine wichtige Rolle in der Ernährungssicherung. Der Anbau in Mischkulturen<sup>126</sup> (Getreide und Gemüse) reduziert darüber hinaus die Ertragsrisiken (Williams 1994: 46); Verarbeitungstechniken machen es möglich, bestimmte Lebensmittel lange haltbar zu machen; so wird beispielsweise Wildspinat (*ombidi*) getrocknet (*omavanda*) und auf diese Weise praktisch unbegrenzt haltbar gemacht. Dazu kommt, daß aufgrund des breiten Spektrums der zur Verfügung stehenden Nahrungsmittel in Krisenzeiten

---

<sup>124</sup> Die Wände des Speicherkorbs werden mit einer Mischung aus feuchtem Ton und Erde eingerieben (und auch der Behälterdeckel später auf diese Weise versiegelt), um die so gelagerte Hirse vor Schädlingsbefall zu schützen (Schäfer 2002: 77; Feldnotizen III/2001).

<sup>125</sup> Hahn (1928: 35) spricht von einer zweijährigen Vorratshaltung; Töttemeyer (1978: 17) von bis zu fünf Jahren; Interviewpartner bestätigen eine Haltbarkeit von bis zu 10 Jahren (Feldnotizen III/2001, V/2003).

<sup>126</sup> Der Anbau in Mischkulturen wirkt sich positiv auf das Anbausystem aus, da die großen Blätter der Melonen- und Kürbispflanzen die Böden vor der Austrocknung bewahren (Schäfer 2002: 78).

verstärkt auf andere Lebensmittel zurückgegriffen werden kann,<sup>127</sup> wie beispielsweise gesammelte Wildfrüchte, Mopane-Würmer, durch Jagd erbeutete Kleintiere etc. (Schäfer 2002: 74).

Der subsistenzwirtschaftliche Anbau stellt auch heute noch die wichtigste Versorgungsquelle dar. Abgesehen von den Haushalten in den wenigen semiurbanen Arealen Nordnamibias (entlang des Korridors Ondangwa - Ongwediva - Oshakati) sind praktisch alle Haushalte im Bereich der Subsistenzlandwirtschaft tätig. Ohnehin verfügen nur rund 40% der Haushalte über Einkünfte aus der Wanderarbeit und sind damit existentiell auf die landwirtschaftlichen Erträge der Frauen angewiesen. Die einzige, darüber hinaus existierende, potenzielle Quelle für Bargeldeinkommen liegt in der monatlichen Rente für über 65jährige Namibier (250,- N\$), die etwa 30% der Haushalte zur Verfügung steht (Schäfer 2002: 80-82).

### ***Geschlechtliche Aufgabenteilung***

"Agricultural work is performed by the women who devote a great deal of time to the preparation and cultivation of the field. [...]  
The daily work of a man in the average kraal is not as varied and strenuous as that of a women. He supervises and carries out all duties in connection with his stock, sees to the milking of the cows, keeps his home in repair, cleans out waterholes, manufactures all household and agricultural implements (baskets, pots and other crockery excepted), such as pestles, mortars, handles for axes and hoes and so forth."

(Hahn 1928: 34, 24)

Die geschlechterspezifische Arbeitsorganisation ist orientiert an einer komplementären Aufgabenteilung entlang der verschiedenen Bereiche der Subsistenzwirtschaft. In der Subsistenzlandwirtschaft sind die Frauen für den Kernbereich zuständig: Die Grundversorgung mittels Ackerbau, das Sammeln von Früchten und Gemüse, aber auch Töpfern und Korbmachen - fast die gesamte Nahrungsmittelgewinnung und -verarbeitung liegt in den Händen der Frau. Die für die Binnenökonomie der Subsistenzversorgung weniger wichtigen Aufgaben obliegen den Männern. Viehzucht ist ihre Aufgabe, dazu kommen im Wesentlichen die Außenverteidigung, gelegentliche Jagd, das Sauberhalten von Wasserlöchern und das Herstellen und Instandhalten von Arbeitsgeräten (Holz- und Metallarbeiten) und

---

<sup>127</sup> In Tönjes Oshikwanyama-Wörterbuch finden sich einige Nahrungsmittel, auf die nur in Zeiten von Ernährungskrisen zurückgegriffen wurde. Beispielsweise "esinga - Mark der Palmkrone; wird von den

der Wohngehöfte und Dreschplätze, sowie die Feldvorbereitung (Tönjes 1911; Hahn 1928; 34f.; Loeb 1962: 132f.; Eirola 1992: 39).

Den Frauen kam in der gesellschaftlichen Aufgabenteilung schon immer eine zentrale Rolle zu, die Männer standen eher an der Peripherie. Diese Ordnung spiegelt sich ebenfalls in der Architektur der *eumbo* wieder: Der räumliche Mittelpunkt dieser Wohnanlage ist der Bereich der Frau, alles andere gruppiert sich um diese herum. Auch die matrilineare Verwandtschaftsordnung betont die zentrale Stellung der Frauen (s.o.): Die Männer sind nicht mit ihren Kindern verwandt. Deren Verwandtschaft ist über die mütterliche Lineage organisiert und ihr nächster männlicher Verwandter ist der Bruder der Mutter, der auch als sozialer Vater eine wichtige Rolle spielt (Tuupainen 1970: 31f.).

Neben der Aufgabenteilung entlang des Geschlechts, gibt es die Differenzierung anhand des Alters: Die Kinder sind vor allem für Hilfstätigkeiten zuständig: Die Jungen im Bereich des Viehhütens (Aufgabenbereich der Männer), die Mädchen im Haushalt (Aufgabenbereich der Frauen).

### ***Exkurs: Ein Überblick zur frühen Forschungsgeschichte***

Die Reiseberichte der ersten Europäer, die in das Ovamboland kamen – Charles John Andersson (Andersson 1956) und Francis Galton (Galton 1889) – gehen auf eine gemeinsame Expedition im Jahr 1850 zurück. Die Berichte sind gleichzeitig die ersten schriftlichen Berichte zu Ovamboland überhaupt. Andersson und Galton bereisten die bis dahin unbekannt Region und trafen König Nangolo in Ondonga (Aarni 1982: 33). Während ihres 14tägigen Aufenthalts konnten sie nur einen kleinen Teil des Landes kennenlernen. (Moritz 1980: 3; Galton 1889)

Galton beschreibt die Ovambo:

"Sie haben etwas Nobles in ihrem Auftreten, sind ungezwungen, höflich und fröhlich und sehr musikalisch. [...] Ich empfehle dieses Land allen, welche sich für Missionsunternehmen interessieren. Es würde ein Land sein, in dem leicht Fuß zu fassen wäre, weil man nur die Wohlgelegenheit des Königs zu erwerben braucht." (Galton zitiert nach Moritz 1980: 3)

Galton kommt nach seiner Rückkehr zu Ohr, daß die Rheinische Mission eine Expedition nach Ovamboland unternehmen will, und schreibt einen Brief an diese:

---

Eingeborenen in Jahren des Hungers gegessen" (Tönjes 1910: 28).

"Ich würde das Ovamboland als Wohnplatz sehr anziehend finden; an notwendigsten Lebensbedürfnissen könnte dort nimmermehr Mangel sein. Könnte man die Gunst des Königs Nangoro<sup>128</sup> gewinnen, so würde weder Leben noch Eigentum in Gefahr sein." (Galton zitiert nach Moritz 1980: 3)

Alle weiteren frühen Beschreibungen des Ovamboland jenseits von Andersson und Galton stammen von Missionaren; im Fokus dieser missionarisch-ethnografischen Berichte sind die Ondonga, wohl weil sie geographisch am Besten zugänglich waren. Der deutsche Missionar Carl-Hugo Hahn (Rheinische Mission) unternahm 1857 von der Missionsstation Groß-Barmen (Otjikango, in der Nähe von Okahandja) aus eine Reise ins Ovamboland. Hahn, der 1842 mit dem Missionar Kleinschmitt die Arbeit der Rheinischen Mission in Südwestafrika begonnen hatte, kehrte 1845 von einer Deutschlandreise nach Südwestafrika zurück, um von dort seine Reise ins Ovamboland vorzubereiten. Dazu wurden Esel von Kapstadt nach Groß-Barmen getrieben, für deren Einsatz man sich entschieden hatte, nachdem Galton von Kamelen abgeraten hatte. Mit 14 Personen brach die Expedition am 20. Mai 1857 von Groß-Barmen auf.

Hahn berichtet in seiner Tagebucheintragung vom 17. Juli von seiner ersten Begegnung mit Ovambos:

"... am Geburtstage meines Hugo, sahen wir die ersten Ovandongas Owambo, ... ihre Physiognomie war angenehm, die Kopfbildung noch mehr europäisch, wie bei den Ovahereros; ihr Körper schlank, aber muskulös, über die Mittelgröße; die Hautfarbe dunkler, wie die der Ovahereros und das Haupthaar bis auf einen Büschel auf dem Wirbel kurz abgeschoren. Sie beschmieren sich auch mit Ocker und Fett. Um den Leib tragen sie einen 6-9 Zoll breiten Gürtel, (Wie wir später sahen, bei den Reichen mit Perlen bestickt), an dem ein Dolch befestigt war. Ein Stück von einem weichbereiteten Rindermagen hing vorne über den Gürtel, während sie hinten nur ein kleines Stückchen Rinderleder in der Form eines Schieferdeckers-Instruments und nicht so groß trugen, Außer dem Dolch haben sie kurze Keulen (Kris) aus dunkelfarbigem, sehr schwerem Holze wohlgeschnitten, kurze 3 1/2 - 4 Fuß lange Bogen von Palmblattstengeln und ein Bündel Pfeile mit eisernen hübschgeschmiedeten Spitzen, von denen nur einige vergiftet sind. ..."

(Hahn zitiert nach Moritz 1980: 27-28)

Interessanterweise gilt der Hauptfokus dieser Beschreibung der Wahrnehmung von Physiognomie und Bewaffnung, ein Blickwinkel der durchaus auch von kolonialem Interesse war. Hahn berichtet weiter über die *omaumbo*:

"Wir fragten nach den Häusern und man wies uns die Reisighaufen. Das war doch zu arg! Da lag vor uns die idyllische "peaceful homestead"!<sup>129</sup> Eine Ovahereroschafherde sieht dagegen noch imposanter aus. Wir gingen hin, um das Ding anzusehen. Die Pfähle und der Reisig sind in die Erde gesteckt und formen eine Anzahl von Gängen

<sup>128</sup> Die Schreibweise ist in den frühen Quellen unterschiedlich: z.T. Nangolo, z.T. Nangoro.

<sup>129</sup> Diese Bemerkung bezieht sich auf die Beschreibungen Galtons, der schwärmerisch von der Landschaft und der Wohnform des Ovambolands berichtet hatte und feststellte, er habe nie etwas *Lieblicheres* gesehen, was von Hahn offensichtlich nicht geteilt wird.

und Abtheilungen zu allerlei Zwecken: für einige Rinder, Schafe, Ziegen, Tenne von weißem harten Lehm, Provianthäuschen, eigentlich nicht mehr als große Körbe mit dachartiger Bedeckung und endlich die Wohnungen. Ein Labyrinth im Kleinen. Aber die Wohnungen. Ich stand davor und sah daß es Wohnungen waren. Die Wände sind 2 Fuß hoch, die Thür 1 1/2 Fuß Quadrat, Dach höchste Spitze 6 Fuß, Durchmesser des Hauses 5 Fuß, nun da ist weiter kein Commentar zu solchen Häusern nöthig." (Hahn zitiert nach Moritz 1980: 33)

Der Besuch Hahns in Ovamboland endete in einer kriegerischen Auseinandersetzung zwischen seiner Expedition und der Streitmacht des Königs. Hahn zog sich zurück und setzte sich nach Süden ab, wo er am 11. September wieder in Groß-Barmen eintraf. Der Nachfolger Nangolos, König Shikongo, lud Hahn fast 10 Jahre später zu einem zweiten Besuch ein, der 1866 erfolgte und weitaus friedlicher verlief. Hier wurde der Grundstein für die weitere Missionsarbeit in Ovamboland gelegt. Hahn hat die Missionsarbeit unter den Ovambo angestoßen, diese dann aber an die Finnische Mission weitergegeben, die ab 1870 vor allem in Ondonga missionierte (Töttemeyer 1978: 19f; Tönjes 1986: 224f). Ab 1891 unternahm die (deutsche) Rheinische Mission einen weiteren Versuch der Missionierung, diesmal bei den Ovakwanyama (Brincker 1900: 60; Davies 1994: I, 13). Deutsche Missionare aus dieser Zeit liefern weitere Beschreibungen der Ovambo, wie Peter Heinrich Brincker (Brincker 1891, 1900) und Hermann Tönjes (Tönjes 1910, 1911). Diese Arbeiten können heute als frühe ethnographische Beschreibungen gelesen werden, obwohl das primäre Interesse der Autoren offensichtlich der Sammlung von Informationen bezüglich der Missionierbarkeit galt.

#### 4.4.2 Urbaner Raum: Die Hauptstadt - Katutura

"Oh, in Windhoek it is very other life."

(Interview III/07 (2000))

*Aussage einer aus dem ländlichen Norden zugewanderte Migrantin*

Katutura ist der afrikanische Stadtteil der namibischen Hauptstadt Windhoek. Die stadtplanerische Anlage von Windhoek spiegelt die Rassenideologie des deutsch-kolonialen-, später des südafrikanischen Apartheids-Regimes, wieder. Es gibt ein Wohngebiet, daß der weißen<sup>130</sup> Bevölkerung vorbehalten war (die Innenstadt und innenstadtnahe Stadtteile, wie Windhoek-West, Pionierspark, Klein-Windhoek etc.), wohingegen die sog. *coloureds* im nordwestlich der Innenstadt gelegenen Khomasdal, die sog. *blacks* im nordöstlich gelegenen Katutura siedeln durften.

#### **Geschichte**

Die Besiedlung des Areals des heutigen Windhoek geht auf Oorlam-Gruppen<sup>131</sup>, und deren Führer Jonker Afrikaner, zurück. 1842 besiedelten etwa 2.000 Menschen das Areal (Lau 1987: 33). Die Rheinische Missionsgesellschaft richtete 1871 eine Missionsstation ein und mehr und mehr Herero und Damara ließen sich dort nieder (Pendleton 1997: 10). Die Entstehung des modernen Windhoek beginnt mit dem Eintreffen der deutschen *Schutztruppe* im Oktober 1890 unter dem Kommando von Curt von Francois und der Errichtung einer Fortanlage (*Alte Feste*). Diese deutsche Inbesitznahme von Windhoek führte zu einer neuen, städtischen Besiedlung des Areals. 1884 wurden als Einwohnerschaft des städtischen Windhoek 85 weiße Bedienstete, 500 Schutztruppen-Soldaten und 300 bis 400 Schwarze (vor allem Damara) angegeben (Pendleton 1997: 10). Seit dem ausgehenden neunzehnten

---

<sup>130</sup> Die Aufteilung der namibischen Bevölkerung nach Hautfarben-Kategorien ist höchst problematisch. Diese Kategorisierung geht auf die rassistischen Konventionen der Apartheids-Politik zurück und wurde politisch eingesetzt, um einzelne Bevölkerungsgruppen zu unterdrücken und damit die weiße Vorherrschaft zu sichern. Diese Apartheidsstrukturen existieren in vielen Bereichen bis in die heutige Zeit.

Wenn möglich habe ich in dieser Arbeit versucht, dieser Schwierigkeit zu entgehen, indem ich die Hautfarben-Kategorisierung der Apartheidsära nicht gebrauche und auf die ethnischen Bezeichnungen zurückgreife. Diese ethnischen Bezeichnungen, wie z.B. *Ovambo* beziehen sich auf soziale und kulturelle Eigenarten und sind i.d.R. die Selbstbezeichnungen der Angehörigen der jeweiligen ethnischen Gruppen. Die ethnische Identität ist - wie das soziale Geschlecht (*gender*) oder Altersidentitäten - Teil der sozialen Identität.

<sup>131</sup> Die Oorlam sind eine Gruppe, die aus dem Kontakt von Khoi-Khoi ("Hottentotten") und weißen Siedlern hervorgegangen ist (in Südafrika als Griqua bekannt).

Jahrhundert wurde die Ansiedlung der schwarzen Bevölkerung in eigens ausgewiesenen *locations* (in der deutschen Kolonialsprache *Werft*) betrieben. Nach dem von Deutschland verlorenen ersten Weltkrieg übernahm die südafrikanische Union die koloniale Verwaltung.<sup>132</sup> 1932 wurde die *main location* reorganisiert: Straßen wurden gebaut und erstmals einzelne Bereiche für die ethnischen Gruppen eingerichtet. Es wurde erstmalig eine Miete eingeführt, die für das Bewohnen eines *plots*, eines Grundstücks, an die Stadtverwaltung abgeführt werden mußte (0,10 Rand<sup>133</sup>/Monat) (Pendelton 1997: 13).

In den 1950er Jahren entschied die Windhoeker Stadtverwaltung und die von der südafrikanischen Regierung eingesetzte südwestafrikanische Protektoratsverwaltung, eine neue *location* im Nordwesten zu bauen und die Bewohner der alten umzusiedeln. Es entstand das heutige Katutura. Die Innenstadt mit ihren Siedlungsgebieten für die Weißen hatte sich bis an die Grenzen der *old location*, im Westen Windhoeks, ausgebreitet. Es entflammte eine Auseinandersetzung mit den Bewohnern der *old location*, die einen Verlust ihres Eigentums befürchteten. Nach verschiedenen Protestdemonstrationen erreichten die Auseinandersetzungen im Dezember 1959 einen Höhepunkt, als in einer Schießerei mit der Polizei 11 Bewohner der *old location* getötet und 44 verletzt wurden (Pendelton 1997: 15). Am 31. August 1968 wurde schließlich die *old location* endgültig geschlossen und alle bis dahin noch dort verbliebenen Schwarzen nach Katutura zwangsumgesiedelt. Der Name Katutura (den man mit "wir haben keine dauerhafte Bleibe" übersetzen kann) wurde zum Symbol für den Widerstand gegen die Zwangsumsiedlung und darüber hinaus gegen die Implementierung von Apartheidspolitik in Südwestafrika überhaupt.

Auch in Katutura, dem von nun an neuen Wohngebiet für die schwarze Bevölkerung Windhoeks, wurde die Apartheidssiedlungspolitik fortgeführt. Die verschiedenen schwarzen Ethnien wurden voneinander separiert. So gab es für jede ethnische Gruppe ein eigenes Areal, das entsprechend gekennzeichnet war. Die Hausbenennungen führten an erster Stelle einen Buchstaben, der diese Eingruppierung zum Ausdruck brachte und das Areal entsprechend kennzeichnete (O für Ovambo, H für Herero etc.). Das Kernviertel des heutigen Katutura (heute auch oft als *old Katutura* bezeichnet), in das die Einwohner der *old location* umgesiedelt

---

<sup>132</sup> Vgl. Kapitel 4.1.

wurden, besteht vor allem aus Vier-Raum Ziegelhäusern mit Wasseranschluß (ein Hahn) und Sickergruben-Toilette außerhalb des Hauses (aber innerhalb der Grundstücksmarkierung). Die Stadtverwaltung hatte diese errichten lassen.



**Abbildung: Karte von Katutura**

Apartheidspolitik wurde in vielen Bereichen in Südwestafrika weitaus rigider umgesetzt als in Südafrika selbst. Das läßt sich mit der relativ kleinen Bevölkerungszahl, den weiten Distanzen zwischen ländlichen Siedlungsgebieten (wie Ovamboland) und den urbanen Zentren erklären, die eine Kontrolle von Bevölkerungsbewegungen einfacher machten.

Eine Kernidee der Apartheidsideologie war die Proklamation von geographischen, ökonomischen und sozialen Grenzen zwischen Angehörigen der verschiedenen Hautfarben (und in weiterer Differenzierung der Angehörigen der verschiedenen Ethnien). Die Unterschiede der Gruppen wurden betont, - die Kontakte, die Bewegungsfreiheit, die Wahl des Wohn- und Arbeitsortes - kurz sämtliche Aktivitäten - wurden eingeschränkt und von "Rassen"-Kategorien abhängig gemacht: Heirat und Sexualkontakte zwischen Weißen und Nichtweißen waren per Gesetz verboten. Ein getrenntes Schulsystem wurde aufgebaut. Getrennte Eingänge und Serviceeinrichtungen für die verschiedenen "Rasse"-Gruppen fanden sich in den meisten Regierungs- und Verwaltungseinrichtungen und in vielen Geschäften. Nur wenigen schwarzen Hausangestellten wurde gestattet, in Wohnquartieren auf dem Gelände ihrer weißen Arbeitgeber zu wohnen. Es gab nicht weniger als 96

---

<sup>133</sup> Südafrikanischer Rand (ZAR) ist die Währung in Südafrika. Zur südafrikanischen Protektoratszeit war der Rand die offizielle Währung in Südwestafrika. Seit der Unabhängigkeit gibt es eine eigene



Gesetze, die den Aufenthalt von Schwarzen in urbanen Gebieten regulierten (Pendleton 1997: 30). Die Bewegungen in und aus den Stadtgebieten wurde von der Polizei kontrolliert. Mit Ausnahme der Wanderarbeiter aus Ovamboland, die eine spezielle Erlaubnis benötigten, war es Schwarzen nur erlaubt, zeitlich beschränkt zu Besuch in das Stadtgebiet von Windhoek zu kommen. Alle Personen über 16 Jahre mußten innerhalb von 72 Stunden nach Ankunft in Windhoek eine zeitlich befristete Aufenthaltsgenehmigung beim zuständigen *registration office* beantragt haben, und die Stadt wieder verlassen, wenn sie innerhalb eines bestimmten Zeitraums keine Arbeit gefunden hatten. Alle Schwarzen mußten die Innenstadt von Windhoek um 21 Uhr verlassen haben, es sei denn sie hatten die Sondererlaubnis eines Weißen. (Pendleton 1997: 22-36)

### ***Entwicklung seit der Unabhängigkeit***

Seit der Erlangung der Unabhängigkeit im Jahre 1990 und der ersten frei und demokratisch gewählten Regierung bestehen diese politischen Restriktionen nicht mehr. Aber die Ideologie dieser *Apartheids-Farbenlehre* zeigt sich heute noch in der Verteilung von ökonomischer Stärke. Im Blick auf die Wahl des Wohnorts z.B. heißt dies, daß jetzt zwar jeder dort wohnen darf wo er möchte, dies aber aufgrund der weiter existierenden ungleichen Einkommensverteilung nicht jedem möglich ist. An den realen ökonomischen Verhältnissen der verschiedenen Bevölkerungsgruppen und damit auch an der Wohnsituation hat sich bis heute wenig geändert. Die Mehrzahl der Weißen wohnt weiterhin in den Wohngebieten nahe der Innenstadt, die Mehrzahl der Schwarzen weiterhin in Katutura. Der Grund dafür sind die erheblichen sozioökonomischen Statusunterschiede zwischen den Einwohnern von Katutura und denen von Windhoeks Innenstadt: Die Arbeitslosenrate in Katutura ist wesentlich höher (32%) als im Rest des Einzugsgebiets von Windhoek (7%) (CSO 1996: 221). Das durchschnittliche Pro-Kopf-Jahreseinkommen in Katutura beträgt 4.300,- N\$, im Rest des *Greater Windhoek Area* 27.000,- N\$ (CSO 1996: 229). Dabei verdienen etwa 37% weniger als 1.000,- N\$ im Monat, 39% zwischen 1.000 und 2.000,- N\$ und nur 24% mehr als 2.000,- N\$ monatlich (LeBeau 1999: 113). Auch innerhalb Katuturas ist die Aufteilung in Wohngebiete der verschiedenen ethnischen Gruppen weiterhin vorhanden. Die Kennzeichnung der einzelnen Areale durch den Buchstaben, der der Hausnummer voransteht, wurde zwar nach der

---

Währung, den Namib-Dollar (N\$), der 1:1 an den südafrikanischen Rand gekoppelt ist.

Unabhängigkeit aufgehoben und es wurden neue Haus-(*Erf*)-Nummern vergeben. Dennoch ist - im Vergleich zu Apartheitszeiten - nur eine relativ geringe ethnische Durchmischung der Wohngebiete zu beobachten. So siedeln sich auch Neuankömmlinge oft in einem Wohngebiet an, in dem ihre ethnische Gruppe die Mehrheit stellt.

Der Großteil der Einwohner Katuturas sind heute Ovambo (57%), 15% sind Herero, 15% Damara und 6% Nama (LeBeau 1999: 114).

### ***Siedlungsstruktur***

Man schätzt, daß in Katutura heute etwa 140.000<sup>134</sup> Menschen leben, der Großteil der Bevölkerung von Windhoek (NNPC 2002). Diese verteilen sich auf einige infrastrukturell relativ gut ausgebaute Stadtteile (wie Luxury Hill, Soweto, Wanaheda etc.), in denen gemauerte Steinhäuser - mit entsprechendem Anschluß an Kanalisation, Wasser- und Stromversorgung - gegeben sind. Daneben gibt es einen großen (und wachsenden) Teil an Gebieten mit wesentlich einfacheren Behausungen (Okuryangava, Hakahana, Havanna etc.).

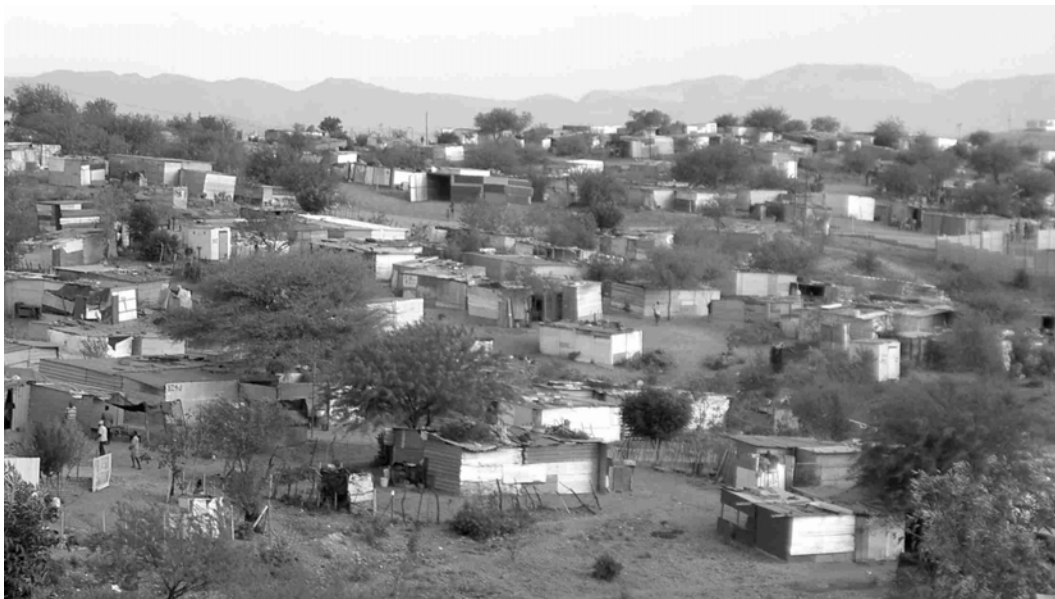
Aufgrund der Landflucht steigt die Einwohnerzahl Katuturas massiv, insbesondere die informellen Siedlungen (*Squattercamps*) in den Randbezirken Katuturas verzeichnen ein stetiges Wachstum. Der Anteil dieser informellen Siedlungen wurde 1996 schon auf 38% der Haushalte Katuturas geschätzt (Pendleton 1997: xiii). Die neuen Siedler, die aus den ländlichen Gebieten des bevölkerungsreichen Nordens kommen, versuchen sich meist dort eine neue Behausung zu errichten, falls sie nicht zunächst bei Verwandten unterkommen können. Die Wohnsituation in diesen Wellblechsiedlungen ist oft von äußerst einfachen sanitären Verhältnissen geprägt. Es gibt in der Regel nur einen zentralen Wasserhahn für einige hundert Menschen, öffentliche Toiletten sind kaum vorhanden und die wenigsten Hütten sind an die Stromversorgung angeschlossen. Toiletten und Sanitäreinrichtungen sind selbstgebaut und bestehen gewöhnlich aus vier in den Boden gerammten Stöcken, um die Stoff gespannt ist. Trotz allem ist allein die Errichtung einer solchen Behausung ein enormer Kostenfaktor. Auf Baumaterial für eine einfache (etwa 9qm

---

<sup>134</sup> Pendleton schätzte 1996 die Einwohnerzahl Katuturas auf 110.000 Menschen (Pendleton 1997: xiii). Der 2001 durchgeführte Zensus erbrachte eine Gesamteinwohnerzahl von 250.305 für die gesamte Khomas-Region. Wenn man die Innenstadtgebiete, Khomasdal und die ländlichen Teile der Region abzieht, kommt man auf etwa 140.000 Einwohner für die *Constituencys* Hakahana, Katutura Central, Katutura East, Soweto, Wanaheda (NNPC 2002).

große) Hütte müssen etwa 1.500,- N\$ aufgewendet werden (Feldnotizen III/2001; Interview IV/24 (2003)).

Insgesamt hat sich die Größe von Katutura seit der Entstehung des Stadtteils vervielfacht. Mitte der 80er Jahre entstand Wanaheda als neuer Teil Katuturas, der alleine so groß ist wie das ursprüngliche Katutura. Dazu kamen nach der Unabhängigkeit die heutigen Ortsteile Okuryangava im Norden und Goreangab im Westen.



**Abbildung: Kilimandscharo - Squattercamp in Katutura (Foto: Rompel)**

### ***Migration und Verwundbarkeit***

Die Bewohner der Squattercamps sind vor allem Zugezogene aus dem ländlichen Norden, die noch nicht lange in der Stadt wohnen. Die ökonomischen Rahmenbedingungen sind für die Bewohner der Squattercamps in vielerlei Hinsicht äußerst verwundbar für Krisen innerhalb der Haushaltsökonomie:

- Aufgrund der begrenzten Platzsituation ist ein subsistenzwirtschaftlicher Anbau von Nahrungsmitteln kaum möglich. Es wird zwar teilweise im Kleinen angebaut (meist max. 1-2 qm Anbaufläche pro Haushalt für Mais, Mahangu, Tomaten oder Kartoffeln) und z.T. auch Kleintierhaltung (vor allem Hühnerhaltung) betrieben. Dies reicht jedoch nur für eine minimale Ergänzung des täglichen Nahrungsbedarfs. Man darf hinter dieser Minimallandwirtschaft wohl eher den Versuch einer symbolischen Anknüpfung an die traditionelle

Subsistenzlandwirtschaft vermuten - in psychologischer Hinsicht kann dies also als ein identitätsbewahrendes Moment in einer neuen und fremden Umgebung verstanden werden.

- Die Bewohner der informellen Siedlungen sind aufgrund der Unmöglichkeit einer effektiven Landwirtschaft fast ausschließlich von der Geldwirtschaft (*cash-economy*) abhängig und damit auf formelle Erwerbsarbeit angewiesen. So sind sie - anders als die im ländlichen Bereich lebenden Menschen - unmittelbar von einem eigenen Verdienst oder einem geldverdienenden Angehörigen im unmittelbaren Umfeld abhängig. Dazu kommt, daß nur die Wenigsten der Einwohner von Katutura eine Beschäftigung im formellen Arbeitssektor finden.<sup>135</sup> Es gibt daneben allerdings einen großen informellen Wirtschaftssektor, bei dem in *cuca-shops*, *bottle-stores* (meist illegal, ohne Alkoholausschanklizenz), im Weiterverkauf von Lebensmitteln, in Garstuben etc. ein kleines aber unstabiles monetäres Einkommen erwirtschaftet wird. Nur Ältere (über 65 Jahre) und Behinderte erhalten in Namibia eine staatliche Unterstützung in Höhe von 250,- N\$<sup>136</sup> im Monat. Das durchschnittliche Monatseinkommen der Bewohner der informellen Siedlungen liegt etwa bei 300,- N\$ für einen fünfköpfigen Haushalt (eigene Schätzung: Feldnotizen III/2001, V/2003).
- All diese Faktoren haben zur Folge, daß im städtischen Bereich eine Vorratshaltung meist kaum betrieben werden kann. Damit existiert auch praktisch kein Potenzial zur Überbrückung von Versorgungskrisen. Man ist gezwungen *von der Hand in den Mund* zu leben. Sobald einmal kein Geld zum Kauf von Lebensmitteln vorhanden ist, tritt unmittelbar Hunger ein. Außerdem werden meist nur die billigsten Nahrungsmittel (wie Brot und Mahangu) gekauft. Die Ernährungssituation ist also nicht nur dauerhaft ungesichert, sondern auch denkbar schlecht.

Demzufolge ist die allgemeine Ernährungssituation<sup>137</sup> in den informellen Siedlungen Katuturas als wesentlich schlechter und unausgewogener einzuschätzen als auf dem Land. Damit einher geht allgemein ein erhöhtes Erkrankungsrisiko und natürlich ein schnellerer und schwerwiegenderer Verlauf von Krankheiten. Liegt eine HIV-

---

<sup>135</sup> Die Arbeitslosenquote liegt deutlich über 30 % (CSO 1996: 221).

<sup>136</sup> Umgerechnet etwa 25,- €.

Infektion vor, so darf man vermuten, daß sich unter diesen Bedingungen die Zeit zwischen Infektion und Krankheitsausbruch (AIDS) verkürzt, bzw. man nach Ausbruch der Erkrankung auch schneller stirbt.

Eine weitere Konsequenz ist eine erhöhte soziale Verwundbarkeit - insbesondere von Frauen - aufgrund der Abhängigkeit von monetären Einnahmen.<sup>138</sup>

Natürlich gibt es für viele Migranten aus den ländlichen Gebieten weiterhin starke Verbindungen zum Rest der Familie, wodurch eine Art translokales Unterstützungsnetzwerk<sup>139</sup> entsteht. Die Migranten senden, wenn sie Geld verdienen, einen Teil davon ihrer Familie aufs Land; sie reisen, wenn sie über das nötige Geld verfügen, regelmäßig dorthin, um die Familie zu besuchen. Umgekehrt kommen auch Angehörige der ländlichen Familien zu ihren Verwandten in die Stadt, wenn dies erforderlich ist (z.B. im Falle von Krankenhausbesuchen, von Schulbesuchen von verwandten Kindern/Nichten, Neffen etc.). Infolge dessen leben auch viele der neu nach Katutura kommenden Migranten zunächst für eine gewisse Zeit bei Verwandten, bis sie die Möglichkeit haben, eine eigene Bleibe zu mieten oder zu bauen.<sup>140</sup>

### ***Urbanisierung, die Anziehungskraft der Städte und der Verlust der Subsistenz***

"Der Glaube an den Fortschritt ist dazu ausersehen, den 'einfachen Menschen' - die zwar noch nicht 'fortgeschritten' sind, aber bereits den Zugang zu gemeinschaftlichem Land verloren und ihre traditionellen Möglichkeiten autonomer Subsistenz eingeübt haben – allen kulturellen Rückhalt zu nehmen, der ihnen angesichts von Markt, Industrie und Nationalstaat, noch geistige Unabhängigkeit und Selbstvertrauen hätte geben können. Sie sind nicht mehr aufgehoben in ihren Gemeinschaften, sie sorgen nur für sich selbst, teilen nicht ihre Ängste, aber auch nicht den Glauben ihrer Vorfahren, sie haben gelernt, auf ihre Eltern herabzusehen, von denen sie nichts von Belang lernen können – so bleibt ihnen nichts weiter, als Arbeiter zu werden, wie die Industrie sie braucht, Konsumenten wie der Markt sie braucht, und Menschen, wie die eine Menschheit sie braucht."  
(Sbert 1993: 132)

Angesichts der schwierigen Situation im städtischen Bereich ist es zunächst verwunderlich, daß dennoch nach wie vor viele - insbesondere junge - Leute in die

---

<sup>137</sup> In Namibia hat die pro Kopf-Versorgung an Proteinen und Cerealien von 1970 bis 1997 um 7,7%, die an Fett um 12,6% abgenommen (UNDP 2000: 239).

<sup>138</sup> Zu den Mechanismen dieser Verwundbarkeit vgl. Kapitel 4.5, Abschnitt *Moderne Armut und AIDS*.

<sup>139</sup> In immerhin 68% aller Haushalte in Ovamboland findet sich mindestens ein Mitglied, daß zur Arbeit in Süd- und Zentralnamibia lebt (Schäfer 2002: 82).

Städte abwandern, um sich dort niederzulassen. Dies betrifft den Zuzug vom Land in die größeren Städte Zentralnamibias wie Windhoek, Swakopmund und Walvis Bay, aber auch die Binnenmigration innerhalb der ländlichen Gebiete in deren urbane Zentren wie Oshakati oder Ondangwa in Nordnamibia. Die Urbanisierungsquote ist in Namibia von 1975 bis 1998 von 20,6% auf 38,9% gestiegen (UNDP 2000: 225); sie hat sich damit fast verdoppelt. Zweifellos ist Windhoek die Stadt mit der höchsten Anziehungskraft und dem größten Zuzug aus den ländlichen Gebieten. Menschen kommen massenhaft hierher auf der Suche nach einer Möglichkeit, Geld zu verdienen. Frayne berichtet, daß selbst wenn in Windhoek nur etwas mehr als 10% der namibischen Bevölkerung leben, dort dennoch 42% der landesweiten Beschäftigungsverhältnisse im formellen Sektor zu finden sind (Frayne 1992). Pro Monat suchen durchschnittlich 1.650 Zuwanderer eine neue Existenz in der Hauptstadt (NM 2003: 6). Diese Rolle Windhoeks als Kristallisationspunkt für ökonomische Entwicklungen läßt sich mit zahlreichen Daten belegen: In Windhoek finden sich beispielsweise allein 46% der landesweit zugelassenen Kraftfahrzeuge.

Das urbane Leben hat verschiedene Qualitäten, die es vom Landleben unterscheidet und so für den Zuzug, insbesondere durch jüngere Namibier, attraktiv machen. Die Stadt steht neben der Möglichkeit, Geld zu verdienen, vor allem für *Modernität*: moderne Unterhaltungsindustrie, Kino, Musik, Nachtclubs, Restaurants, *cuca-shops* und *shebeens*,<sup>141</sup> Bildungseinrichtungen, leicht zugängliche Krankenhäuser, gute Infrastruktur. Vor allem der leichte (ortsnahe) Zugang zu Gesundheitseinrichtungen, der einfachere Zugang und die höhere Qualität von Bildungseinrichtungen (Schulen) und die ausgebaute Wasserversorgung wird von vielen Befragten als Grund für die Attraktivität des städtischen Lebens benannt.

Auf dem Land müssen die Menschen Wasser oft über weite Distanzen beschaffen, Elektrizität ist kaum verfügbar, der Zugang zu Gesundheitseinrichtungen schwieriger, die Schulen weiter entfernt etc.

Dennoch kann man sagen, daß die Versorgungslage für den Großteil der Menschen auf dem Land oft besser ist - gerade im Vergleich zur Mehrzahl der Migranten, die eben keine Beschäftigung in der Stadt finden. Diese bessere Situation auf dem Land

---

<sup>140</sup> Vgl. auch Frayne 1992: 184.

<sup>141</sup> *cuca-shop* und *sheeben* sind Bezeichnungen für informelle Gaststätten, in denen Alkohol (meist ohne Lizenz) ausgeschenkt wird. *Cuca* ist eine angolische Biermarke.

wird von vielen Interviewpartnern in Katutura auch formuliert. Eine Migrantin, die nach Katutura gezogen ist, äußert sich dazu folgendermaßen:

***Life is much easier in the North***

"North is better, than here in Windhoek. ... because there in Oshakati is better, is not like here in Windhoek, here [in] Windhoek we are go[ing] to suffering [suffer] too much because everything is just if you have a money. But there in the North: That country is just like ... thus North is just like Angola. There you can make .. your plants, then you have .. a garden for tomato[s], everything, mahangu, like that is very cheap. You can not [need not] to buy, your saving is better, ya."  
(Interview III/07 (2001))

Neben der Tatsache, daß durch Subsistenzwirtschaft Nahrungsmittel relativ einfach zu erarbeiten sind, ist den meisten Migranten wohl auch klar, daß das Heilsversprechen der Arbeitsgesellschaft sich für sie nicht erfüllen wird und die Aussichten, Arbeit zu finden, äußerst limitiert sind. Trotzdem bleiben viele Migranten in der Stadt, auch wenn sie permanent am Existenzminimum leben. Nur wenige kehren zurück ins ländliche Umfeld, nachdem sie ihr Glück in der Stadt versucht haben (vgl. auch Fallstudien; Kapitel 5.1).

***Armut als Modernisierungsphänomen***

Führt man die bisher dargelegten Überlegungen fort, muß man feststellen, daß die Armut durchaus als ein Modernisierungsphänomen zu betrachten ist. Um dies zu verdeutlichen, muß zunächst der Armutsbegriff näher untersucht werden. Armut ist oft als die Situation definiert worden, in der einem Menschen weit weniger zur Verfügung steht, als sein Lebensbedarf erfordert (*Existenzminimum*). Dieses Existenzminimum wird meist monetär mit der Hälfte des in der nationalen Ökonomie durchschnittlich erwirtschafteten Einkommens gefaßt.<sup>142</sup> Das Problem dieser Definition im Bezug auf afrikanische Ökonomien ist die Tatsache, daß weder informelle Wirtschaft noch Subsistenzlandwirtschaft in die Berechnung des durchschnittlichen Einkommens einfließen, weil deren Beitrag zu ökonomischen Kenndaten wie Bruttosozialprodukt etc. nicht messbar ist.

Auf der anderen Seite steht den Menschen innerhalb der Subsistenzwirtschaft auch ohne geregeltes Einkommen ein natürlicher Zugang zu Nahrungsmitteln zur

---

<sup>142</sup> Es liegt auf der Hand, daß die Bestimmung des Existenzminimums als objektives Armutskriterium ein zentrales Problem bei jeder Armutsdefinition bzw. in der Armutforschung allgemein ist. Vgl. Fuchs-Heinritz et al. 1994: 62.

Verfügung, der ebenfalls nicht mit in die Definition einfließt.<sup>143</sup> Die Subsistenzwirtschaft sorgt in den ländlichen Gebieten (wo das monetäre Durchschnittseinkommen wesentlich geringer ist als in der Stadt) dafür, daß die Versorgung mit Lebensmitteln wesentlich besser ist als in der Stadt - von Armut kann daher eigentlich keine Rede sein (obgleich sie nach den statistischen Kenngrößen unter Anwendung der dargelegten Definition zu konstatieren wäre). Obwohl vielfach als solche etikettiert, kann die subsistente Lebensweise in Nordnamibia eigentlich nicht als *arm* eingestuft werden. Hier existiert eine ausgesprochene Vielfalt an Nahrungsmitteln und eine Sicherheit der sozialen Versorgung. Dies illustriert, daß die monetäre Armutsdefinition in ihrer Aussagekraft höchst begrenzt ist. Im ländlichen Ovamboland, wo subsistenzwirtschaftliche Versorgung vorherrscht, kann man auch ohne Geld gut leben und sich selbst versorgen. Alles für den täglichen Lebensbedarf Notwendige kann aus eigenen Kräften erwirtschaftet werden. Bargeld wird *nur* für den Erwerb von Luxusgütern benötigt, während man in Katutura für den Erwerb aller Güter (einschließlich der grundlegenden Nahrungsmittel) auf Bargeld angewiesen ist. In einer solchen urbanen Situation kann man daher durchaus von Armut sprechen, wenn kein Geld vorhanden ist, weil damit auch automatisch ein Versorgungsengpaß entsteht. Das heißt auch, daß die in den Städten beobachtbare Armut aufgrund einer Abhängigkeit von Mechanismen der Geldwirtschaft insofern induziert ist, als sie sich kausal aus der Implementierung der Arbeitsgesellschaft herleitet - der Einführung einer Geld- und Steuerwirtschaft, die in der kolonial forcierten Umstrukturierung der namibischen Gesellschaft wurzelt.<sup>144</sup>

Armut als Massenphänomen ist eine moderne Erscheinung, die in den traditionellen Lebenswelten so nicht vorzufinden war. Auch heute noch ist in den vernakulären Lebenswelten für alle Aspekte des täglichen Lebens umfassend gesorgt: Zugang zu Wasser, Behausung, Nahrungssicherheit, Altersversorgung usw. Hier gab und gibt es temporäre Versorgungskrisen der Subsistenzwirtschaft durch Dürre und Hungerperioden - aber keine Armut.

Die moderne Armut bedeutet - so verstanden - aber nicht nur die Abwesenheit von Einkommen und eine Konversion der Versorgungsmechanismen von der

---

<sup>143</sup> Auch bei neueren Armutsdefinitionen, die etwa den Analphabetismus oder die Beschulungsrate als Kenngröße in die Definition einbeziehen (vgl. UNDP 2000), bleibt die grundsätzliche Erklärungslücke: Auch in vernakulären Gesellschaften gab es Bildung, ohne daß dies in Alphabetisierungsraten ausdrückbar gewesen wäre. Vgl. Fußnote 149.

<sup>144</sup> Vgl. das folgende Kapitel.



Subsistenzwirtschaft hin zur Geldwirtschaft. Gravierend ist die Unumkehrbarkeit der Vorgänge. Ist ein Einzelner erst einmal vom Land in die Stadt abgewandert und hat sich den Zwängen der Geldwirtschaft unterworfen, so wird er mittelfristig auch die Fähigkeit verlieren, sich subsistent zu ernähren. Entwicklungsstudien haben belegen können, daß es nicht einmal eine Generation braucht, bis grundlegende Kulturtechniken und Wissensbestände, wie sie für subsistenten Ackerbau und Viehzucht von Nöten sind, vollständig verloren gehen können (Rompel 1997: 28).

Es wird im Weiteren zu zeigen sein, wie gerade die hier beschriebene *moderne Armut*, die sich in einem Mangel an Nahrung, Wasser, Hygiene, Behausung und sozialer Sicherheit ausdrückt und mit einer Herauslösung der Individuen aus ihrer sozialen Herkunftsgruppe einhergeht, mit der Ausbreitung von Infektionskrankheiten wie AIDS in Zusammenhang steht.

#### **4.5 Ursachen für die Ausbreitung**

"Jedes Zeitalter macht sich seine eigenen Krankheiten, die ebenso zu seiner Physiognomie gehören wie alles andere, was es hervorbringt: Sie sind gerade so gut seine spezifischen Erzeugnisse wie seine Kunst, ... , seine Religion, seine Physik, seine Wirtschaft, seine Erotik und sämtliche übrigen Lebensäußerungen, sie sind gewissermaßen seine Erfindungen und Entdeckungen auf dem Gebiet des Pathologischen."  
(Friedell 1958)

Will man die Gründe für die massive Ausbreitung von AIDS in Namibia wirklich verstehen, kommt man nicht umhin, (im Sinne von Friedell) die sozialen Ursachen der Epidemie zu analysieren. Nur wenn man die Antwort auf diese Frage zu ergründen versucht, lassen sich auch die sozialen Folgen der AIDS-Epidemie hinreichend erklären.

#### ***Ausgangsüberlegungen***

Barnett und Whiteside haben vorgeschlagen, die Faktoren, die den epidemischen Verlauf von HIV verursachen, unter dem Begriff der *susceptibility* (Anfälligkeit) zusammenzufassen. Dem liegt die Einsicht zugrunde, daß es soziale Prädispositionen gibt, die auf den epidemischen Verlauf von AIDS förderlich oder hinderlich wirken. Ein entscheidender Faktor in der Ausbreitung der AIDS-Epidemie ist aber die soziale

Umwelt, in der das HI-Virus entsprechende Ausbreitungsbedingungen findet - oder nicht.

"Epidemic disease, and HIV/AIDS in particular, is indeed a disease of the body - but that is only the presenting symptom. The epidemic (note, the epidemic - not the illness) is more deeply seated. An HIV/AIDS epidemic reveals many of the fractures, stresses and strains in a society. HIV/AIDS is but a symptom of the way in which we organise our social and economic relations."  
(Barnett, Whiteside 2002: 73)

In gleichem Sinne führt Rotello aus:

"[In] fact, HIV is extremely selective and only produces epidemics when a population's behaviour provides it with a niche. Without favourable conditions, HIV cannot spread in a given population. ... Large-scale changes in human behaviour provided HIV with radically new opportunities to spread."  
(Rotello 1995: 5)

Solche Faktoren, die eine Ausbreitung begünstigen, können im Bereich von infrastrukturellen, umweltbezogenen, ökonomischen, sozialen und kulturellen Aspekten gefunden werden, wie an späterer Stelle ausgeführt werden soll.

Im wissenschaftlichen Diskurs (insbesondere innerhalb der internationalen AIDS-Community) ist diese Betrachtungsweise bisher kaum beachtet worden. Seit Beginn der AIDS-Epidemie wurde - implizit oder explizit - immer individuelles Verhalten als das Kernkonzept für das Verständnis der Epidemie herangezogen (Katz 2003: I) - auch und insbesondere zur Erklärung der schnellen Ausbreitung und hohen Prävalenz im Subsaharischen Afrika.<sup>145</sup> Folglich sind auch die meisten Ansätze zur Intervention vor allem auf individuelles Verhalten fokussiert, ohne daß soziale oder ökonomische Ursachen gewürdigt werden.

---

<sup>145</sup> Es sei erwähnt, daß diese Betrachtung durchaus in rassistische Anschauungen münden kann (oder von ihnen begünstigt wird). Bei Einschränkung der Betrachtung auf individuelles Verhalten wird vorausgesetzt oder daraus geschlossen, daß ein 'promiskues', 'risikohaftes', damit tendenziell als 'unverantwortlich' konnotiertes Verhalten zur Ausbreitung führt. Den sozialen Bedingungsfaktoren wird dabei aber keine Beachtung geschenkt (will man den Begriff überhaupt verwenden, so müßte man von sozial induzierter Promiskuität sprechen). Caldwell (1989, 1992, 1993, 1994) meint gar einen eigenen afrikanischen Typus von Sexualität identifizieren zu können. Diese Ansicht, *Promiskuität* sei ein Bestandteil schwarzafrikanischer Kultur, verstellt den Blick auf die realen Hintergründe einer *sozial induzierten Promiskuität*. Katz stellt fest: "The assumption that individual behaviour accounts for most or all of the variation in prevalence of HIV/AIDS is highly stigmatizing and has its origins in racist mythology ... It is in itself an affront to human dignity." (Katz 2003: 2) Außerdem knüpft diese Sichtweise erstaunlich eng an kolonial-imperiale Muster in der Thematisierung afrikanischer Sexualität an: "Gegen Ende des 19. Jahrhunderts ... war die Assoziation von AfrikanerInnen und Sexualität in der Kunst und Literatur Europas weit verbreitet, so daß die europäische Wahrnehmung von AfrikanerInnen in den afrikanischen Kolonien in einer starken Verbindung mit Sexualität stand" (Schulz 1998: 86). Die kulturellen Vorannahmen dieser kolonialen Sichtweisen haben auch schon die Debatte um Syphilis und Tuberkulose in Afrika geprägt und damit nicht nur das Verständnis der Epidemiologie, sondern auch eine angemessene Reaktion auf diese verhindert (vgl. Packard, Epstein 1991).

Ich gehe hier von der Überlegung aus, daß der eingeschränkte Blick auf individuelles Verhalten, ohne die sozialen Determinanten dieses Verhaltens zu berücksichtigen, nur unzureichend die enormen Unterschiede in den Prävalenzraten einzelner Länder, Bevölkerungsgruppen und Regionen erklärt. Diese sozialen Determinanten der Epidemie, die bislang zu wenig Berücksichtigung gefunden haben, will ich hier versuchen, am Beispiel Namibias, auszuarbeiten.

### ***Die These: Zu den Voraussetzungen der AIDS-Epidemie***

Im Blick auf Namibia läßt sich eine *sozialstrukturelle Anfälligkeit*, die die Epidemie, in oben skizzierten Sinne determiniert, deutlich nachweisen. Die Genese der günstigen Ausbreitungsbedingungen, der *susceptibility*, soll nun auf der Grundlage des empirischen Materials und einer historischen Analyse dargelegt werden.

Die Ausgangsthese dabei ist, daß man die erfolgreiche Ausbreitung von AIDS in Namibia (und vermutlich im gesamten Südlichen Afrika) nur in Zusammenhang mit Prozessen eines sozialen Wandels verstehen kann, der, vor allem durch Mobilisierung und Enttraditionalisierung, ein ideales Milieu für die Ausbreitung des HI-Virus hat entstehen lassen. Diese gesellschaftlichen Wandlungsprozesse sollen hier als *Modernisierung*<sup>146</sup> zusammengefaßt werden.

Diese Modernisierungsprozesse haben durch die erfolgreiche Destruktion traditioneller Lebensweisen und traditioneller Formen sozialer Kontrolle neue Arten der Orientierungslosigkeit, neue Variationen von Armut und neue Verkehrsformen zwischen den Personen geschaffen, die teilweise anomische Zustände zur Folge

---

<sup>146</sup> Unter Modernisierung verstehe ich hier den Prozeß, der in Europa, ausgehend von der an die Industrielle Revolution gebundenen Einführung einer kapitalistischen Marktordnung, eine fortschreitende Rationalisierung und Enttraditionalisierung aller Lebensbereiche einerseits und die Individualisierung der Lebensführung andererseits eingeleitet hat. Als Ergebnisse dieses Prozesses lassen sich u.a. die Zurückdrängung der Religion als verbindliche Ordnungsinstanz sozialen Lebens, die Abkehr von subsistenzwirtschaftlichen Produktions- und Lebensweisen, die Herausbildung der kapitalistischen Warenwirtschaft und des modernen Nationalstaates, die Positivierung eines universalen Rechts und eine massenmedial vermittelte Öffentlichkeit beschreiben (vgl. Van der Loo, Van Reijen 1992). Im Einzelnen schließe ich mich den umfangreichen modernisierungstheoretischen Arbeiten an, wie sie u.a. von Köbler (Köbler 1998; Köbler, Schiel 1996) oder auch von Hauck (Hauck 1996) für Afrika vorgelegt worden sind. (Trotz allem fehlt es leider bisher im Hinblick auf Afrika an einer umfassenden Analyse dieser gesellschaftlichen Umbruchsprozesse.) Ich setze hier den Begriff Modernisierung nicht mit dem entwicklungsparadigmatisch-normativ verstandenen Modernisierungskonzept (das letztlich als politisches Steuerungsmodell begriffen werden muß) gleich, sondern verfolge mit dem Bezug auf den Begriff Modernisierung die soziologische Beschreibung gesellschaftlicher Veränderungsprozesse. (vgl. auch Rompel 2000)

haben (und die sich in (vor allem männlicher) Gewalt und Selbstmord besonders deutlich konkretisieren).

Man könnte metaphorisch von einer gesellschaftlichen Immunschwäche<sup>147</sup> sprechen, die dem Virus - im Sinne des von Barnett und Whiteside eingeführten Konzepts der *susceptibility* (s.o.) - katastrophal günstige Ausbreitungsbedingungen geschaffen hat. Vor allem die Destruktion familialer Verhältnisse bietet den Nährboden für die Epidemie: Jugendliche infizieren sich in modernen gesellschaftlichen Institutionen, wie Schulen und Universitäten; Männer bringen den Virus aus dem Umfeld der urbanen Arbeiterhostels von der Wanderarbeit mit.

Die neuen Orte, die an die Stelle des alten – durchaus autoritär – kontrollierten Familienzusammenhangs getreten sind, stellen die bevorzugten Stätten der Verbreitung des Virus dar: Schulen, Universitäten, Kasernen, Einkaufszentren, Arbeiterunterkünfte, Bottle-Stores, Tankstellen. Plakativ könnte man sagen: Da, wo die Teerstraße ist, ist auch der Virus.<sup>148</sup>

AIDS ist damit eine höchst zeitgemäße, ja moderne Seuche, da sie an die sozialen Rahmenbedingungen heutiger Lebensweisen in Namibia angepaßt ist, ja nur aufgrund derer eine so erschreckende Dynamik entwickeln konnte.

Ich werde im Folgenden die historische Genese dieser Situation genauer betrachten.

---

<sup>147</sup> Dieses Bild verdanke ich Majid Rahnema: Er überträgt das Bild der Immunschwächekrankheit auf der individuellen Ebene (Krankheit AIDS) als Metapher auf die Zerstörung lokaler, vernakulärer Ordnungen, d.h. autochthoner Sozial- und Wirtschaftssysteme und erkennt so in den modern-globalisierten postkolonialen Staaten der südlichen Hemisphäre eine gesellschaftliche Immunschwäche (Rahnema 1997).

<sup>148</sup> Diese modernen gesellschaftlichen Rahmenbedingungen, so könnte eingewendet werden, sind in den westlichen Industriegesellschaften so ausgebaut vorhanden, daß bei einer bloßen Übertragung dieser These dort HIV/AIDS sich noch erfolgreicher ausbreiten müßte als in Afrika. Damit würde jedoch ein entscheidender Unterschied übersehen. Mit der Auflösung traditioneller Lebensverhältnisse, die in den Ländern des Westens erheblich früher eingesetzt hat als in Afrika (Industrialisierung), ist in jenen (klassisch)-modernen Gesellschaften eine Tendenz zu radikaler Individualisierung, verbunden mit einer deutlichen Bereitschaft zur Selbstüberwachung und Körperkontrolle, entwickelt worden, die so im afrikanischen Kontext nicht vorzufinden ist (Gronemeyer 2002, 2001b).

Für Barnett und Whiteside sind soziale Kohäsion (unter die einige der zuvor benannten Faktoren zu subsumieren wären) und das Wohlstandsniveau einer Gesellschaft die Schlüsselfaktoren in der Betrachtung der epidemischen Ausbreitung von AIDS. Sie entwickeln hieraus vier (theoretische) Verläufe von AIDS-Epidemien: 1.) Hohe soziale Kohäsion, hohes Wohlstandsniveau; 2.) Hohe soziale Kohäsion, niedriges Wohlstandsniveau; 3.) Niedrige soziale Kohäsion, niedriges Wohlstandsniveau; 4.) Niedrige soziale Kohäsion, hohes Wohlstandsniveau (wozu beispielsweise die Länder wie Südafrika zugeordnet werden). Auch dieses Konzept ließe es zu, selbst wenn im Faktorenbereich der sozialen Kohäsion Ähnlichkeiten zwischen den Staaten des Südlichen Afrika und denen Europas zu beobachten wären, daß sich aufgrund der Unterschiede beim zweiten Schlüsselfaktor (Wohlstandsniveau), höchst unterschiedliche epidemische Verläufe in oben ausgeführtem Sinne, schlüssig erklären ließen. (Barnett, Whiteside 2002: 88ff)

### ***Westlicher Einfluß und die Destabilisierung lokaler Lebenswelten***

Man kann die hohen Infektionsraten Namibias als Folge eines brutalen Modernisierungsprozesses der letzten 150 Jahren beschreiben. Beginnend mit Missionierung und Kolonialisierung wurden die namibischen Gesellschaften "zivilisiert" und mit den "Segnungen" der abendländischen Moderne überzogen; traditionelle Sozialformen wurden dabei zerstört.

Die Etappen dieses Prozesses lassen sich wie folgt beschreiben:

#### **1) Informeller Kolonialismus I: Mission (1850-1900)**

"The Lutheran missionaries, mainly of the Finnish Lutheran Church, were the largest single instrumental factor in changing and modernising Ovamboland. This institution, together with other Christian churches which were to enter the missionary field in Ovamboland later, was an extremely vital, innovative force in transforming the land economically, socially and politically from a closed traditional society to one moving towards modernisation."

(Töttemeyer 1978: 19)

Südwestafrika wurde seit dem frühen 19. Jahrhundert durch Missionare verschiedener Denominationen besiedelt.

Die ersten, die in Südwestafrika christianisiert wurden, waren Khoi-San und Khoi-Khoi-Gruppen. Die ersten protestantischen Missionare Anfang des 19. Jahrhunderts mit den nomadisch lebenden Khoi-Khoi Gruppen der Nama durch das Land. 1814 wurde die erste Missionsstation des Landes in Bethanien von dem deutsch-lutherischen Missionar Heinrich Schmelen erbaut. 1844 folgten ihm die Missionare der Rheinischen Mission Carl Hugo Hahn und Franz-Heinrich Kleinschmitt und ließen sich im Herrschaftsbereich des Namaoberen Jonker Afrikaaner in Zentralnamibia mit einer Missionsstation nieder. Von hier aus wurden die Missionsbemühungen dann auch auf die Gruppe der Herero ausgeweitet. Nachdem Hahn schon 1857 eine Erkundungsreise nach Nordnamibia unternommen hatte, wurde 1870 in Ovamboland eine finnische Mission gegründet. 1896 wanderten die ersten katholischen Missionare in das Land ein. Mit der Zuwanderung von weißen Siedlern, insbesondere aus Deutschland und Südafrika, kamen weitere europäische Kirchen hinzu (Schetar, Köthe 1996: 108; Rompel 2000).

Das Christentum brachte nicht nur Anstoß für einen neuen Glauben, vielmehr kann man das Missionschristentum als Medium der Ausbreitung der abendländischen Kultur schlechthin verstehen, und damit als den erfolgreichen Wegbereiter des später einsetzenden Kolonialismus (Rompel 2000). Warneck stellt dazu fest:

"Indem die Mission die Heiden zu Christen macht, macht sie sie auch erst recht zu Menschen, und indem sie unter ihnen das Himmelreich pflanzt, pflanzt sie auch die wahre Kultur. Die Kultur ist nicht der Hauptzweck der Mission, aber sie ist die notwendige Folge, eine Zugabe, ein Nebenwerk, ein vom Tisch des Evangelii abfallender Erdensegen."  
(Warneck 1879: 12)

Die Missionsbemühungen hatten in diesem Sinne eine gesellschaftliche Dimension, die weit über die Bedeutung für einzelne bekehrte und vom rechten Glauben überzeugte Individuen hinaus reichten. Man kann die Mission als einen wesentlichen Faktor in der europäischen Durchdringung des Landes, infolgedessen als Wurzel in der Transformation der Gesellschaftsstrukturen und der Unterwerfung unter europäische Vorherrschaft begreifen. Joseph Schmidlin beschreibt schon früh diese Vorbereitung des Kolonialismus durch die Mission: "Die Mission ist es, die unsere Kolonien geistig erobert und innerlich assimiliert." (Schmidlin 1913: 262) Das Ziel der Mission war es nicht nur, einen neuen Glauben zu bringen. Ihr Sendungsbewusstsein zielte darauf ab, die *heidnischen* Völker in die eigentliche und einzige Geschichte des Abendlandes einzugliedern (Sauerwein 1990: 18).

Hangula schreibt in diesem Zusammenhang über die Situation in Ovamboland:

"Thus, the establishment of Christian mission stations and, later, the setting up of posts for colonial administration in the area did not only introduce a new religion, but also acted as a Trojan horse of European values by subsequently incurring fundamental political changes regarding the centre of power, decision making and institutional supremacy ... The mission station became the symbolic and factor(y) of a new life not only in the present world but also regarding the world after death."  
(Hangula 1997: 167)

### ***Installation des westlichen Arbeitsethos***

Diese Vorbereitung des kolonialen Projekts durch die Missionare läßt sich auf verschiedenen Ebenen verfolgen. Ein Aspekt ist die Implementierung des westlichen Arbeitsethos. Reimer Gronemeyer, Georgia A. Rakelmann et al. haben am Beispiel von Simbabwe aufgezeigt, wie diese Errichtung der Arbeitsgesellschaft nach europäischem Modell vonstatten ging. Mittels eines "weißen Kreuzzugs gegen den schwarzen Müßiggang" (Gronemeyer 1991) wurden die Disziplinierungsinstrumente, die in Europa im 18. und 19. Jahrhundert zur Durchsetzung des Arbeitsethos vor dem

Hintergrund der Industriellen Revolution eingesetzt wurden, auch der afrikanischen Bevölkerung aufoktroiert. So predigten auch die Missionare das Evangelium der Arbeit unter der lokalen Bevölkerung des Südlichen Afrika. In diesem Sinne definiert die Missionszeitschrift "Christian Express" in einem 1878 geschriebenen Editorial die sozialen Ziele des Christianisierungsprozesses:

"We want to see the natives become workers ... And ... we believe Christianity will be a chief cause of their becoming a working people. ... As they become christianised, they will want more clothing, better houses, furniture, books, education for the children, and a hundred other things ... And all these things they can get by working, and only by working. But Christianity also teaches the duty of working, and denounces idleness as a sin."

(Christian Express, 8/95 vom 1.8.1878, zitiert nach Villa-Vicencio 1995: 60).

Erziehung zur Arbeit und Verurteilung von Müßiggang, das hatten sich die Missionare auf ihre Fahnen geschrieben.

### ***Installation des Bildungswesens***

Die Missionare spielten auch eine wesentliche Rolle in der Errichtung eines formalverfaßten Bildungswesens.<sup>149</sup> Mit der Installation von Bildungsstrukturen außerhalb des traditionellen Gemeinwesens taten sie ein Übriges, die vernakulären Gefüge, mit der Kerneinheit der Lebensgemeinschaft eines *eumbo*, unter Führung paternaler Autorität, zu unterminieren. Viele Missionsgesellschaften legten insbesondere Wert auf eine bodenständige "praktische" Ausbildung in Landwirtschaft und Handwerk. Die mit der Beschulung neu entstehende gebildete Schicht Schwarzer beschleunigte den Niedergang traditionaler Autoritäten.

Die westlichen Missionsstationen übten insbesondere auf die Jungen eine magnetische Anziehungskraft aus, konnten sie doch hier der strengen sozialen Kontrolle durch die familialen Autoritäten entfliehen und ihren gesellschaftlichen Status durch den Zugang zu westlichen Waren erhöhen (McKittrick 1998: 244).

### ***Die Inbesitznahme der lokalen Sprache***

McKittrick weist darauf hin, daß die Missionare es auch verstanden, mittels ihrer Übersetzungen christlicher Zentralbegriffe in Lokalsprache den Kern sozialen

---

<sup>149</sup> Es erscheint mir an dieser Stelle notwendig darauf hinzuweisen, daß es *Erziehung* und *Bildung* in afrikanischen Gesellschaften selbstverständlich auch schon vor dem Eintreffen der ersten Weißen gab. Noch bei der – die Unabhängigkeit von Namibia vorbereitenden – *Turnhallenkonferenz* im Jahre 1978/79 war die Buschleute-Delegation die einzige, die alle im Land gesprochenen Sprachen beherrschte und keinen Dolmetscher benötigte - und das, ohne je eine Schule besucht zu haben. Durch die Westeuropäer wurde allenfalls das formalisierte Bildungswesen (Schule, Universität) implantiert.

Lebens zu besetzen, indem sie die entsprechenden Begriffe kooptierten und mit christlicher Symbolik aufluden; und somit - in einer Zeit sozialer Umbrüche - Sicherheitsbedürfnisse bedienten (McKittrick 2002: 102-103).

Dies läßt sich an verschiedenen Begriffen nachvollziehen, beispielsweise am Konzept von *Kalunga*. Nachdem die Missionare diesen lokalen (Ovambo-)Begriff zur Übersetzung ihres christlichen Gottes erwählt hatten, läßt sich ein fundamentaler Bedeutungswandel nachvollziehen (Arni 1982). Der Begriff wurde ausgehöhlt, umgedeutet und mit den neuen, christlichen Inhalten gefüllt. Auch das Verständnis von Vaterschaft änderte sich angesichts des christlichen Bedeutungsgehalts von *Vater*: z.B. geht damit einher, daß das matrilineare Verwandtschaftssystem an Bedeutung verliert:

"For several decades, the Ovambo father had gradually felt himself forced to accept a greater responsibility both for the family as a whole, and also for the care of the children. The interpretation seems obvious that the imported father-concept, with its new content and meaning, had functioned as a kind of sledge hammer in the fortress of traditions and, hence, in a way contributed to the change in the social conditions in Ovambo society, in the direction of a more pronounced, patrilineally conceived society."  
(Arni 1982: 146)

Damit wird deutlich, wie sehr die Missionierung Südwestafrika für Eroberung und Unterwerfung und für die endgültige koloniale Landnahme vorbereitet hat, wie sehr die Interessen von Mission und Kolonialismus miteinander verwoben waren.

Ein Beleg für den Erfolg des Missionsprojekts ist die Tatsache, daß heute in Namibia rund 98% der Bevölkerung dem christlichen Glauben zugerechnet werden können.

Das ist die höchste Rate aller afrikanischen Länder (McKittrick 1995: 284). Namibia hat folglich auch eine kirchliche Landschaft, die sich relativ deutlich an den missionskirchlichen Strukturen und den großen christlichen Weltkirchen orientiert. Afrikanisch Unabhängige Kirchen spielen in Namibia eine geringere Rolle, wie in anderen afrikanischen Staaten, respektive den Nachbarländern wie Botswana oder Südafrika (Rompel 2000).

## **2) Informeller Kolonialismus II:**

### **Handel, Verarmung und wachsende soziale Stratifizierung (1850-1914)**

Auch die zunehmende Zahl europäischer Handlungsreisender war in ihrer Auswirkung nicht ohne Bedeutung für die Veränderung der gesellschaftlichen



Gleichgewichte. Die verschiedenen Ovambo-Königreiche waren lange vor dem Eintreffen der ersten weißen Reisenden in einen ausgeprägten Fernhandel einbezogen. Dieser bezog sich überwiegend auf den Austausch von Eisen, Kupfer und Salz. Eisenerz wurde vor allem im Bereich des heutigen Südafrika verarbeitet, die Verarbeitung und der Handel folglich von den nördlichen Ovambo-Königreichen (Uukwanyama) dominiert. Kupfererz wurde vor allem in der Region des heutigen Otavi-Tsumeb im Bereich des Königreiches Ondonga abgebaut. Salz fand sich überwiegend in der Etosha-Pfanne und an weiteren kleinen Salzpfannen in Ongandjera und Ondonga. (Moorsom 1995: 4-5)

Moorsom kann zeigen, wie mit der immer größer werdenden Zahl weißer Händler<sup>150</sup> dieses lokale Gleichgewicht - mit weitreichenden Konsequenzen - außer Kontrolle gebracht wurde (Moorsom 1995): In einer ersten Phase, Mitte der 1840er Jahre bis Mitte der 1880er Jahre, wurden diese europäischen Handelsbemühungen von einem wachsendem Bedarf an Elfenbein bestimmt. In einer zweiten Phase, ab Mitte der 1880er Jahre bis zum Jahrhundertwechsel, wurde Elfenbein durch Rinder als Hauptexportgut abgelöst, wohingegen in der dritten Phase bis 1917, das gesamte Gebiet unter koloniale Kontrolle gebracht wurde. Der Rinderhandel verlor an Bedeutung und Arbeitskraft (Wanderarbeit) wurde stattdessen das entscheidende Exportgut (Moorsom 1995: 5). Diese Entwicklung führte zu einer Dynamik, die die Einrichtung des kolonialen Wanderarbeitersystems vereinfachte und förderte. Durch die Rinderpest, die 1896 im Areal des heutigen Botswana ausbrach und Ovamboland 1897 erreichte, wurden innerhalb weniger Monate bis zu 90% des gesamten Rindervorkommens zerstört (Moorsom 1995: 8, Eirola 1992). Der Versuch, die Verluste durch Raubzüge bei benachbarten Ethnien zu kompensieren, mißlang, da die meisten angrenzenden Areale in gleichem Maße von der Rinderpest betroffen waren. Gleichzeitig wurde die Kontrolle über den Handel (insbesondere mit Waffen) von Seiten der entstehenden Kolonialmächte systematisch ausgebaut. Innerhalb der Ovambo-Königreiche versuchte man diese kritische Situation zu lösen, indem der Druck auf die eigenen Strukturen erhöht wurde: Die internen Abgaben wurden angehoben. Loeb beschreibt, wie durch die verschiedenen räuberischen Auseinandersetzungen mit Nachbarn eine neue Gruppe von Kriegsführern (*elenga*) entstanden war, die nunmehr zu Steuereintreibern wurden. Am meisten betroffen von

---

<sup>150</sup> Man geht heute davon aus, daß die ersten portugiesischen Händler Ovamboland in den 1840er Jahren erreicht haben, während die ersten Weißen vom Süden ab den 1850er Jahren nach Ovamboland einströmten (Moorsom 1995: 25).

den Abgabepflichten (insbesondere an Rindern) waren die verwundbareren gesellschaftlichen Schichten (Loeb 1962: 29-32). Damit war ein Polarisierungsprozeß in Gang gesetzt, der die ehemals so stabile Sozialordnung unterminierte und die bisher relativ gleichförmige soziale Stratifizierung veränderte. Ein Ergebnis dieses Prozesses waren Männer ohne Vieh; etwas, was in der bis dahin existierenden gesellschaftlichen Ordnung kaum denkbar gewesen war<sup>151</sup>. Dies war eine der Voraussetzungen dafür, daß sich die Männer auf Wanderarbeit begaben und damit ihrer zentralen gesellschaftlichen Aufgabe und des damit verbundenen Status beraubt wurden. Eine weitreichende Zerstörung der sozial definierten Geschlechterrollen war die Folge. Das, was Männer seit jeher taten, nämlich das Vieh hüten, war nun nicht mehr möglich, da Vieh nicht mehr in dem Maße zur Verfügung stand. Zudem hatten damit insbesondere junge Männer nicht mehr die Aussicht, automatisch mit dem Älterwerden und dem Hineinwachsen in die vorgegebene Rolle auch ihren sozialen Status zu erhöhen (McKittrick 1998: 244). Das, was zum Erwachsenwerden unbedingt dazugehörte, die Verantwortung für eine Viehherde zu übernehmen, war für viele nun nicht mehr möglich.

Den Männern blieben verschiedene Möglichkeiten hiermit umzugehen:

- sich den christianisierten Siedlungen um die Missionsstationen anzuschließen,
- sich als Klienten und Zuarbeitern den *elenga* anzuschließen oder
- zeitweise oder dauerhaft in andere Regionen auszuwandern, um hier einer Arbeit nachzugehen.

Letzteres wurde zur wirksamen Antwort auf - durch die Einwirkungen des Außenhandels herbeigeführte - Verarmung der eigenen Bevölkerung. Viele entschlossen sich, auf Wanderarbeit zu gehen. Es etablierte sich eine Art Teil-Migration (im Gegensatz zu einer endgültigen Abwanderung in urbane Zentren oder Minengebiete). Diese wurde vor allem begünstigt durch die starken verwandtschaftlichen Strukturen innerhalb der Kerneinheit eines *eumbo*, des weiterhin von den Frauen betriebenen Ackerbaus und der Einflüsse von kolonialen und traditionellen Autoritäten, die nicht an einer permanenten Abwanderung interessiert waren. (Moorsom 1995: 9-10)

---

<sup>151</sup> Die Sphäre der weiblichen Produktion, der subsistente Anbau an Getreide, war hiervon relativ unberührt: Weder die weißen Händler noch die königliche Besteuerung war hieran interessiert (Moorsom 1995: 9).

Die beschriebenen Verarmungsprozesse und die daraus resultierende Abwanderung der Männer koinzidierten mit dem zeitgleichen Ansteigen des Bedarfs an Arbeitskräften in den entstehenden kolonialen Wirtschaftssektoren.

### **3) Koloniale Herrschaft (1900-1915)**

Die durch Handel und Missionierung in Gang gesetzte Auflösung der lokalen Gesellschaftsstrukturen wurde später von den kolonialen Institutionen fortgeführt. Interessanterweise konnte der Einfluß der frühen Kolonialmacht Deutschland, schon lange bevor sie eine faktische (vor allem militärische) Präsenz aufbaute, lokal verzeichnet werden. So berichtet der finnische Missionar Yrjö Roiha 1888, zu einem Zeitpunkt, als nicht einmal ein Dutzend Deutsche Ovamboland überhaupt besucht hatten, geschweige denn deutsche Truppen im Land waren:

"Even through the rule of the Whites in these countries might be good on the one hand, it seems to create great unrest among the natives, at least at first, for them to suspect, if not understand clearly, that in this way they will sooner or later lose their freedom and become slaves of the Whites in a sense."  
(Eirola 1992: 66)

Ein weiterer Indikator des sozialen Wandels in jener Zeit ist das Aufkommen neuer psychosomatischer Erkrankungen, das Hangula beschreibt (Hangula 1997: 169).

Insgesamt läßt sich die Stoßrichtung der deutsch-kolonialen Präsenz in Südwesafrika an drei Dynamiken festmachen:

- Die Verfügungsgewalt über das Land wurde den lokalen Bewohnern entzogen und deutschen Siedlern zur Verfügung gestellt (einzige Ausnahme: Ovamboland). Traditionell wurde das gemeinschaftliche Land des Stammes an einzelne Familien durch die traditionelle Autorität, in der Regel durch den *chief*, vergeben. Dieses an einzelne Familien vergebene Land blieb Gemeinschaftsland, das nur ausgeliehen war. Nicht zuletzt durch die Fürsprache der Missionare hatten die Kolonialmächte alles Land annektiert und Schwarze mußten nunmehr – wenn es ihnen überhaupt möglich war – das Land von Weißen gegen Bezahlung pachten. Die Gemeinschaft spielte hierbei keine Rolle mehr, die kollektiven Rechtssysteme wurden durch Individualverträge zwischen einzelnen Personen ersetzt;
- Die traditionellen Sozialstrukturen wurden aufgebrochen, und die Bevölkerung so zu dienstbaren Arbeitskräften gemacht;

- Auf dieser Basis wurden sie in Arbeitsverhältnisse auf den Farmen der Weißen, in den neuen Minen und in den entstehenden Städten gezwungen (Katjavivi 1988: 11).

### ***Wanderarbeit***

Eine enorme Rolle in der zerstörerischen Dynamik des kolonialen Systems spielte das relativ früh entstehende Wanderarbeitssystem<sup>152</sup>. Eine Reihe von deutschen Kolonialgesetzen, die im ersten Jahrzehnt des 20. Jahrhunderts in Kraft gesetzt und später von der südafrikanischen Apartheidsregierung ausgebaut wurden, trennte Familien voneinander und zwang Männer in die Lohnarbeit. Kontrolle über Arbeitskraft war ein zentraler Fokus der meisten Apartheidsgesetze (Hishongwa 1992: 12). Mobilität einzelner Subjekte jenseits ihrer autochthonen Lebenswelt wurde so erzwungen, dadurch lokale Gemeinwesen zerstört und Großfamilien zwischen ländlichen und städtischen Situationen zerrissen.

Dies koinzidierte mit der Bereitschaft, aufgrund von Verarmung, Aufgaben- und Statusverlust bei den Männern (Vieh, siehe Abschnitt Handel) und der immer stärker werdenden Durchdringung des Alltags mit westlichen Statusgütern, die ländliche Heimat - zumindest zeitweise - zu verlassen.

Die Männer gingen so über Wochen und Monate, manchmal Jahre, in die Städte, in Minen oder auf Großfarmen, um sich als Wanderarbeiter zu verdingen. Ihre Familien wurden einerseits mittels einer ausgefeilten Paßgesetzgebung davon abgehalten, den Männern in die *weißen* Siedlungsgebiete zu folgen. Außerdem mußten sich die Frauen um den Ackerbau kümmern.

Anders als in anderen Ländern des Südlichen Afrika war bei der Durchsetzung der Wanderarbeit die Einführung einer Geldwirtschaft durch Steuersysteme (wie Hüttensteuer) nicht die treibende Kraft.

Neben den Makrodynamiken (Verlust an Rindern und kolonialer Bedarf an Arbeitskraft) lassen sich auf der Mikroebene individuelle Motivationsfaktoren ausmachen, die die Entscheidung auf Wanderarbeit zu gehen für die einzelnen

---

<sup>152</sup> Der genauere Begriff zur Bezeichnung dieser historischen Form der Wanderarbeit ist *Kontraktarbeit*, da die Arbeitsverträge jeweils zeitlich befristet waren und die Männer nach Ablauf dieser Kontraktdauer wieder in ihre ländliche Heimat zurückkehren mußten. Das Kontraktarbeitssystem hatte im ländlichen Ovamboland einige Vorläufer (vgl. Moorsom 1995, McKittrick 1998). Es wurde schließlich 1972 abgeschafft. Wanderarbeit ist damit der umfassendere Begriff, der auch für die Kennzeichnung der noch heute existierenden Arbeitsmigration genutzt werden kann.

Subjekte beeinflusste: Dies war vor allem der als neues Männlichkeitsattribut verstandene Besitz europäischer Güter (wie Kleidung oder Fahrräder) (Schäfer 2002: 75). Diese westlichen Waren wiederum waren nur mittels Geld zu erwerben. Schon seit der Ankunft der ersten Missionare, der Sendboten der westlichen Zivilisation, wurden insbesondere die jungen Männer von der neuen Lebensweise und den Gütern angezogen, die den Missionaren zur Verfügung standen. Die jungen Männer konnten von diesen Waren auch im Hinblick auf ihren gesellschaftlichen Status am stärksten profitieren (McKittrick 1998: 244). Sie erhielten innerhalb der Wanderarbeit auch weit früher, als dies im traditionellen Gemeinwesen mit subsistenter agrarischer Wirtschaftsweise möglich war, ein eigenständiges Einkommen und konnten somit eine eigene Existenz aufbauen. Im Laufe der Zeit veränderte sich damit auch der Status der Wanderarbeiter. Verstanden diese sich zunächst als Entsandte ihrer lokalen Gemeinschaft - sie mußten sogar bei den lokalen Machthabern um Erlaubnis zur Wanderarbeit nachsuchen (McKittrick 1998: 242) -, begannen sie im Laufe der Zeit immer mehr Unabhängigkeit zu entdecken. War es anfänglich so, daß die Wanderarbeiter Ovamboland nur in Gruppen verließen und ihre Einkünfte an die Gemeinschaft ablieferten, lockerte sich konsequenterweise das Verpflichtungsgefühl gegenüber der Gemeinschaft und den lokalen Autoritäten. Völlig abgeschlossen "war der Prozess, der zugleich eine zunehmende Individualisierung bedeutete, wenn solche Arbeiter ganz in die Stadt zogen." (Fisch 1990: 210)

Traditionell ließ sich der Reichtum eines Mannes an der Größe der Felder und der Anzahl des Viehs ablesen.<sup>153</sup> Noch zu Beginn der Kontraktarbeit wurde die gesellschaftliche Stellung von Männern auf diese Weise definiert. Die nachwachsende Generation junger Männer jedoch war bereits deutlich mehr am Zugang zu europäischen Gütern als Statusgewinn orientiert. Später dann versuchten auch die Alten Zugang zu jenen Prestigegütern zu erhalten, indem sie von den Jungen, als Gegenleistung für die Erlaubnis zur Wanderarbeit, Geschenke einforderten (Schäfer 2002: 75, McKittrick 1998: 242, 252). Besonders über die Tradition des Schenkens, z.B. im Rahmen einer Eheschließung, hielten europäische Waren Einzug in den Alltag Ovambolands. Diese Güter waren wiederum nur mittels auf Wanderarbeit erwirtschaftetem Bargeld zugänglich (Schäfer 2002: 76).

---

<sup>153</sup> "His actual riches are, however, gauged by the size of his granary and the extend of his herds." (Hahn 1928: 24)

Auch die Beziehung zwischen Männern und Frauen änderte sich mit der Wanderarbeit - sie wurde systematisch geschwächt. Die Zeit zwischen den Kontrakten war kurz, auch wenn ein Paar gerade erst geheiratet hatte. Vor der Hochzeit lebte man ohnehin noch nicht zusammen. Junge Paare hatten kaum die Möglichkeit, sich aneinander zu gewöhnen und den Umgang mit Konflikten zu erlernen. Es konnten keine Inventare des Umgangs miteinander eingeübt werden (Hishongwa 1992: 102). Man kann durchaus festhalten, daß diese Entfremdung der Ehepartner und die Instabilität von Ehen heute weiterhin strukturprägend sind (Feldnotizen III/2001; IV/2003).

Zudem kann man wohl davon ausgehen, daß die Wanderarbeit auch insofern für eine Schicht junger Männer attraktiv war, als sie der engen sozialen Kontrolle ihrer Familie auf diese Weise entgehen konnten. Sie kehrten erst zurück, wenn sie sich mittels des neuen informellen Initiationsrituals der Kontraktarbeit selbst einen höheren Status erarbeitet hatten. Aus der neuen Selbstsicherheit der jüngeren Männer entstand allerdings auch ein großes intergenerationales Konfliktpotenzial, da die Position der älteren Männer als gesellschaftliche (und familiale) Autorität systematisch untergraben wurde.

Der koloniale Bedarf an Arbeitskräften entstand im beginnenden 20. Jahrhundert, als das Land in steigendem Maße mit kolonialer Infrastruktur überzogen wurde und mehr und mehr Siedler einströmten, um Land in Besitz zu nehmen. Besonders vorangetrieben wurde dieser Prozeß durch den Ausbau des Hafens in Swakopmund (1893-1903) und die Eisenbahn in Windhoek (1897-1902) und Otavi (1903-1906) (Moorsom 1995: 30). Insgesamt waren zu diesem frühen Zeitpunkt aber nie mehr als 1.700 Wanderarbeiter aus Ovamboland gleichzeitig im Süden des Landes (Nietsche 1973: 130-139).

Verstärkt wurde zudem der Bedarf an Arbeitskräften in Süd- und Zentralnamibia durch die vom deutschen Kolonialregime ab 1904 (bis 1907) geführten Kriege gegen Nama und Herero<sup>154</sup>: In der Folge der Kriege hatten die Deutschen mit einem andauernden Mangel an Arbeitskraft auf den Farmen zu kämpfen. Nahezu zeitgleich

---

<sup>154</sup> Diese Kriege, insbesondere der Herero-Krieg, endeten im ersten Genozid des 20. Jahrhunderts. Am 11.8.1904 trieben die deutschen Schutztruppen unter dem Kommando von General von Trotha die Herero während der Schlacht am Waterberg in die Kalahari-Wüste und verwehrten ihnen den Rückweg. Insgesamt kamen dabei etwa 50.000 bis 80.000 Herero ums Leben, was etwa drei Viertel der gesamten Herero-Bevölkerung Südwestafrikas ausmachte (vgl. u.a. Hishongwa 1992: 7, Katjavivi 1988: 9).

entstand in der 1906 in Tsumeb eröffneten Kupfermine und in den 1908 in Betrieb genommenen Diamantenfeldern von Lüderitz über Nacht ein enormer Bedarf an Arbeitskräften.

Das deutsche Kolonialregime reagierte darauf vor allem mit einer Aufsplitterung der potenziellen Quellen für Arbeitskräfte. Herero und Nama wurden ab 1907 an die Städte und Farmen gebunden. Folglich waren Arbeitgeber in anderen Bereichen gezwungen, ihren Arbeitskraftbedarf anderweitig zu decken. Da ausländische Kontraktarbeiter (etwa aus Südafrika) zu teuer waren, richtete sich die deutsche Aufmerksamkeit auf Ovamboland. Seit 1909 hatten die verschiedenen (finnischen und deutsch-lutherischen) Missionsgesellschaften Stationen in allen Ovambo-Königreichen. Diese waren dabei behilflich, Schutzverträge mit den Königen abzuschließen. Dieser konstante Kontakt führte dazu, daß mehr und mehr Wanderarbeiter in den Süden gesandt wurden. So konnten die Deutschen auch von den gesellschaftlichen Wandlungsprozessen in Ovamboland profitieren. (Moorsom 1995: 9-11)

Von den kolonialen Verwaltungsbeamten wurden außerdem kulturelle Prädispositionen angebracht, die die Eignung der Ovambo-Männer für Wanderarbeit unterstreichen sollten: Es wurde betont, daß Wanderarbeit strukturelle Ähnlichkeiten mit den von Ovambo-Männern praktizierten Raubzügen bzw. dem Fernhandel der Ovambo habe. Denn auch da hätten sie weite Strecken durch fremde Territorien über längere Zeit zurücklegen müssen, um dann spezifische materielle Belohnungen mit nach Hause bringen zu können (Estermann 1976: 36). Inwieweit dies wirklich zur individuellen Bereitschaft zur Wanderarbeit beigetragen hat oder nur zu ihrer kolonial-administrativen Rechtfertigung diente, ist heute schwer zu beurteilen.

Mit der - seit 1908 auch von der Kolonialverwaltung mit den Ovambo-Königen vertraglich abgesicherten - Kontraktarbeit wurden 1910 etwa 9.000 Männer als Wanderarbeiter aus Ovamboland rekrutiert<sup>155</sup>, 1962 waren es bereits 38.000 Männer (Hishongwa 1992: 52f.; Moorsom 1995: 30). Voipio schätzt, daß in den späten 60er Jahren des 20. Jahrhunderts bis zu 50% der männlichen Bevölkerung aus Ovamboland einer Kontraktarbeit außerhalb Ovambolands nachging (Voipio 1972,

---

<sup>155</sup> 1910 betrug die Einwohnerzahl von Ovamboland im Gesamten noch etwa 120.000 Menschen.

nach Pendleton 1997: 77)<sup>156</sup>. Die Kontraktarbeit führte zu einem gigantischen Mobilisierungsprozeß - insbesondere der männlichen, ländlichen Bevölkerung. Noch heute läßt sich die Abwesenheit der Männer an den Ergebnissen des Zensus ablesen. Die Daten von 2001 zeigen, daß in den politischen Regionen, die Ovamboland bilden, landesweit - im Verhältnis zu den Frauen - am wenigsten Männer leben. Auf 81 bis 91 Männer kommen 100 Frauen, wohingegen in der Region von Windhoek (Khomas) das Verhältnis von Männern und Frauen 104 : 100 Frauen beträgt.

	<b>Namibia</b>	<b>Khomas</b>	<b>Ohangwena</b>	<b>Omusati</b>	<b>Oshana</b>	<b>Oshikoto</b>
<b>2001 Total Pop</b>	<b>1826854</b>	250305	227728	228364	161977	160788
2001 Females	936718	122503	124094	125657	87690	84092
2001 Males	890136	127802	103634	102707	74287	76696
<b>2001 Sex Ratio*</b>	<b>95,0</b>	<b>104,3</b>	<b>83,5</b>	<b>81,7</b>	<b>84,7</b>	<b>91,2</b>
% of Total	100,0	13,7	12,5	12,5	8,9	8,8
1991 Total Pop	1409920	167071	179634	189919	134884	128745
1991 Females	723593	79365	99469	106296	73340	66766
1991 Males	686327	87706	80165	83623	61544	61979
1991 Sex Ratio*	94,8	110,5	80,6	78,7	83,9	92,8
% of Total	100,0	11,8	12,7	13,5	9,6	9,1
%91/01 Growth	29,57	49,82	26,77	20,24	20,09	24,89

\* Sex Ratio = Number of Males per 100 Females

**Abbildung: Vorläufige Endergebnisse des Zensus 2001 nach Regionen (Auswahl)  
(NNPC 2002)**

Zu Beginn der Wanderarbeit versuchten die Ovambokönige noch, die verschiedenen negativen Einflüsse der Abwesenheit der Männer zu steuern. So wurde den Arbeitern zunächst nur erlaubt, für eine begrenzte Zeit von maximal sechs Monaten am Stück, Ovamboland zu verlassen und zwar auch nur dann, wenn die Feldarbeit in der Trockenzeit nur wenig Arbeitskapazität erforderte. Die Arbeiter verließen in festgelegten Gruppen (mit einem Führer) den Norden und blieben für die Dauer ihrer Beschäftigung zusammen. Nach der Rückkehr übergab man dem König die mitgebrachten Geschenke. (Moorsom 1995: 12; McKittrick 1998)

Im Jahr 1910 hatte die durchschnittliche Zeitspanne einer Abwesenheit für Wanderarbeit schon eine Dauer von acht bis neun Monaten erreicht (Moorsom 1995: 30).

<sup>156</sup> Zur absoluten und prozentualen Anzahl der auf Wanderarbeit befindlichen Männer gibt es unterschiedliche Zahlen und Schätzungen. Moorsom (1995: 57) gibt beispielsweise an, daß die



Durch die Abwesenheit der Männer hat sich die Ökonomie und die Sozialordnung der Ovambo grundlegend gewandelt. Die Arbeitskraft der Männer wurde aus den traditionellen Produktionszyklen herausgelöst und für lange Zeitperioden abgezogen. In den meisten Familien hatten die Frauen nun alle Arbeit der Subsistenzwirtschaft zu verrichten, die geschlechtsspezifische Aufgabenverteilung war nicht mehr aufrecht zu erhalten. Die Frauen übernahmen nun Arbeitsbereiche, die vormals nur Männer ausüben durften wie die Pflege der Gehöfte, das Anlegen der Dreschplätze (*oshipale*) oder die Feldvorbereitung (Schäfer 2002: 76). Indem der Staat die Lohnarbeit für die schwarze Bevölkerung forcierte, wurde dieser Prozeß noch verstärkt. Immer mehr verheiratete Männer gingen in die Städte und ließen ihre Frauen und Familien (zumindest zeitweise) auf dem Land zurück. So drangen die gesellschaftlichen Veränderungen tief in die Familienstrukturen ein. Die soziale Stellung der Frau wurde dabei zwar gestärkt, da diese nun die meiste Zeit des Jahres den gesamten Haushalt zu führen hatte, gleichzeitig war das Arbeitsvolumen für die Frauen um ein Vielfaches angewachsen. Durch die sozialen und ökonomischen Umwälzungen gerieten natürlich auch moralische Wertvorstellungen ins Wanken. Indem nun, durch die Mobilisierung der Gesellschaft, die - vormals sehr strikte - soziale Kontrolle teilweise außer Kraft gesetzt war, wurden auch die tradierten Moralvorstellungen zunehmend brüchiger. Dadurch und durch die großen räumlichen und zeitlichen Distanzen zwischen Ehepartnern knüpften die Wanderarbeiter immer häufiger Beziehungen zu anderen Frauen. Sie besuchten Prostituierte, hatten eine oder mehrere Freundinnen oder sogar eine zweite Kleinfamilie. In diesem Sinne könnte man eher vom Kontraktarbeitssystem als von einem Promiskuität induzierenden Zwangssystem sprechen. Die neuen Möglichkeiten der Mobilität durch Wanderarbeit beinhalteten auch, daß die eigene Sexualität nicht mehr nur innerhalb der engen sozialen Kontrolle einer lokalen Gemeinschaft ausgeübt werden konnte, in der sie strengen Regeln unterworfen war. Die polygamen Verhältnisse wurden gleichsam durch Mobilisierung der Gesellschaft aus den traditionellen Moralvorstellungen herausgelöst, wodurch sie nunmehr weder moralisch lokal geregelt noch räumlich begrenzt waren. Dieses moderne Ensemble, das aus der forcierten Mobilität resultiert, kann als einer der Hauptfaktoren für die epidemische Ausbreitung von AIDS betrachtet werden.

---

Anzahl der auf Kontraktarbeit außerhalb Ovambolands befindlichen Männer von 1910 bis 1971

#### **4) Apartheidssystem (1915-1989)**

"Since 1917, however, the South African government and the missionaries have so powerfully influenced native culture that it is on the verge of disappearing entirely."  
(Loeb 1962: 10)

Viele der gesellschaftlichen Umwälzungsprozesse, die von der deutschen Kolonialregierung initiiert worden waren, wurden durch die südafrikanische Administration weiter fortgeführt und ausgeweitet, wie z.B. die Landenteignung und -umverteilung. Die Protektoratsverwaltung ermutigte Siedler aus Südafrika in Südwestafrika zu siedeln. Auf der anderen Seite wurden die schwarzen Siedlungsgebiete mehr und mehr verkleinert und Bewohner zwangsweise in Reservationen und Homelands umgesiedelt. Südafrika behandelte Südwestafrika konsequent wie eine Kolonie. Das Land wurde als Gebiet zur Ansiedlung burischer Farmer und als Lieferant von Rohstoffen und billigen Wanderarbeitern für die eigene Wirtschaft genutzt. Die afrikanische Bevölkerung hingegen wurde mit allen Mitteln diszipliniert (Schicho 1999: 174). Südafrika übertrug die eigene Apartheidsgesetzgebung, insbesondere ab 1948, systematisch auf Südwestafrika.

#### ***Ausbau des Kontraktarbeitssystems***

"I worked out .. I was going out and coming back home. [...] In my life I used to work for the railway and I was, you know, moving from place to place at the railway stations, with staying along the railway building[s]."  
(Interview III/10 (2001): 12, 15)

Auch das Kontraktarbeitssystem wurde unter dem südafrikanischen Apartheidssystem weiter ausgebaut und perfektioniert. Die südafrikanische Administration in Ovamboland kanalisierte die Verteilung der Arbeitskapazitäten auf Minen und Eisenbahnbau. Dabei wurde auch die Mitbestimmung des einzelnen Arbeiters systematisch ausgeschaltet. Die Standarddauer für Kontrakte wurde ausgeweitet - auf ein Jahr für den Bereich der Minen, womit dem Wanderarbeiter die Möglichkeit genommen wurde, die Kontraktarbeit mit dem eigenen Einsatz in der Subsistenzwirtschaft zu kombinieren (McKittrick 1996: 115ff).

Ein Fokus der Politik der südafrikanischen Verwaltung war, die lokale Arbeitskraft in exklusive Kategorien zu segmentieren: So wurden in einer ersten Phase (von 1915 bis etwa 1925) Arbeiter auf Siedlerfarmen durch Passgesetze und Landstreicherei-Gesetze festgesetzt. Außerdem wurden kleine Reservate geschaffen, um anliegende Farmen und Städte mit Arbeitsmigranten versorgen zu können. (Moorsom 1995: 49) 1926 wurde die halbstaatliche Arbeitsverwaltungsorganisation SWANLA (South West African Native Labour Organisation) ins Leben gerufen. Die Kontrolle über die Ressource Arbeitskraft wurde damit noch weiter ausgebaut<sup>157</sup> und die Wahlmöglichkeiten für die Arbeiter massiv eingeschränkt. Wenn sich ein Arbeiter einmal für einen Kontrakt entschieden hatte, wurde er in eine Kategorie eingestuft, welche die Arbeitgeber aufgrund der körperlichen Leistungsfähigkeit der Einzelnen entschieden<sup>158</sup>. Damit war auch die Möglichkeit abgeschafft, gemeinsam mit anderen in einer Gruppe, auf Wanderarbeit zu gehen. Einen ausgeprägteren Mechanismus der Vereinzelung und sozialen Atomisierung der Arbeiter kann man sich kaum vorstellen. (Moorsom 1995: 44-45)

Den Wanderarbeitern blieb es weiterhin verboten, sich in den urbanen Zentren Zentralnamibias anzusiedeln. Sie durften sich - nach der Anwerbung in Ondangwa - nur direkt zum Arbeitsort begeben und mußten nach Ablauf ihres Kontraktes wieder in ihre ländliche Heimat zurückkehren. Die Familien durften auch jetzt noch nicht nachziehen. Das zugrunde liegende Motiv dieser Reglementierungen war die Sicherstellung, daß die Kontraktarbeiter und ihre Familien nicht in *weißen* Gebieten siedelten. Eine kontinuierliche Mobilität der (männlichen) ländlichen Bevölkerung war damit Voraussetzung für das Kontraktarbeitssystem der Apartheid.

Die gesetzlichen Etappen (und damit die normativen Rahmenbedingungen) dieser "influx-control" waren:

- die Native Labour Proclamation (1919),
- die Vagrancy Proclamation (1920),
- die Administration Proclamation (1922),
- die Native Passes Proclamation (1930),

---

<sup>157</sup> Dazu gehört auch die Tatsache, daß es nach Unterzeichnung eines Arbeitskontrakts keine Möglichkeit mehr gab, von diesem zurückzutreten oder diesen zu kündigen. Es wurde als Verbrechen geahndet, wenn der Vertrag gebrochen wurde (Hishongwa 1992: 58).

<sup>158</sup> Diese Gruppen wurden mit den Buchstaben A, B und C bezeichnet. Die Grundlage für die Einteilung waren medizinische Untersuchungen. Die Arbeiter waren damit - für jeden sichtbar - mit dieser Kategorie gekennzeichnet: "After classification and while waiting to be transported to the South, workers were given a tag on a string to wear around their neck. The tag indicated the group to

- die Extra-Territorial and Northern Natives Proclamation (1935),
- die Native (Urban Areas) Proclamation (1951), und der
- Aliens Control Act (1963).

Durch dieses ausgefeilte Regelwerk war es Einheimischen verboten, ihre ländlichen Wohngebiete zu verlassen, sofern sie nicht einer Beschäftigung im Rahmen des Kontraktarbeitsystems nachgingen (Hishongwa 1992: 60).

### **5) Befreiungskrieg (1966-1989)**

Insbesondere nach Beginn des bewaffneten Befreiungskrieges durch die SWAPO/PLAN und die entsprechenden militärischen Reaktionen der südafrikanischen Armee entstand eine massive militärische Auseinandersetzung in Ovamboland und über die Grenze nach Angola hinaus. Mord, Vertreibung, und Folter forderten natürlich auch Opfer bei der Zivilbevölkerung. Hishongwa berichtet:

"Crops and fences were destroyed by the army, and civilians were forced to move from their homes. In some cases, children and old people were left to fend for themselves if members of their family were killed, or had escaped into exile. There is no doubt that the presence of the South African army in Namibia inflicted serious damage on the socio-economic structure of the Namibian society, so much so that it will never be the same again. The damage done by the occupying South African army and police in terms of material and human lives is enormous."  
(Hishongwa 1992: 44-45)

Zu Hunderten waren Todesfälle innerhalb der Normalbevölkerung zu verzeichnen: Folter, gewaltsame Verhöre, unrechtmäßige Gefangennahmen, Flucht und Vertreibung waren nur einige Aspekte dieses grausamen Alltags. Diese soziale Zerstörungsdynamik mündete in einer breiten Migrationsbewegung (Flucht) aus Ovamboland, meist hin nach Angola. Aber auch umgekehrt gab es eine Einwanderung nach Südwestafrika: Man schätzt, daß sich 1983 etwa 100.000 südafrikanische Armeeinghörige und 10.000 Polizisten auf dem Territorium des heutigen Namibia aufgehalten haben und gegen die Befreiungskrieger gekämpft haben (Hishongwa 1992: 43).

---

which they belonged. 'They treated us like cattle ...', was the comment of one former contract worker."  
(Hishongwa 1992: 59)

## 6) Moderne Institutionen: Bildungswesen

"When Edna was 16 and I 17, we moved into the hostel for a year. It was what my father called "A different experience." That was when the trouble started."  
(Essay by Tuya Lenga)

Auch der Import moderner Institutionen nach westlichem Vorbild - wie der Schule - hat die Mobilisierung der schwarzen Bevölkerung befördert. Nachdem auf Missionsstationen die ersten Schulen eingerichtet worden waren, wurde das ganze Land von der deutschen Kolonialregierung und insbesondere von der südafrikanischen Protektoratsverwaltung mit einem Netz an schulischer Versorgung nach westlichem Vorbild überzogen. Aufgrund der weiten Distanzen war das Modell des Internats, die sogenannte *boarding school*, bei der die Kinder in Gemeinschaftsunterkünften untergebracht sind, von Anfang an eine Säule des Schulsystems. Diese auch heutzutage von den Eltern favorisierten Schulform, soll es jenen ermöglichen, ihre Kinder - vor allem aus dem ländlichen Bereich - zur Schule zu schicken (gleiches gilt für die universitäre Ausbildung bei UNAM<sup>159</sup>). Die Schüler verbringen in den *boarding schools* den größten Teil ihrer Schulzeit. Sie kommen meist nur in den Schulferien nach Hause, da regelmäßige Wochenendheimfahrten zu teuer sind. Dem Einflussbereich der Eltern weitgehend entzogen, wachsen die Schüler in einem Milieu auf, das vom Ideal eines *modernen* Lebens nach westlichem Vorbild geprägt ist. Oftmals findet sich, insbesondere an Abenden oder an den Wochenenden, überhaupt keine maßgebende erwachsene Autorität. In diesem Umfeld ist es natürlich schwierig, sich dem Gruppenzwang der gleichaltrigen Adoleszenten zu entziehen. Talavera beschreibt dies im Blick auf die Sexualität der Heranwachsenden:

"As regards sexuality in particular, a boy must at least have a girlfriend and a girl must have a boyfriend if they want to be perceived as "normal" and be accepted by their peer-group. Boys are even encouraged to have many sexual partners as an expression of their manhood. Thus, school-children are likely to increase the number of partners not only due to peer-pressure, but also because of the close proximity of numerous potential sexual partners: At his homestead a boy might have to travel long distances to meet a girl from another homestead. At a boarding school, on the other hand, potential sexual partners are on the same premise."  
(Talavera 2002: 90)

Das Schulsystem hat die Zerstörung der traditionellen Verhaltensnormen befördert. Im Blick auf die Sexualität und die Beziehung zwischen den Geschlechtern sind

<sup>159</sup> UNAM = University of Namibia

traditionelle Schranken weggefallen. Die Distanz zwischen Jungen und Mädchen ist gesunken und neue Möglichkeiten für Kontakte sind entstanden; gleichzeitig ist die innere Distanz zur Autorität der Eltern und deren traditioneller Lebenswelt gewachsen.

## **7) Erlangung der Unabhängigkeit (1990-1994)**

Vor dem Hintergrund der Bürden, Diskriminierungen und Reglementierungen der Apartheidszeit, kann es nicht verwundern, daß die Erlangung der Unabhängigkeit 1990 als eine Befreiung erlebt wurde. Das Zeitalter der Festlegungen eines jeden einzelnen Aspektes des politischen, ökonomischen und sozialen Lebens war nun vorüber.

Auch mit der Erlangung der Unabhängigkeit gingen entscheidende Dynamiken einher, die durch neue Bevölkerungsbewegungen, durch Mobilisierung und Migration weitere Ausbreitungsbedingungen für HIV geschaffen haben.

### **- Das Einströmen von Exilanten:**

Ab 1989 kamen rund 43.000 Exilanten, sogenannte *returnees*, die vor der Unabhängigkeit das Land verlassen hatten, nach Namibia zurück (Pendelton 1997: 54). Diese Menschen waren vor dem Apartheidsregime und den kriegerischen Zuständen in Nordnamibia ins Ausland geflohen (viele hatten sich im benachbarten Angola niedergelassen, andere aber auch in weiter entfernten afrikanischen Ländern, wie Tansania).

### **- Die Präsenz ausländischer Soldaten (UNTAG)**

Die Vereinten Nationen stationierten eine internationale Friedenstruppe (UNTAG) in Namibia, die die ersten freien Wahlen und den Prozeß der Erlangung der Unabhängigkeit überwachen sollte.

### **- Politische Befreiung und individuelles Verhalten**

Nach mehr als hundert Jahren Unterdrückung wurde die politische Befreiung für viele Menschen zum Symbol des Beginns einer neuen - nicht nur politischen, sondern auch individuellen - Freiheit. Die Unabhängigkeit wurde so auch als Aufbruchsignal für eine individuell libertäre Verhaltensweise verstanden. Eine sechszwanzigjährige Interviewpartnerin beschreibt - in diesem Sinne - ihre Erwartungen an die Unabhängigkeit rückblickend:

"I thought freedom means: Everything is for free. Like you walk into a shop and get whatever you want free of charge."  
(Feldnotizen VI/2003)

#### - **Neue Migrationsprozesse**

Mit der Abschaffung des Wohnortzwangs begann eine gewaltige Migration von den ländlichen in die städtischen Bereiche. Die Unabhängigkeit wurde gleichsam zur Initialzündung für eine neue Dimension der Land-Stadt-Migration. Dies zeigt sich besonders deutlich an den Städten, bzw. Stadtteilen, seit Anfang der 90er Jahre neu entstanden sind.

#### ***Modernisierung, Sinnverlust und Anomie<sup>160</sup>***

Die schwindende Tragkraft vernakulärer Formen sozialer Organisation als Folge der zuvor beschriebenen Umbruchs- und Modernisierungsprozesse, setzt in zunehmendem Maße zerstörerische und selbstzerstörerische Kräfte in der Gesellschaft frei. Dies läßt sich an verschiedenen Phänomenen ablesen:

- das Ausmaß von Alkoholismus und Kriminalität ist erheblich angewachsen, neben der alltäglichen Gewalt haben vor allem Vergewaltigungen stark zugenommen;
- die Zahl von Teenager-Schwangerschaften hat sich vervielfacht;
- die Suizidrate ist deutlich angestiegen<sup>161</sup>.

Diese Dynamiken können als Indikator für Desintegration und Anomie innerhalb der namibischen Gesellschaft angesehen werden. Die sowohl nach innen als auch nach

---

<sup>160</sup> Der Begriff Anomie meint hier den Zustand einer sozialen Regellosigkeit, der die Folge des Zusammenbruchs der sozialen Ordnung ist. Dieser Zusammenbruch setzt die Macht sozialer Kontrolle über das Verhalten der Individuen außer Kraft. Aber auch die innere Wertorientierung der Gemeinschaften und der Individuen wird geschwächt. Das heißt

- gesellschaftliche Moral ist mit den tradierten und sozial legitimierten Mitteln nicht (oder nicht mehr) erreichbar, oder
- die das Handeln zur Erreichung der Moral prägende soziale Kontrolle funktioniert nicht mehr, oder
- die gesellschaftliche Moral wandelt sich so schnell, daß die individuellen Verhaltensinventare und -normen nicht gleichermaßen schnell angepaßt werden können - mit den gegebenen Modellen des sozialen Handelns, wie beispielsweise den Geschlechterrollen, also der Alltag nicht mehr bewältigt werden kann.

[Anmerkung zur Begriffswahl: Unter Moral wird hier der *ethos* einer Gesellschaft im Sinne dessen *was üblich und gebräuchlich ist* verstanden; dieser Begriff wird heute oft von dem technisch-konnotierten Terminus *Wertvorstellung* ersetzt.]

Solche anomischen Zustände müssen natürlich nicht unbedingt eine ganze Gesellschaft erfassen, sondern können auch nur in Teilbereichen der Gesellschaft beobachtbar sein. Dem gesellschaftlichen Phänomen entspricht auf der individuellen Ebene das Gefühl von Isolation, Entfremdung, Orientierungslosigkeit, Sinnleere oder Ohnmacht.

<sup>161</sup> Vgl. auch Kapitel 5.2.

außen gewendete Brutalisierung des Alltags, die aus diesen Fakten spricht, ist die Folge einer tiefen Erschütterung der gesellschaftlichen Fundamente.

### *Geschlechterdifferenzen: Feminisierung der Gesellschaft*

Oggleich Frauen und Männer in gewisser Weise gleichermaßen von den gesellschaftlichen Umbruchprozessen betroffen sind, stehen sie doch vor verschiedenen Handlungsoptionen und haben höchst unterschiedliche Weisen entwickelt, zu reagieren.

Dabei lassen sich charakteristische Stadt-Land-Unterschiede (Ovamboland-Katutura) beobachten. Die matrilinearen Verwandtschaftstrukturen kombinieren sich auf dem Land mit einer dauerhaften Abwesenheit der Männer (Wanderarbeit) zu einer deutlichen matrifokalen Orientierung der Haushalte: Die Sorge für einzelne oder mehrere Kinder wird oft von den Großmüttern (i.d.R. mütterlicherseits) übernommen, während die Mütter in der Stadt auf der Suche nach Arbeit sind. Dieses Phänomen kommt immer häufiger vor: 1995 war nahezu die Hälfte aller zuwandernden Migranten von Ovamboland nach Katutura weiblichen Geschlechts (Winterfeldt 2002: 64). Wenn die eigene Mutter krank oder gebrechlich ist, bringen die jungen Mütter ihre Kinder auch zu den Tanten: In 64% aller Ovambo-Haushalte übernehmen Tanten oder Großmütter die Versorgung der Kinder. Mehr als 40% der Haushalte im ländlichen Bereich sind *women-headed* (Schäfer 2002: 83-84); andere Quellen gehen sogar von Anteilen zwischen 45% und 57% aus (UNDP et al. 1999: 93).

### *Sozialer Status, Verwundbarkeit von Frauen und Identität der Männer*

Trotzdem haben Frauen nach wie vor einen niedrigeren sozialen Status als Männer. Deshalb sind sie - neben dem biologisch höheren Infektionsrisiko<sup>162</sup> - auch sozial einem höheren Infektionsrisiko ausgesetzt als Männer. Frauen haben kaum die Möglichkeit, beim Geschlechtsverkehr Kondome einzufordern. Häufig wagen sie allein die Frage nach Kondomen nicht zu stellen, da diese als impliziter Vorwurf der Untreue verstanden werden kann. Selbst wenn Frauen um die außerehelichen

---

<sup>162</sup> Das HI-Virus wird bei ungeschütztem Geschlechtsverkehr leichter von einem HIV-infizierten Mann zu einer nicht infizierten Sexualpartnerin übertragen, als von einer HIV-infizierten Frau zu einem nicht infizierten Mann. So sind in der Altersgruppe der 15 bis 24jährigen Namibier etwa 13% der jungen Männer, aber 29% der jungen Frauen HIV-infiziert (UNAIDS 2002a: 191).



Sexualkontakte des Mannes wissen, bringen sie oft nicht den Mut auf - oder fühlen sich sogar nicht dazu berechtigt, den Schutz durch ein Kondom einzufordern.<sup>163</sup>

Es geht bei diesem Phänomen nicht unbedingt um eine allgemeine Unterlegenheit und Unmündigkeit der Frau - das wäre zu vereinfachend. Das spiegelt sich auch überhaupt nicht in ihrer gesellschaftstragenden Rolle wieder. Vielmehr muß, statt von einer statischen Betrachtung der Geschlechterverhältnisse, von einem multifokalen Machtverständnis ausgegangen werden, wie es anderenorts Becker (Becker 1997), anknüpfend an Lenz (Lenz 1990), vorgeschlagen hat. Eine solche Betrachtung beinhaltet die Möglichkeit, "daß verschiedene Akteure in unterschiedlichen sozialen Sphären mehr oder weniger Macht haben, und daß Machtbeziehungen ständig neu ausgehandelt werden" (Becker 1997: 160) - damit ein gleichsam interaktionistisch-dynamisches Verständnis von Macht postuliert wird.

Lenz stellt hierzu fest:

"Macht ... wäre also als gegenseitiger Einfluß in sozialen Beziehungen zu verstehen, den verschiedene Beteiligte - in unserem Kontext Frauen und Männer - ausüben. Machtstrategien sind die Handlungen, die sich auf Bestätigung oder Erweiterung von Einfluß richten. Die Bedeutung von Macht verschiebt sich vom eindimensionalen Vorgang des Sichdurchsetzens zu Prozessen des Aushandelns zwischen den Beteiligten."  
(Lenz 1990: 55)

Im Hinblick auf die namibische Situation ließe sich daran anschließend feststellen, daß es gesellschaftliche Räume gibt, in denen die Männer in den von ihnen ausgeübten Machtstrategien erfolgreicher sind (wie beispielsweise in Politik, öffentlicher Verwaltung und Parteienapparat), andere aber, in denen Frauen - in diesem Sinne - durchgreifender handeln (wie etwa innerhalb von Familie und Haushalt).

Viele gesellschaftliche Räume, in denen man Männer antrifft, sind von anomischen Zuständen geprägt. Daß Alkoholismus, Suizid<sup>164</sup> und Gewalt (auch Vergewaltigungen, jeweils primär im sozialen Nahbereich) Männer häufiger betrifft als Frauen, hängt wohl damit zusammen, daß ihre Lebenswelten stärker als die der Frauen von den beschriebenen Modernisierungsprozessen zerstört wurden. Damit einher geht eine Handlungsunsicherheit innerhalb männlicher Lebenswelten, denen gesellschaftliche Aufgaben und Geschlechteridentität abhanden gekommen sind.

---

<sup>163</sup> Vgl. Interviews II/07(2001), III/07 (2001).

<sup>164</sup> Den amtlichen Polizeistatistiken nach sind 80% der Selbstmörder männlichen Geschlechts (Namibian 2003d). Vgl. auch ELCIN 2000.

Courtenay stellt fest, daß die Männern, denen der Zugang zu sozialen Ressourcen, die für die Konstruktion ihrer Männlichkeit notwendig sind, verwehrt wird, andere Wege suchen müssen, um ihre Geschlechterrolle zu bestätigen:

"Disadvantages resulting from such factors as ethnicity, economic status, educational level and sexual orientation marginalise certain men and augment the relevance of enacting other forms of masculinity."  
(Courtenay 2000: 1391)

Genau dies läßt sich beobachten: Ihrer althergebrachten Geschlechterrollen und Verantwortlichkeiten (zumindest in den urbanen Lebenszusammenhängen) beraubt, dem leeren Heilsversprechen der Arbeitsgesellschaft ausgeliefert, die nur einem Bruchteil der Arbeitssuchenden auch einen Arbeitsplatz bieten kann, fahnden sie nach einem Lebenssinn, dessen sich ihre Subsistenzwirtschaft betreibenden Vorfahren noch gewiss sein konnten. Geschlechterrollen haben sich gewandelt, ohne daß ein einheitliches und funktionierendes Set an neuen Rollen entstanden wäre. Die Zuständigkeit für ihre Aufgaben (wie Viehzucht etc.) ist den Männern verloren gegangen, neue Räume zur Generierung männlicher Identität konnten aber nur unzureichend entstehen. So ist zwar historisch die Kontraktarbeit, heute allgemeiner Erwerbsarbeit, als formales Arbeitsverhältnis in den Städten im Bezug auf die männliche Geschlechterrollenidentität an die Stelle der Viehzucht getreten. Das Problem ist aber die inkonsistente und mangelnd erfolgreiche Ausfüllung dieser Rolle, da einfach nicht genug Erwerbsarbeit für alle Arbeitssuchenden zur Verfügung steht. Die Arbeitsgesellschaft ist (nicht nur in Namibia) zu einem leeren Versprechen geworden. Nur ein Teil der Beschäftigungssuchenden findet auch eine Arbeit. Die alte Lebensordnung ist weitgehend zerstört und eine Teilhabe am westlich-modernen Lebensstil ist - da an Erwerbsarbeit gebunden - nur für die Wenigsten möglich. Für die Übrigen entsteht ein sinnentleerter Raum, anomische Zustände sind die Folge. Der Mangel an Erwerbsarbeit produziert also nicht nur eine moderne Form materieller Armut, sondern auch eine kulturelle und soziale Not, da die meisten Männer dadurch einem zentralen Sinn- und Identitätsgenerator beraubt sind.

In den weiblichen Lebenswelten ist ein großer Teil der althergebrachten identitätsgenerierenden Aufgabenbereiche weiterhin - trotz gesellschaftlichen Umbruchs - erhalten geblieben. Frauen haben als Mütter (egal ob mit Ehemann, Freund oder ohne festem Partner) weiterhin die Aufgabe der Kinderversorgung.

Daneben bleibt - zumindest im ländlichen Bereich - die Subsistenzlandwirtschaft.<sup>165</sup> Auch die neuen Anforderungen, die im Kontext der AIDS-Epidemie hinzukommen (wie verstärkte Krankenpflege und Versorgung von AIDS-Waisen) knüpfen mehr oder weniger nahtlos an die althergebrachten weiblichen Zuständigkeiten an, weswegen diese auch von den Frauen übernommen werden. So kann man geradezu von einer Feminisierung der Gesellschaft sprechen. Frauen übernehmen daher heute an der Basis des sozialen Lebens, in den Familien, noch stärker als früher die gesamte Verantwortung<sup>166</sup>:

Die Einführung der Geldwirtschaft in der Kolonialzeit hat dazu geführt, daß die weit entfernt lebenden Männer in ihren Familien kaum mehr präsent sind. Fragt man die alleine gelassenen Frauen bezüglich ihrer Männer oder den Vätern ihrer Kinder, kann man sich der Antwort beinahe gewiß sein: "There is no support." Eine Gesprächspartnerin bemüht beim Erzählen über die (Nicht-)Unterstützung ihres Mannes gar das Bild eines Raubtiers:

"No, they [*the men*] are predators, ... he's not supporting."  
(Interview IV/21 (2003))

Eine andere Interviewpartnerin berichtet in gleichem Sinne:

"I have only one child but his father, he don't want to give me money to buy the things of [for] the child - whatever."  
(Interview III/03 (2001): 2)

Die mangelnde oder unterbleibende materielle Unterstützung der Frauen durch ihre Männer (bzw. Väter ihrer Kinder) sorgt - wie aus den Interviewstellen deutlich wird - für Enttäuschung bei den Frauen, wird doch der Grad der Unterstützung als Anzeiger der Wertschätzung für die Beziehung angesehen.<sup>167</sup>

Im Hinblick auf die Unterstützung der Kinder kombiniert sich die soziale Abwesenheit der Männer aber durchaus mit dem traditionellen Verständnis von Verwandtschaft (*epata*), das die Kinder des Mannes nicht als zu dessen Familie gehörend begreift. So ist auch nicht zu generalisieren, daß Männer keine

---

<sup>165</sup> Es ist aber durchaus im ländlichen Nordnamibia zu beobachten, daß - aufgrund der Geschlechterrollenunsicherheit - inzwischen auch Männer Aufgaben im Bereich des Ackerbaus übernehmen, was in den traditionellen Geschlechterverhältnissen nicht denkbar gewesen wäre (Feldnotizen III/2001).

<sup>166</sup> In der öffentlich-politischen-Sphäre, im Parteienapparat, in der Regierung und öffentlichen Verwaltung hingegen, sind fast ausschließlich Männer präsent.

<sup>167</sup> Vgl. auch Tersbol 2002: 351.

Unterstützung leisten. Viele kümmern sich zwar kaum um ihre eigenen Kinder, dafür aber durchaus um die Kinder in ihrer eigenen Herkunftsfamilie, wie z.B. die Kinder der Schwester, mit denen sie - im Gegensatz zu den eigenen Kindern - eine direkte Verwandtschaft verbindet<sup>168</sup>.

Umgekehrt finden die Frauen, die von ihrem Partner, Ehemann oder Freund - dem Kindsvater - keine Unterstützung bekommen, Hilfe in ihrer jeweiligen Herkunftsfamilie - bei Eltern oder Geschwistern. Diese Rolle der *extended family*, durch die geschilderten Mobilitätsfaktoren durchaus multilokal über das ganze Land verteilt, resultiert in einer Konstitution von translokalen Unterstützungsnetzwerken. Das heißt auch, daß die eigene Herkunftsfamilie an Bedeutung gewonnen hat, je labiler Partnerschaften geworden sind. Es gibt aber durchaus - und nicht selten - Fälle, in denen die Frauen als Konsequenz aus der Gleichzeitigkeit dieser Umbrüche in ein soziales Loch fallen: Die eigene Herkunftsfamilie weigert sich, die Frau und ihre Kinder zu unterstützen, da diese ja verheiratet ist (und damit nach modernen Konventionen und Recht dem Ehemann als Unterstützer zugeordnet ist); dieser zieht sich jedoch ebenfalls aus seiner Verantwortung zurück<sup>169</sup> (evtl. eben auch, weil er traditionell nicht für die Unterstützung der Kinder zuständig ist).

Man kann sagen, daß die Herkunftsfamilie gerade durch die Instabilisierung von Paarbeziehungen eine immer wichtigere Rolle spielt. Dies spiegelt sich auch in der Veränderung der Heiratspraxis wieder. Gerade in der Altersgruppe der 15 bis 35jährigen läßt sich eine schwindende Bedeutung der verschiedenen Formen der Eheschließung (traditionelle, kirchliche und standesamtliche Heirat) feststellen (Tersbol 2002: 347). Die Jüngeren leben zunehmend in kurzzeitigen Liebesbeziehungen, was auch der Individualisierung der Lebensführung entspricht. Bei formal geschlossenen Ehen im althergebrachten Verständnis ist die individuelle Partnerschaft gleichzeitig die Verbindung zweier Verwandtschaftsgruppen, die beide Rechte und Pflichten hinsichtlich der Vereinigung haben (Tuupainen 1970). Das schließt auch die Einreihung in die Linie der Ahnen ein. Tuupainen schreibt dazu:

"Living people must worship the spirits of dead persons and take care that after them are their descendants to do the same for them. Thus it is important to marry and obtain issue."  
(Tuupainen 1970: 78)

---

<sup>168</sup> Vgl. die Ausführungen zum Verwandtschaftssystem in Kapitel 4.4.1 u. 5.2.

<sup>169</sup> Vgl. etwa Interviews II/01 (2001), V/09 (2003), IV/08 (2003).

In der traditionellen Sozialordnung war es der Ausnahmefall, unverheiratet zu bleiben. Heute ist dies nicht mehr so, die Bedeutung der Heirat schwindet. In den modernen Lebenspartnerschaften gibt es kaum noch eine Einbeziehung von Verwandten, sie mögen den jeweiligen Partner nicht einmal kennen oder überhaupt um ihn wissen. In der Konsequenz sind Beziehungen zu etwas Isoliertem im Hinblick auf die soziale Struktur der Gemeinschaft geworden. Anstatt Bezüge zwischen den Verwandtschaftsgruppen und deren Älteren und Autoritäten vertikal zu etablieren, werden bei diesen nicht-formalisierten Beziehungen allenfalls horizontale Kontakte zu Freunden oder Geschwistern hergestellt (Tersbol 2002: 350). Gruppenbeziehung und -reziprozität werden so von individueller Partnerschaft abgelöst.

Wenn dadurch die Bedeutung der Herkunftsgruppe gestärkt wird, so geschieht dies unter negativen Vorzeichen - unter den Rahmenbedingungen von Destruktion.

Das Dramatische an den beschriebenen Anomie-Phänomenen ist, daß sie durch die Zerstörung sozialer Zusammenhänge entstehen, diese aber gleichzeitig verstärken. Es gibt also eine Wechselwirkung, bei der Ursachen und Folgen nur noch schwer zu unterscheiden sind.

Alkoholismus beispielsweise kann durchaus seine Ursache in Sinnverlust, Armut und sozialer Desintegration haben, gleichzeitig verschärft er diese Probleme. Er entsteht aus schwierigen Lebenssituationen und verstärkt sie zugleich, denn er:

- trägt zur Verarmung bei, indem die Betroffenen ihre Besitztümer verkaufen, um Mittels des so erwirtschafteten Geldes weiteren Alkohol zu erwerben;
- führt zum Auseinanderbrechen von Familien, indem Konflikte geschürt werden;
- steigert die Anzahl der ungeschützten sexuellen Kontakte;
- destabilisiert die Person physisch und psychisch.

***"...alcohol and these things are such a vital part of the spreading of the disease"***

Alkohol und Armut sind im Sinne dieser Wechselwirkung als Cofaktoren in der epidemischen Ausbreitung von AIDS von großer Bedeutung.<sup>170</sup> Armut macht Personen verwundbarer für die Ansteckung von AIDS. Die generelle Gesundheitssituation ist geschwächt, vor allem aber sind die Betroffenen dazu gezwungen, sich höheren Risiken auszusetzen. Auch Alkohol hat neben seinem

---

<sup>170</sup> Vgl. auch LeBeau, Fox, Becker, Mufune 1999.

gesundheitsschädlichen Einfluß vor allem die Folge, daß risikominderndes Verhalten (wie *safer sex*) nicht in dem Maße praktiziert wird, wie wahrscheinlich im nüchternen Zustand. Johannes Shilongo beschreibt den Zusammenhang von Alkohol und der Ausbreitung von HIV anhand seiner persönlichen Erfahrung:

"As for my personal experience with HIV, I still have to go for blood tests. I had a relationship with a lady and a baby girl was born to us in 1989. Three years later, we separated. In 1999 we were both living in Ovamboland: Me in Ondangwa and she in Oshakati. By this time there were rumours that my ex-girlfriend was HIV-positive. One weekend I drank over the limit and someone took me to her flat where I had unprotected sex with her. After we had sex, she said. "I think we contracted HIV." I didn't react."

(Essay by Johannes Shilongo)

Es kann wohl davon ausgegangen werden, daß - wie in dem Essay plakativ dargestellt - die richtige Anwendung von Kondomen unter dem Einfluß von Alkohol nicht gelingt oder gänzlich unterbleibt.<sup>171</sup> Eine Gewährsperson bestätigt:

"... alcohol and these things are such a vital part of the spreading of the disease, because when you - when you [are] not drunk you have a condom in your pocket is "I'm not going to have sex without a condom", but when you start getting drunk, like all the other things that all will slip your mind."

(Interview III/09 (2001): 6)

### ***Exkurs: Teenager Schwangerschaften***

Als ein weiterer Beleg für die abnehmende soziale Kontrolle und Desintegration der Gesellschaft - im dargelegten anomischen Sinne - sind auch die zunehmenden Zahlen an Schwangerschaften unter Teenagern zu werten. Man kann sich fragen, warum trotz des hohen Aufklärungsstandes (vgl. KABP-Studien) so viele junge Mädchen schwanger werden. Mit 19 Jahren haben bereits 45% der namibischen Frauen ein Kind zur Welt gebracht (Namibian 2000a; Webb, Simon 1995: 6f). Nahezu die Hälfte der namibischen Frauen hat also vor Vollendung des zwanzigsten Lebensjahres - und ohne in einer festen Bindung oder gar Ehe zu leben - mindestens ein Kind.<sup>172</sup>

---

<sup>171</sup> Dies wird auch von zahlreichen Untersuchungen bestätigt (vgl. Witte et al. 2003; Haoses, van der Veen 1999 u. 2000; MHSS 2000a; SIAPAC 1997).

<sup>172</sup> Folgt man einer symbolischen Interpretation der hier dargelegten Anomie-Phänomene entlang der Geschlechtszugehörigkeit, so ist es auffallend, wie unterschiedlich junge Männer und junge Frauen mit einer potenziell lebensbedrohlichen Situation, im Angesicht von HIV/AIDS, umgehen: Junge Männer bringen sich um (vgl. die vor allem männlichen Suizide), junge Frauen bringen neues Leben zur Welt (vgl. das Phänomen der Teenager-Schwangerschaften).

Insbesondere wenn man diese Schwangerschaften auf dem Hintergrund der allerart präsenten Präventionskampagnen betrachtet, kann man sich um den Erfolg dieser Bemühungen fragen.<sup>173</sup> Ein Counsellor stellt in diesem Sinne fest:

"But it's just like in most cases the .. the advocating for condoms, it's so widespread, in schools, everywhere - on TV. Like in December, my moms house is like in this front-row-houses, but every second girl who used to walk, pass[ing] by, is pregnant. So I was just thinking of myself: We are preaching this abstinence, we are preaching condoms, and nothing is like effective. .. Is there any other way that we could really raise awareness? ... Whenever you see a pregnant girl, it's like: "She didn't use a condom." <lacht> You don't even think of abstinence, we just go: "She didn't use a condom." And it's so scarring, when you look at it, in the risk of HIV/AIDS. It's so scaring."

(Interview IV/01 (2003): 11)

Warum aber wollen junge Mädchen, auch wenn sie nicht in einer festen Partnerschaft leben und sich in ökonomisch unabgesicherten Verhältnissen befinden, Kinder zur Welt bringen? Es ist anzunehmen, daß ein (Groß-)Teil dieser Schwangerschaften nicht ungewollt ist, sondern aus dem Wunsch nach einem Kind entstehen.

#### **A) *Gesellschaftliche Bewertung - "It's a must to have a child"*<sup>174</sup>**

In afrikanischen Gesellschaften werden Kinder nicht als potenzielle Belastung oder als Karrierehemmnis verstanden, sondern zeigen - im Gegenteil - den Reichtum einer Familie an. Damit ist auch die Verhinderung von Nachwuchs (Verhütung) nicht selbstverständlich ein Ziel individuellen Handelns. Eine Interviewsequenz bringt dies, insbesondere in Angesicht der Differenz zwischen städtischer und ländlicher Lebenswelt, zum Ausdruck: Es unterhalten sich eine im urbanen Kontext sozialisierte junge Frau (Mitte zwanzig), die selbst ein Kind hat [AN] und eine etwa gleichaltrige Gesprächspartnerin aus dem ländlichen Nordnamibia, die sieben Kinder hat [SL].

AN: "I think you should go for family planning. Don't you think you have enough children?"

SL: "Children are never enough."

(Feldnotizen VI/2003)

Ein von einer Frau in jungen Jahren (vor einer festen Partnerschaft oder Ehe) geborenes Kind wird durchaus auch als Beweis der Fruchtbarkeit einer Frau angesehen. Eine Interviewpartnerin drückt dies aus, indem sie fragend feststellt:

---

<sup>173</sup> Vgl. in diesem Zusammenhang auch Kapitel 6, in dem ich versuche, mögliche Gründe für das Scheitern der Präventionsprogramme zu erarbeiten.

<sup>174</sup> Alle Zitate hier nach Feldnotiz (12.02.2003), Gespräch mit einem AIDS-Counsellor.

"Who will take you, if one can't see that you can get children?" (Feldnotizen IV/2003)

In den vernakulären Lebenszusammenhängen<sup>175</sup> wurde der Umgang von Jungen und Mädchen durch rigide soziale Kontrolle und Reglementierung der Geschlechterkontakte weitgehend unterbunden. Erst mit dem Abbau dieser Barrieren, der im städtischen Kontext weiter vorangeschritten ist, steigt die Möglichkeit für (junge) Frauen, die Konvention, ein Kind zu bekommen, auch schon lebensgeschichtlich früher umzusetzen, indem sie dieses auch außerhalb (oder schon vor) einer Ehe oder ähnlichen Lebensgemeinschaft bekommt.

### ***B) Status - "Who are you, without children"***

Darüber hinaus ist es durchaus ein Statusgewinn, ein Kind zu haben und Mutter zu sein. In der traditionellen afrikanischen Gesellschaftsordnung kommt den Altersrollen eine besondere Bedeutung zu. Diese Altersrollen sind nicht nur durch das biologische Alter bestimmt, sondern auch durch die Übernahme von Verantwortung (z.B. als Eltern für die Kinder). Ein Mädchen oder eine junge Frau steigt durch das Gebären eines Kindes in der sozialen Hierarchie auf. Eine Frau gilt erst als vollständig erwachsen, wenn sie verheiratet ist und Kinder hat. Erst dann kann sie andere Mädchen, die noch keine Kinder haben (und die ihr gegenüber dann statusunterlegen sind), mit der Erledigung von Aufgaben wie Wasser holen, Getreide stampfen etc., beauftragen (Tersbol 2002: 355). Mit dem Gebären eines Kindes ist damit ein Teil dieser Statuserhöhung zur Frau erfüllt, der Ehe kommt heute ohnehin eine schwindende Bedeutung zu.<sup>176</sup>

### ***C) Generierung von Lebenssinn***

Daran schließt die Feststellung an, daß die Versorgung und Erziehung eines Kindes auch eine gesellschaftliche Aufgabe darstellt, die gerade in Abwesenheit anderer Perspektiven (wie Erwerbsarbeit) eine starke Relevanz bekommt. Junge Frauen schaffen sich durch das Gebären von Kindern einen individuellen Aufgabenbereich und generieren damit ihren eigenen sozialen Sinnhorizont.

---

<sup>175</sup> Vgl. Kapitel 4.4.1.

<sup>176</sup> Siehe oben: Junge Namibier, insbesondere im Alter zwischen 15 und 35 Jahren, engagieren sich zunehmend in kurzzeitigen (und nicht formal bestätigten) Liebesbeziehungen (Tersbol 2002: 347) - was auch der zunehmenden Individualisierung der Lebensführung entspricht.



**D) Peer Pressure - "Everyone is having a child"**

Eine Bedeutung dürfte auch der soziale Druck innerhalb der Gruppe der Gleichaltrigen haben, der alleine dadurch entsteht, daß viele Bezugspersonen in der gleichen Lebenssituation schwanger werden und Kinder bekommen.

**E) Abwesenheit sozialer Kontrolle**

Es steht außer Frage, daß das Phänomen der *teenage-pregnancy* - nicht im Sinne einer Schwangerschaft in jungen Lebensjahren, wohl aber im Sinne einer Schwangerschaft vor einer festen (ehelichen) Bindung - nur denkbar in einer gesellschaftlichen Lage ist, in der die soziale Kontrolle weitgehend abgebaut ist und in der Kontakte zwischen Jungen / jungen Männern und Mädchen / jungen Frauen ohne die Anwesenheit Dritter überhaupt möglich ist. Im autoritär kontrollierten Zusammenhang der stark reglementierten und sanktionierten Geschlechterbeziehungen der traditionellen Sozialordnung war schon die Möglichkeit des alleinigen Zusammentreffens zwischen jungen Männern und Frauen nicht gegeben: "... the chastity of the young people was watched and guarded at least as strictly as it was in Europe during the Victorian period. Instead of punishing only one of the two young people when the girl became pregnant, both were equally severely punished." (Aarni 1982: 29)

**F) Gebären als modernes Initiationsritual?**

Die Schwangerschaften von jungen Mädchen erscheinen - auf einer symbolischen Ebene - als neues, selbst generiertes Initiationsritual. Die alten Initiationsrituale, die den Übergang vom Kind zur Frau markiert haben (*efundula*), gibt es nicht mehr (oder kaum noch). So kann man das Mutter werden als ein individuell hervorgebrachtes Initiationsritual verstehen, mittels dem die jeweiligen Mädchen und jungen Frauen ihren Übergang vom Status des Kindes zur heiratsfähigen erwachsenen Frau anzeigen.

Auf einer pragmatischeren Ebene kann man feststellen, daß der Bedeutungsverlust des *efundula*-Rituals auch in einer mangelnden sexuellen Aufklärung der jungen Mädchen resultiert. Diese war ein wichtiger Bestandteil des Rituals, das vor allem im

Zuge der Christianisierung weitgehend verschwunden ist. Die schulischen Lehrpläne bieten in dieser Hinsicht kaum eine Alternative.<sup>177</sup>

### ***Moderne Armut und AIDS***

"Was it too much sex (as some have suggested), or too little food, too little medicine, and too many parasites that triggered the wave of susceptibility to HIV engulfing sub-Saharan Africa?"  
(Stillwaggon 2002: 9)

Wie schon in Kapitel 4.4.2 am Beispiel Katuturas ausgeführt, ist eine Konsequenz der geschilderten Modernisierungsprozesse, die in einer wachsenden Verstädterung resultieren, auch eine wachsende Armut, die sich in Gestalt eines Mangels an Nahrung, Wasser, Hygiene, Behausung und sozialer Sicherheit zeigt. Diese Form von Armut findet sich insbesondere in urbanen Kontexten. Man darf annehmen, daß es diese Form von Armut in den präkolonialen Lebenswelten so nicht gegeben hat - ebenso wie es sie auch heute in dieser Form im ländlichen Ovamboland nicht gibt.<sup>178</sup>

Armut hat einen schlechten Gesundheitszustand zur Folge. Einerseits geht das Wissen um die Techniken einer ausgewogenen subsistent-kleinbäuerlichen Nahrungsmittelversorgung mit dem Zuzug in die Stadt schnell verloren; andererseits ist unter den urbanen Lebensbedingungen ein Anbau auch nicht mehr möglich; auch Vorratshaltung kann kaum noch betrieben werden, die Anfälligkeit für Krisen steigt. In Namibia hat in nahezu dem gleichen Zeitraum, in der Urbanisierungsquote von 20,6 auf 38,9% gestiegen ist (von 1975 bis 1998) (UNDP 2000: 225), die pro-Kopf-Versorgung an Proteinen und Cerealien um 7,7%, die an Fett um 12,6% abgenommen (1970 bis 1997) (UNDP 2000: 239).

Personen in solchen von moderner Armut gekennzeichneten Lebensverhältnissen (und mit entsprechenden Ernährungsdefiziten) sind neben einer erhöhten sozialen Verwundbarkeit auch biologisch empfänglicher für eine Infektion mit HIV (sowie auch mit anderen Infektionskrankheiten) (Stillwaggon 2002).

### ***Gelungene und gescheiterte Migrationsprozesse***

Es kann sehr grob zwischen drei Typen von Abwanderungsprozessen vom Land in die Stadt unterschieden werden:

---

<sup>177</sup> Vgl. hierzu auch Schäfer 2002: 83.

<sup>178</sup> Vgl. Kapitel 4.4.1.

- 1.) Gescheiterte Migrationsprozesse, bei denen ländliche Migranten ihr Glück im städtischen Kontext versuchen, aber kein Fuß fassen oder von der städtischen Lebensweise abgestoßen werden und nach kurzer Zeit auf das Land zurückkehren (vgl. Fallstudien: Vilho Iiyambo).
- 2.) Migrationsprozesse, bei denen die Ansiedlung erfolgreich ist, die Zuwanderer in der Stadt bleiben, aber aufgrund der Rahmenbedingungen (keine dauerhafte Beschäftigung etc.) beständig am Rande der Geldwirtschaft leben und nicht aus der Squattercamp-Situation herauskommen (moderne Armut).
- 3.) Gelungene Migrationsprozesse, bei denen die Migranten ein Beschäftigungsverhältnis finden und es schaffen, sich erfolgreich an die Mechanismen der Geldwirtschaft anzupassen, evtl. ein Haus jenseits der Squattercamps beziehen und sich aufgrund ihrer ökonomischen Situation voll in das städtische Leben integrieren können.

Insbesondere die Migranten, die der unter 2.) geschilderten Lebensweise - die ich hier als moderne Armut gekennzeichnet habe - zuzuordnen sind, sind in hohem Maße verwundbar bezüglich HIV/AIDS. Sie sind aufgrund der ökonomischen Situation einem größeren Risiko ausgesetzt, sich eine HIV-Infektion zuzuziehen.<sup>179</sup>

#### *Armut und Verwundbarkeit von Frauen*

Die erhöhte soziale Verwundbarkeit innerhalb solcher moderner Armutssituationen trifft in besonderem Maße für Frauen zu: Insbesondere alleinstehende oder alleinerziehende Mütter, die auf der Suche nach Arbeit in die Stadt gekommen sind, sind verletzlich, wenn sie selbst keinen Zugang zu einem eigenen monetären Einkommen haben. Sie sind dann in der Notwendigkeit, ihre Versorgung (und die ihrer Kinder) abzusichern, wozu im städtischen Kontext Geld nötig ist. So veranlaßt der ökonomische Druck Frauen mit Männern (u.a. auch mehreren) Beziehungen einzugehen, um sich dadurch eine materielle Unterstützung zu sichern.<sup>180</sup>

Eine Interviewpartnerin berichtet:

"... so there I met a boyfriend. The boyfriend is working and I thought of maybe getting support from this boy, so I start[ed] making love, ... having sex."  
(Interview III/14 (2001))

<sup>179</sup> Wie später noch ausführlicher zu zeigen ist, sind jene auch stärker von den Folgen von AIDS betroffen: Wenn sie oder ein Angehöriger erkranken haben die Folgen von Krankheit und Pflegenotwendigkeit tiefgreifendere Auswirkungen, als bei stärker integrierten Zuwanderern.

<sup>180</sup> Im Extremfall kann dies zu Prostitution führen. Dann reduzieren sich die Austauschbeziehung aber auf *Sex gegen Geld*. Es wäre zu ungenau, alle Formen des Austauschs von Gütern gegen sexuelle Leistungen als Prostitution zu bezeichnen. Als eine Zwischenstufe kann der *transactional sex*, der Austausch von sexuellen *Leistungen* gegen Güter, verstanden werden.

Mit dem Ansteigen der Frequenz des Partnerwechsels (oder multiplen Partnern) steigt auch das Risiko, sich mit HIV zu infizieren.

***Zusammenfassung: Schlüsselfaktoren für die Anfälligkeit der namibischen Gesellschaft im Blick auf die AIDS-Epidemie***

Schlüsselfaktoren für die enorme Ausbreitung von HIV/AIDS in Namibia sind also:

- Geographische (Wanderarbeit, Migration) und soziale Mobilität,
- wachsende soziale Stratifizierung und Zunahme der Arm-Reich-Unterschiede<sup>181</sup>,
- das Wegbrechen von normativen Handlungsmustern (soziale Kontrolle, Geschlechterrollen) und Wertvorstellungen,
- Aufgabe von Subsistenzlandwirtschaft, Verarmung und in Folge dessen höhere soziale und biologische Verwundbarkeit,
- Wissensverlust (z.B. in der Subsistenzlandwirtschaft),
- wachsende Individualisierung,
- die Auflösung traditioneller Familienstrukturen und Geschlechterrollen und damit einhergehende Anomie-Phänomene (wie Gewalt im sozialen Nahbereich, Vergewaltigungen, Unterdrückung und Mißbrauch von Frauen und Kindern, Alkoholismus, zunehmende Selbstmorde).

Ein deutlicher Beleg für die hier entwickelte These zu den Ausbreitungsbedingungen von AIDS in Namibia, ist die Tatsache, daß die Regionen, in denen die gesellschaftliche Modernisierung am weitesten vorangeschritten ist, und in die zahlreiche Migranten einströmen, (nämlich die urbanen Wachstumsregionen, wie Windhoek (Katutura), Oshakati oder Katima Mulilo), die höchsten Prävalenzraten innerhalb Namibias haben (vgl. Abbildung S. 60).

---

<sup>181</sup> Namibia ist eines der Länder mit dem weltweit höchsten GINI-Koeffizienten, der die Unterschiede zwischen den höchsten und niedrigsten Einkommen in einem Land angibt (UNDP 1999). Halbach stellt fest: "Der Gini-Koeffizient ist in Namibia mit 0,70 schlechter als in jedem anderen Land der Erde (z.B. Brasilien mit 0,57, Indonesien 0,31, Bangladesch 0,34). [...] 1993 konsumierten die reichsten 1% der Haushalte ebenso viel wie die ärmsten 50%." (Halbach 2000: 176)

Diese hier vertretenen Theorien über die sozialen Bedingungen, die dem Virus seine pandemische Durchsetzungskraft verschaffen, werden zum Teil auch in den lokalen Alltagsdiskursen artikuliert, in denen AIDS als "omukithi gwonena"<sup>182</sup>, als moderne Seuche bezeichnet wird. Sie spiegeln sich aber auch in den umstrittenen Thesen des südafrikanischen Präsidenten Thabo Mbeki wider. Mbeki macht die Armut der afrikanischen Bevölkerung für die Epidemie verantwortlich.<sup>183</sup> Man muß nicht, wie Mbeki, den Zusammenhang von HIV und AIDS bestreiten, aber daß der HI-Virus sich in die zerstörten und aufgebrochenen Lebenswelten Afrikas, die Armut erst hervorbringen, einnistet und dort ideale Verbreitungsbedingungen findet – das ist nicht zu leugnen und steht auch nicht im Gegensatz zum biomedizinischen Erklärungsmodell. Unter Armut ist dabei nicht nur der Mangel an Geld oder an Kalorien zu verstehen (wobei auch der Zusammenhang von Unterernährung und AIDS evident ist; vgl. Stillwaggon 2002), sondern, umfassender, die Destruktion von Lebenszusammenhängen, von Familien, von kulturellen Traditionen. Der Virus braucht Beschleunigung, Mobilität, zerbrochene Familienzusammenhänge, braucht Institutionen, in denen die alten Umgangsformen der Menschen nicht mehr gelten. Kurz: Er braucht entlokalisierte und enttraditionalisierte Verhältnisse. (Gronemeyer 2002) Er verbreitet sich, wenn alte Autoritäten und Kontrollinstanzen kraftlos werden und Sexualität und Erotik zum Konsumgut wird. Die Kommerzialisierung des eigenen Körpers läßt sich u.a. anhand des Phänomens der *sugar daddies* nachvollziehen. Junge Frauen (Mädchen) und ältere Männer treten dabei in eine *Austauschbeziehung* (auch als *transactional sex* bezeichnet), in der Sex gegen Waren (wie Kleidung, Handys etc.) "getauscht" wird. Dieses Phänomen kann auch als Gelegenheitsprostitution eingestuft werden (Tersbol 2002).

---

<sup>182</sup> *Omukithi gwonena* heißt in oshivambo *Moderne Krankheit / Seuche*; vgl. Kapitel 7.2.3.

<sup>183</sup> Für eine Übersicht über die mediale Debatte um Mbekis Äußerungen zu HIV und AIDS und die Diskussionen zu diesem Thema in Südafrika, vgl. die Homepage des Hamburger Instituts für Afrikakunde: <http://www.rrz.uni-hamburg.de/IAK/MbekiDok.html>.

## **5. Soziale Folgen von HIV und AIDS**

### **Die Mikroebene -**

#### **Individuelle Auswirkungen von Infektion und Krankheit**

In diesem Kapitel werden die zentralen Untersuchungsergebnisse der empirischen Studie vorgestellt: Dabei wird aufgezeigt, welche sozialen Folgen die AIDS-Epidemie in Namibia (Katutura / Ovamboland) hat.

Zunächst wird die Perspektive des einzelnen gesellschaftlichen Akteurs verfolgt und anhand des empirischen Materials aus der Mikroperspektive die unmittelbaren Folgen für das Subjekt und sein Umfeld entlang des biographischen Verlaufs der HIV-Infektion (Zutagetreten der Infektion, Krankheit, Tod) geschildert.

### **5.1 Fallstudien<sup>184</sup>**

Es sollen hier zunächst einige Studien zu einzelnen HIV-Infizierten vorgestellt werden, um im Anschluß eine eingehende Analyse der verschiedenen Problemfelder, mit denen sie konfrontiert sind, darzulegen. Die Darstellung von einzelnen Fällen steht stellvertretend für viele Lebensgeschichten und Schicksale von Betroffenen und ist jeweils charakteristisch für eine bestimmte Familienform und einen bestimmten Umgang mit der Betroffenheit durch HIV und AIDS.

Ich habe den Versuch gemacht, die dargestellten Fallbeispiele entlang der für die städtische und ländliche Situation charakteristischen Familienkonstellationen auszuwählen, um so die Vielzahl möglicher sozialen Figurationen möglichst umfassend abzubilden.

Am Ende der Falldarstellungen findet sich eine Bewertung hinsichtlich der empirischen Bedeutung der jeweiligen sozialen Konstellation. Die Auswahl der Fälle kann zwar keinen Anspruch auf Repräsentativität erheben, dennoch ist darin ein Großteil der auffindbaren Familienverhältnisse abgebildet. Am Einzelfall werden typische Muster des Umgangs mit AIDS sowie Stadt-Land-Unterschiede sichtbar. In den Falldarstellungen tritt - deutlicher als in der von den Einzelschicksalen abstrahierten Zusammenschau der Problematik<sup>185</sup> - die Gesamtgestalt der

---

<sup>184</sup> Die Erzählperspektive dieser Darstellung nimmt immer das Interview als zeitlichen Bezugspunkt.

Schwierigkeiten zutage, mit denen Betroffene und deren Umfeld, im Kontext von AIDS, konfrontiert sind.

### 5.1.1 Ovamboland

Grundsätzlich finden sich im ländlichen Ovamboland größere Haushalte als in den städtischen Situationen; es sind fast ausschließlich mehrgenerational zusammengesetzte Haushalte anzutreffen.<sup>186</sup> Diese Haushaltsform, die der vernakulären Sozialstruktur der Großfamilie eines *eumbo* entspricht, ist die am häufigsten vorkommende Form des Zusammenlebens [vgl. beispielhaft Fall A<sup>187</sup>]. Daneben gibt es zahlreiche Haushalte, in denen die mittlere Generation dauerhaft oder temporär fehlt (weil sie gestorben oder zur Arbeitssuche in den städtischen Bereich migriert ist). In diesen Haushalten sorgen die Großeltern für ihre Enkel [vgl. Fall B]; wiederum gibt es Haushalte, in denen die (Ehe-)Männer dauerhaft abwesend sind<sup>188</sup> [vgl. Fall C, D]; und schließlich solche, in denen Erwachsene wieder in ihre Herkunftsfamilien zurückgekehrt sind, weil sie der Partner verlassen hat, er gestorben ist oder sie pflegebedürftig sind [vgl. Fall E<sup>189</sup>]. Es finden sich in der ländlichen Situation auch in immer stärker werdendem Umfang neue Formen der sozialen Organisation, die im Zuge der Auswirkungen der AIDS-Epidemie entstanden sind, wie z.B. *orphan-headed-households*<sup>190</sup> [vgl. Fall F<sup>191</sup>]

---

<sup>185</sup> Vgl. Kapitel 5.2.

<sup>186</sup> Vgl. Kapitel 4.4.1, in dem die vernakuläre Sozialstruktur dargelegt ist.

Dabei ist zu definieren, was unter dem Idealtypus des traditionellen Haushalt verstanden werden soll, auf welchen Zeitpunkt in der Vergangenheit referiert wird: a) die polygyne Familie mit einem Mann und mehreren Frauen, wie sie sich wohl vor der Ankunft der ersten Weißen vorfand; b) die unter Einfluß von Christianisierung und Mobilität örtlich versprengte und transformierte Form (in der ein Mann zwischen verschiedenen *omaumbo* mit verschiedenen Frauen umherwandert (vgl. Interview IV/23 (2003)); oder c) die christianisierte monogame Familie mit einem Haushalt.

<sup>187</sup> Vgl. auch etwa Interviews IV/13 (2003), IV/14 (2003).

<sup>188</sup> Weil sie die Familie verlassen haben, gestorben sind oder sich dauerhaft in Arbeitsmigration befinden. In solchen familialen Situationen findet sich zumeist eine Frau, die für zahlreiche Kinder (oder andere Familienangehörige) sorgt, für die sie ökonomisch verantwortlich ist. Dies ist zweifellos einer der am häufigsten vorkommende Haushaltstypen.

Den umgekehrten Fall, bei dem die Frau abwesend ist und der Mann sich um die Kinder kümmert, gibt es praktisch nicht. Tritt die Situation ein, daß die Männer zurückbleiben (weil die Frau stirbt oder sie verläßt), werden die Kinder auf andere Teile der Familie aufgeteilt; vgl. auch traditionelle Geschlechterrollen.

<sup>189</sup> Vgl. auch Interview IV/11 (2003).

<sup>190</sup> Unter dem Begriff *orphan-headed-household* verstehe ich eine Erweiterung der gebräuchlichen Bezeichnung *child-headed-household*. Die Bezeichnung *child-headed-household* ist ungenau, wenn der/die älteste Waise den Rest der Geschwisterreihe versorgt aber evtl. über 18 Jahre alt ist und man dann eigentlich nicht mehr von "*child*"-headed-household sprechen kann. Außerdem kann der/die Älteste der Geschwister dann aber - aufgrund der Versorgungsverpflichtung - nicht an einem anderen

oder Institutionenkinder, d.h. Kinder, die nicht in einem familialen Umfeld, sondern in einer Institution aufwachsen [vgl. Fall G].

Auch gibt es, vor allem in den semiurbanen Siedlungen um Oshakati, Ongwediva und Ondangwa, immer mehr alleinstehende Frauen, die Kinder (auch jenseits der eigenen Ursprungsfamilie) aufnehmen, weil deren Mütter gestorben sind<sup>192</sup>.

Außerdem finden sich Alleinlebende ohne Kinder (*Singles*), deren Beziehungen zum Rest der Familie auf ein Minimum beschränkt sind<sup>193</sup>. Weiterhin sind schließlich auch neue Formen des Zusammenlebens (Typ *Notgemeinschaft*) beobachtbar, bei denen sich im Prinzip eine Art Wohngemeinschaft unterschiedlicher Menschen verschiedener Geschlechter und Altersgruppen bildet, die nicht miteinander verwandt sind, sich aber zu einer Wohn- und Wirtschaftsgemeinschaft zusammengeschlossen haben<sup>194</sup>. Diese Haushaltsformen finden sich jedoch im städtischen Katutura häufiger, deshalb werden sie hier nicht dargestellt.

#### **A) Maria und Joseph Shikongo (Ovamboland)<sup>195</sup>: *Infiziertes Ehepaar***

Joseph ist 50 Jahre, seine Frau Maria 47 Jahre alt. Sie sind schon seit ihrer Jugend ein Paar. 1974 hat Joseph seine damalige Freundin Maria und ihr gemeinsames Kind verlassen, um sich dem bewaffneten Befreiungskampf anzuschließen. All die Jahre bis zur Unabhängigkeit hat Joseph als PLAN-Kämpfer in Angola verbracht. Seine Frau hat er nur sehr selten besuchen können. Nachdem er 16 Jahre lang Soldat war, fand er nach der Unabhängigkeit des Landes eine Anstellung bei der Polizei in Ondangwa. Er heiratete Maria. Die beiden besitzen heute ein Grundstück mit einem kleinen Haus am Rand von Ondangwa. Ihre Kinder leben bei den Großeltern in einem ländlichen *eumbo* in Okakule in der Ohangwena-Region. Hierhin kehren die beiden auch immer zurück, wenn Joseph nicht arbeitet - an Wochenenden und im Urlaub. Die beiden haben fünf Kinder zwischen 9 und 28 Jahren. Die älteste Tochter ist bereits verheiratet und lebt nicht mehr, wie die anderen Kinder, bei den Großeltern.

Maria betreibt in dem kleinen Haus einen *cuca-shop*. Sie verkauft Bier und kleine Gegenstände des täglichen Bedarfs wie Streichhölzer und Waschmittel.

1997 hat Joseph erstmals wahrgenommen, daß mit seinem Gesundheitszustand etwas nicht stimmt:

---

Ort einen eigenen Haushalt gründen (vgl. etwa Interviews IV/12 (2003), IV/22 (2003)). Die Bezeichnung *orphan-headed-household* ist folglich treffender.

<sup>191</sup> Vgl. auch Interview IV/22 (2003).

<sup>192</sup> Vgl. etwa Interviews IV/15 (2003), IV/16 (2003).

<sup>193</sup> Vgl. etwa Interview IV/20 (2003).

<sup>194</sup> Vgl. etwa Interview IV/17 (2003).

<sup>195</sup> Vgl. Interview III/15 (2001).



"After coming back home, it was 1990, I never even felt anything worried in me, except in 1997 I just started minor illnesses. [...]

So .. when I realised that there is maybe something wrong with my body, then I decided to myself to go for a test. [...]

Then, after that, I went and brought my wife for a test."

Beide wurden positiv getestet. Bisher haben die beiden einzig einem Bruder von Joseph und dessen Frau ihren Status anvertraut. Der Bruder ist Krankenpfleger in einer Klinik und hilft beiden - wie Joseph berichtet - immer wieder durch Gespräche und Zureden mit der Situation umzugehen. Er hat Joseph auch seine Selbstmordabsichten ausgedet:

"It is good to tell somebody that "I'm HIV positive", but it's difficult on another side because there are people who are used to ... to talk and even to hate people with HIV/AIDS so because you might find the people at cuca-shops talking about you and they don't want to share even a chair with you .. even something with you, because you are HIV positive. Therefore I feel that there is a need really to tell somebody ... because it helps. It helps a lot. And now just tell .. that who is interested that can keep the secret. [...]

I get support from my brother, psychologically, and my sister in law of that brother. [...]

There are a lot of thoughts but ... I am not afraid of to be died or even to become sick, but there were some thoughts of committing suicide, but there were my brother ... My brother and my sister in law supported me psychologically. There I experienced that this is helpful."

Joseph benennt mangelndes Vertrauen und die Angst, andere könnten unter Alkoholeinfluß seinen Status weiter erzählen, als Gründe, sich sonst niemandem anzuvertrauen. Die beiden kennen niemand anderen, der - wie sie - HIV positiv ist. Auch die Kinder wissen nichts vom Status der Eltern. Dennoch haben die beiden ihre Kinder darüber aufgeklärt, wie man sich am Besten vor HIV schützt. Doch beide sind der Ansicht, daß die Schule diese Aufgabe in erster Linie übernehmen sollte. Mit ihren Kindern über Sexualität zu sprechen, finden sie schwierig.

"MR: I can imagine it's not easy to talk with your own children about sexuality?!"

"It's mostly to those grown up. It's better, much better - but it's *so* difficult."

Josephs größte Sorge gilt seinen Kindern und was mit ihnen sein wird, wenn seine Krankheit ausbricht und er nicht mehr arbeiten gehen kann. Auch die übrige *extended family* ist von seinem Einkommen abhängig .

"You know ... in this salary is where many people benefit: Their children about school fees, uniforms, food, and there is this extended families on both sides. When they become sick they come to beg money here, when something is happen[ing] there, they come to him, bagging for money. Means that this money is .. having an impact on many, on the majority, surround[ing] them. [...]

Ya, there is fear of that: If I die, the children will suffer. Because I think, looking into the suffering ... my children, [they] are experiencing while I am alive, I think that maybe when I die they will suffer more, because what they have experienced is that, when somebody dies, there are some people who don't care about others children. They can take care of own children, while neglecting that .. which is very bad. - And it's what may make many people afraid of dying."

Die Lebensweise, in der Maria und Joseph leben, ist für Nordnamibia charakteristisch: Es gibt eine großfamiliale Haushaltsstruktur mit mehreren

Generationen, die miteinander zusammen leben. Ergänzt wird die subsistenzwirtschaftliche Wirtschaftsweise durch das monetäre Einkommen, daß der Ehemann (Joseph) im Rahmen seiner Tätigkeit als Polizist und die Frau (Maria) beim Betreiben des *cuca-shops* erwirtschaften. Sobald es ihnen möglich ist, suchen sie dann das ländliche Umfeld auf, wo die Kinder und Großeltern leben. Die Familie ist also gleichsam dauerhaft in zwei Haushaltssegmente aufgesplittet: Der ländliche *eumbo*, wo Großeltern und Enkelkinder leben und der städtische Haushalt, der aufgrund der Arbeitssuche von Maria und Joseph entstanden ist. Der ländliche *eumbo* wird als der Lebensmittelpunkt angesehen.

In der Mehrzahl der Fälle finden allerdings die Arbeitssuchenden eher in einer Stadt, die weiter im Süden Namibias liegt, eine Beschäftigung. Oftmals wandert zudem nur ein Ehepartner ab, während der andere (oftmals die Frau) im ländlichen Bereich verbleibt.

Als eher ungewöhnlich zu vermerken ist die Tatsache, daß es ein offenes Gespräch zwischen beiden Ehepartnern um die Infektion gibt.

### **B) Ndeshivela Nambala (Ovamboland)<sup>196</sup>:**

#### ***Infizierte AIDS-Waise und ihre Großeltern***

Ndeshivela ist ein kleines Mädchen im Alter von acht Jahren. Sie wirkt schüchtern<sup>197</sup>, schmal und kränklich. Sie lebt in Ontunda bei ihren Großeltern, den Eltern der Mutter, Familie Hangula. Die Großeltern hatten 16 Kinder, von denen in den letzten Jahren fünf an AIDS gestorben sind. Auch Ndeshivelas Mutter ist an AIDS gestorben. Ndeshivela war damals einen Monat alt. Sie hat ein weiteres älteres Geschwister. Insgesamt leben drei Waisen im Haushalt. Ndeshivelas Mutter lebte und arbeitete in Windhoek bis sie krank wurde und zu ihren Eltern zurückkehrte. So war es auch bei allen anderen, bereits gestorbenen Kindern der Hangulas. Alle lebten in den Städten des Südens. Als sie krank wurden, kamen sie zu ihrer Herkunftsfamilie zurück, wo sie gepflegt wurden, wo sie starben und wo ihre Kinder nun versorgt werden.

Den Vater von Ndeshivela kennen die Großeltern nicht, es gibt keinen Kontakt.

<sup>196</sup> Vgl. Interview IV/07 (2003).

<sup>197</sup> Auch die Interviewsituation war hiervon gekennzeichnet. Der Großteil des Gesprächs fand mit den sorgenden Großeltern statt, die über ihre Situation und Ndeshivela berichteten. Nur wenige Bemerkungen wurden auf direkte Ansprache von dem Kind selbst gemacht, was sich in der Falldarstellung widerspiegelt. Dies ist aber von daher nicht verwunderlich, da es dem üblichen Respektverhalten von Kindern entspricht, sich nicht zu äußern, wenn Erwachsene sich unterhalten - selbst wenn sie das Objekt des Gesprächs sind. Mehr noch: Im Regelfall sind die Kinder nicht einmal bei einem solchen Gespräch anwesend. Von einer anderen Gewährsperson, im Bezug auf diesen *ethos* (s.o.) der ländlichen Lebenswelten, formuliert: "The children ..., they can't listen to the grown-up's stories." (Feldnotizen VI/2003)

"We don't know. He never came to attend the funeral since the mother died. We don't know him, we don't know his face."

Den Vater von Ndeshivelas Cousine, deren Mutter ebenfalls an AIDS gestorben ist, kennen die Großeltern Hangula zwar, aber auch dieser besucht und unterstützt das Kind nicht.

"That other father is here, we just saw him, we know him, but he never came and visited the child .. support anything."

Der Großvater erhält eine staatliche Alterspension von 250,- N\$. Die Familie lebt vor allem von der Subsistenzlandwirtschaft, vom Anbau von Mahangu.

Insgesamt leben 16 Personen im Haushalt: die Hangulas und eine Schwester der Mutter, die zehn Kinder und die drei Waisen, die bisher einzigen Enkel der Hangulas.

In früheren Jahren war der Großvater als Arbeitsmigrant in Walvis-Bay, Windhoek und Tsumeb und ist hier verschiedenen Beschäftigungen nachgegangen.

Im Alter von sechs Jahren begann Ndeshivela, wie die anderen Kinder, in die Schule zu gehen. Sie hatte aber ständig mit verschiedenen Krankheiten zu kämpfen, so daß sie nach einem halben Jahr schließlich ganz Zuhause blieb. Seither ist sie nicht wieder in die Schule gegangen. Die Großeltern haben sie aufgrund der andauernden Krankheiten einem HIV-Test unterzogen, der das erwartete Ergebnis - HIV-positiv - bestätigte.

An den Vormittagen ist Ndeshivela in der Regel das älteste Kind im Haus, da die anderen in der Schule sind. Sie spielt dann mit den jüngeren Kindern. Im Haushalt helfen, wie beispielsweise Wasser holen, kann sie aufgrund ihres körperlichen Zustandes kaum.

Das Schicksal von Ndeshivela fügt sich an die zuvor dargelegte Fallgeschichte [A] an. Man kann die gleiche soziale Figuration nachzeichnen: Die mittlere Generation begibt sich auf Arbeitssuche in ein städtisches Umfeld, die Kinder werden bei den Großeltern gelassen und hier aufgezogen. In gewisser Weise ist das Schicksal von Ndeshivela, als AIDS-Waise bei den Großeltern auf dem Land aufzuwachsen, ein potenzielles Zukunftsszenario für die Kinder von Maria und Joseph (s.o.).

Als Unterschied ist festzuhalten, daß die Mutter von Ndeshivela vor ihrem Tod nicht mehr mit ihrem Vater zusammenlebte, die Großeltern jenen nicht einmal kennen.

Eine eher charakteristische Situation, angesichts der Häufigkeit gleichsam der Normalfall. Die Konsequenz ist, daß es nach dem Tod der Mutter keinerlei Kontakt zum biologischen Vater gibt und folglich auch keinerlei materielle Unterstützung des Kindes zu verzeichnen ist.

Die Besonderheit bei Ndeshivela ist, daß sie HIV-positiv ist, da sie von der Mutter mit dem HI-Virus infiziert wurde. Ihre Lebenserwartung ist damit deutlich eingeschränkt. Die häufigen Krankheiten verhindern, daß sie zur Schule gehen kann,

daß sie im Haushalt helfen kann und resultieren in einer größeren Arbeitsbelastung für die sorgenden Großeltern.

**C) Olivia Ekandjo (Ovamboland)<sup>198</sup> *Betrogene und mißhandelte Frau***

Olivia ist 40 Jahre alt. Sie hat sechs Kinder im Alter von 6 bis 17 Jahren und lebt mit ihnen am Rande von Ondangwa in einer semiurbanen Siedlung nahe der Stadt. Sie wohnt in einer Wellblechhütte in einer *eumbo*-ähnlichen Wohnanlage. Olivia hat schon immer hier auf dem Land gelebt und war noch niemals in einer der größeren Städte des Südens.

Als Olivia längere Zeit krank war, entschied sie sich, einen HIV-Test zu machen und wandte sich an ihre Nachbarin, die als Krankenschwester im Hospital arbeitet. Sie und ihr jüngstes Kind wurden getestet. Es stellte sich heraus, daß beide HIV-positiv sind. Olivia befürchtet, daß auch weitere Kinder infiziert sein könnten, aber hatte bislang nicht die Kraft, mit ihnen zum Test zu gehen.

Mit dem Ehemann gibt es kein Gespräch über HIV. Er arbeitet seit der namibischen Unabhängigkeit bei der Armee und kommt einmal im Jahr für einige Wochen zu seiner Familie. Doch das Verhältnis zwischen beiden ist schlecht, die Beziehung zerrüttet: "Whenever he is coming, we are always having arguments", berichtet sie. Wenn der Mann zu Hause ist, vernachlässigt er außerdem seine Pflichten als Haushaltsvorstand:

"He comes sometimes but when he comes, it doesn't look like that a man came in the house."

Olivia ist verzweifelt über die Lage. Während sie erzählt, bricht sie in Tränen aus.

"My relationship with the husband is totally out. [...] he doesn't want to use condom, that is one of the problem in the house. [...]"

You need love, you need care, you need - you know - everything from your husband, and now you are separated with HIV and the child, when sometimes the child is sick, and is having problem, I mean, I am in condition with this, really unreasonable condition."

Immer wieder ist der Mann gewalttätig, vergewaltigt Olivia sogar.

"One day he came ... he had taken his pistol and I don't know what he wanted, but he threatened me. [...] Our men think, that you are a woman, you should just lie down like a nut and then he can do whatever he wants."

Olivia erhält keinerlei finanzielle Unterstützung durch ihren Ehemann.

MR: "But your husband is giving you some money, when he comes once a year, or sending something from abroad - or even not doing that?"

"No, they [*the men*] are predators, ... he's not supporting."

Sie ist sich darüber im klaren, daß es neben ihr andere Frauen gibt, die an dem Gehalt ihres Mannes teilhaben:

MR: "But what is he doing with the money, with his salary?"

"Women, .. women."

<sup>198</sup> Vgl. Interviews IV/21 (2003), V/09 (2003); Feldnotizen VI/2003.

Sie weiß sogar von Gerüchten zu berichten, ihr Mann habe weitere Kinder neben den ehelichen.

Olivia verdient sich ein wenig Geld mit dem Verkauf von selbst hergestellten Lebensmitteln wie Kuchen (*Vetkoke*) und gegartem Fisch auf dem nahen Straßenmarkt. Dies ist ihr möglich, wenn die Kinder gesund sind. Tritt der Fall ein, daß Einzelne krank werden, um die sie sich dann kümmern muß, fällt dieses monetäre Einkommen zeitweise aus.

Olivias Lage ist von daher charakteristisch, da sie für eine Vielzahl von weiblichen Lebenssituationen steht. Sie ist zwar verheiratet, aber der Mann ist sozial nicht existent. Er taucht nur gelegentlich auf und dann gibt es meist auch noch Streit oder gar Mißbrauch und Vergewaltigung. Er unterstützt weder seine Ehefrau noch seine Kinder, das Gehalt kommt anderen Frauen und Freundinnen zugute. Die gesamte Hausarbeit, die Versorgung der Kinder und die Erwirtschaftung von zusätzlichem monetären Einkommen wird ausschließlich von der Frau bewältigt. Der Mann tritt nur als Erzeuger der Kinder in Aktion. In dieser angespannten Atmosphäre ist kein Gespräch über eine HIV-Infektion möglich. Dieses würde vermutlich die Situation nur noch verschlimmern.

Schwierig wird es meist für die Frauen, wenn es um die Vermeidung von Reinfektionen durch ihre Männer geht. Die Forderung oder Verwendung von Kondomen ist ebenso wie das Gespräch über HIV oder AIDS kaum möglich, da dies eine Thematisierung des Komplexes zur Folge haben würde.

**D) Maria Kutonokwa (Ovamboland)<sup>199</sup>**

***Alleinstehende Frau, die von den Kindern gepflegt wird***

Maria ist 39 Jahre alt. Sie liegt seit Wochen in einem Wellblechhaus mit zementiertem Boden innerhalb ihres *eumbo*. Hier liegt sie auf einer Schaumstoffmatratze am Boden. Sie ist ausgemergelt und sehr krank: Sie wiegt nur noch 20 Kilogramm. Nahrung kann sie nur noch in flüssiger Form zu sich nehmen, da sie zahlreiche Geschwüre im Mund- und Rachenbereich hat. Sie hat damit alle typischen Symptome eines voll ausgeprägten AIDS-Krankheitsbildes. Sie spricht mit leiser und gebrochener Stimme.

Maria hat fünf Kinder im Alter von 11 bis 21 Jahren. Zwei der Kinder, die älteste und die zweitjüngste Tochter (13 Jahre), leben bei ihr. Die anderen leben bei ihrer Schwester, die sich um jene kümmert.

---

<sup>199</sup> Vgl. Interview IV/06 (2003).

Marias erster Mann, der Vater der drei ältesten Kinder, ist bei einem Arbeitsunfall - er war Elektriker - ums Leben gekommen. Ihr zweiter Mann (Vater des vierten Kindes) ist an einer Krankheit gestorben. Von dem dritten Mann, dem Vater ihres letztgeborenen Kindes, hat sie sich inzwischen getrennt. Von ihm kommt keine Unterstützung, weder materiell, noch finanziell, noch ideell.

"The father of the last born is - even he is still here, he is not supporting her, he doesn't even visit the child."

Maria wird von ihrer ältesten Tochter (21 Jahre) versorgt, die auch die körperliche Pflege gewährleistet. Die Tochter hat deshalb die Schule nach der achten Klasse verlassen. Etwa alle drei Wochen kommt als weitere Unterstützung eine Krankenschwester zu einem *Home-based-Care*-Besuch vorbei.

Es gibt kein finanzielles Einkommen im Haushalt und keine regelmäßige Unterstützung von außerhalb. Maria hat sich und ihre drei Kinder bislang ausschließlich durch Subsistenzlandwirtschaft versorgt. Seit sie bettlägerig ist, kann sie nicht mehr die Felder versorgen. Die älteste Tochter kann nicht durchgängig auf dem Feld arbeiten, da sie die Mutter pflegt. Die Zeit der jüngeren Tochter ist begrenzt: Sie geht vormittags zur Schule und hat täglich etwa drei Stunden Schulweg zurückzulegen. Somit hat die für die Landwirtschaft aufgewandte Arbeitszeit in den letzten Monaten immer weiter abgenommen, was sich - wie sich jetzt andeutet - in einer verringerten Ernte niederschlagen wird. Die Mahangu-Pflanzen konnten nicht ausreichend umgesetzt werden, die Erde konnte nicht ausreichend aufgelockert und das Unkraut nicht genug gejätet werden.

Aber Maria hat keine Angst vor dem was kommen wird:

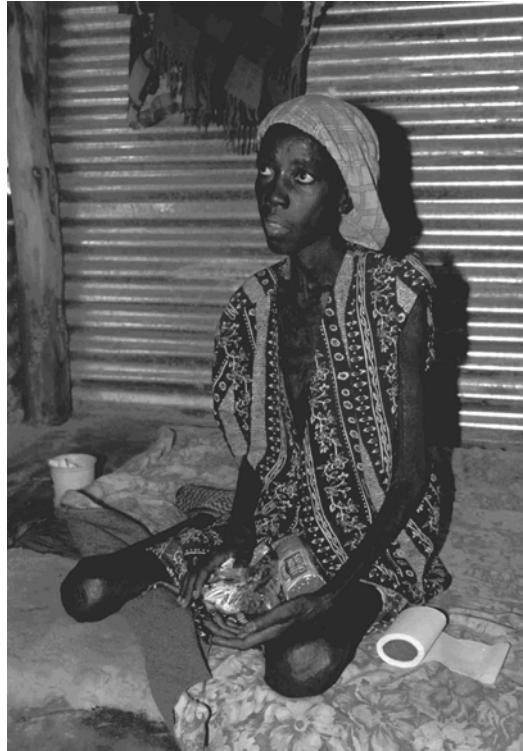
"I have not fear of anything. I am always praying, God to give me a good power and whenever the time comes, I am prepared, as a Christian. I am always praying to God to help me to have power."

Ab und zu wird sie von befreundeten Nachbarn besucht, die sich um sie kümmern, mit ihr beten und sie nach deren Möglichkeiten unterstützen.

"I have friends to visit me sometimes. Some women .. visit me, pray for me, bringing some cool-drink and then give me 10,- dollar.<sup>200</sup>"

---

<sup>200</sup> Umgerechnet etwa 1,- €.



**Abbildung: Maria Kutonokwa (Foto: Rompel)**

Der Fall von Maria entspricht in vielerlei Hinsicht der Lage von Olivia. Die Konstellation ihrer Lebenssituation ist ein potenzielles Szenario für Olivias Zukunft. Wenn die ersten Krankheitssymptome eintreten, gibt es wenige Optionen. Es liegt nahe, daß der Mann die Pflege kaum gewährleisten wird - wenn er überhaupt vorhanden ist. Es bleiben dann die Möglichkeiten, entweder zur eigenen Herkunftsfamilie zurückzukehren oder von den eigenen Kindern versorgt zu werden.

**E) Benita Johannes (Ovamboland)<sup>201</sup>**

*Verlassene Frau mit Kindern, die von der Mutter versorgt wird*

Benita ist 31 Jahre alt. Sie lebt mit ihren zwei 12 und 14 Jahre alten Kindern, der Mutter und zwei Kindern der Schwester - die vor kurzem an AIDS gestorben ist - in einem *eumbo*. Sie ist nicht verheiratet, die zwei Kinder haben verschiedene Väter. Der eine lebt in der Nähe, kümmert sich aber nicht um sie und das Kind. Der andere Vater ist gestorben.

Benitas Gesundheitszustand verschlechterte sich seit Ende der 90er Jahre. Sie wurde zuerst immer wieder krank und die Krankheiten brauchten zunehmend länger, bis sie auskuriert waren. Sie entschloß sich schließlich zu einen HIV-Test, der ein positives Ergebnis brachte. Lange Zeit hat sie niemandem davon erzählt. Erst als ihr

<sup>201</sup> Vgl. Interview IV/05 (2003), V/06 (2003).

Gesundheitszustand nicht mehr besser wurde, hat sie ihre Mutter eingeweiht. Diese hat sie daraufhin sofort versucht zu unterstützen:

"Last year I decided to tell the mother, that I am positive. [...] Ya, when I told my mother, my mother just started counselling me: I should not think I am not a human, I should only pray to God and I can just believe. [...] I can just accept that I am positive, and I should learn how to live positive. [...]

The mother was not, the mother was not blaming me. [...]

Ya, the mother is always trying to give any help."

Benita trägt alle typischen Zeichen der Immunschwächekrankheit: Sie ist stark abgemagert, hat keinen Appetit, Karposi Sarkoma am Körper und in der Speiseröhre sowie ständige Kopfschmerzen.

Die *Home-based-Care*-Schwester berichtet vom ältesten Sohn Benitas, wie dieser ihr zu helfen versucht hatte:

"The boy is clever, the last born is very clever. He didn't wanted to go to school. I came and talk to him, he was only hunting some birds, to bring the meat so that the mother can eat."

Der dritte der Geschwisterreihe ist ein Bruder, der in Windhoek lebt und dort als Polizist arbeitet. Er hat den Kontakt zu Benita abgebrochen, als er von ihrer Krankheit erfahren hat. Manchmal kommt er an den Wochenenden auf sein Gehöft, das in der Nähe von den elterlichen *eumbo* ist, in der Benita jetzt wohnt. Doch er vermeidet jeden Kontakt zu seiner Mutter und zu seiner Schwester.

"The brother [...] he works as a policeman, he is a married man, he doesn't even come to his family, he doesn't even support. He is a married, a policeman and doesn't come. Ya, whenever he comes to the house of the others, then he came and go back and did not come to say "hallo".

He is just passing the eumbo [...] He lives a bit further. When he comes, he just comes late to the house and then goes back."

Die Familie lebt im Wesentlichen von Subsistenzwirtschaft. Das einzige monetäre Einkommen für den gesamten Haushalt ist die monatliche Altersrente für die Mutter in Höhe von 250,- N\$<sup>202</sup>. Hiervon werden alle Ausgaben, wie die Schulgebühren für die vier Kinder, neue Schuluniformen, Transportkosten zum Krankenhaus und Behandlungsgebühren bestritten.

Als die Schwester vor kurzem starb, mußten Benita und ihre Mutter außerdem die Beerdigung finanzieren. Die Schwester war verheiratet, der Mann aber schon vor längerer Zeit gestorben.

"Yes, she was married but the husband died first. So the kids are totally orphans. Ya, they are orphans. Totally because both they don't have father and mother."

Die Beerdigung war angesichts der Einkommenslage eine enorme finanzielle Belastung für den Haushalt.

"A family meant a family to me. We went and get a coffin for 750,- dollar credit, and then we were paying little by little, little by little, every month till we finished this coffin ... until we finished."

Auch Benita findet viel Kraft in ihrem Glauben:

MR: "May I ask what your greatest fear for the future is?"

"No, I am only thinking of God. I am ready, I am not afraid of it. I know I am sick and the disease I have is not curable."



Auch im Fall von Benita zeigt sich eine gängige soziale Figuration, in der man Frauen, die AIDS-krank und von ihrem Mann verlassen sind, vorfinden kann. Neben der Option, von den eigenen Kindern gepflegt zu werden, wird - insbesondere wenn die Kinder zu klein sind - häufig der Weg beschritten, zur eigenen Herkunftsfamilie zurückzukehren. Oft besteht auch diese Herkunftsfamilie nur noch aus der eigenen Mutter.

**F) Vilho Iiyambo (Ovamboland)<sup>203</sup>: *orphan-headed-household***

Vilho ist 26 Jahre alt, er lebt in Oshigambo. Seine Eltern sind 1998 bei einem Autounfall ums Leben gekommen. Seitdem lebt er allein mit seinen drei jüngeren Geschwistern. Insgesamt sind sie vier Geschwister, im Alter von 18 bis 26 Jahren - drei Männer und eine Frau. Sie bestellen gemeinsam den Acker; in der Regenzeit arbeiten sie ab sieben Uhr morgens gemeinsam im Feld.

Zu den Verwandten gibt es kein gutes Verhältnis. Die Familie des Vaters kam nach seinem Unfalltod und nahm die neun Rinder der Familie an sich, um diese zu schlachten. Danach wurden Vilho und seine Geschwister noch bis vor drei Jahren von der Vaterfamilie ab und zu unterstützt, inzwischen sind sie aber ganz auf sich gestellt. Vilho hatte bisher zwei Freundinnen. Aus der einen Beziehung gibt es ein Kind, das 1998 geboren wurde und bei der Mutter lebt.

Nachdem Vilho die Schule mit dem Abschluß der zwölften Klasse im Jahr 1999 beendet hatte, bewarb er sich bei der Armee. Die Armee (NDF: National Defence Force) ist die einzige Institution in Namibia, die einen negativen HIV-Test als Einstellungsvoraussetzung von ihren Rekruten fordern darf. So werden alle Bewerber zu einem HIV-Test geschickt. Auch Vilho ging in das nächstgelegene Krankenhaus, das Onandjokwe-Hospital in Ondangwa. Dort wurde ein HIV-Test gemacht, der positiv ausfiel. Damit hatte Vilho nicht gerechnet.

"I was very shocked, after my results came out."

Seine Zukunftsplanung war damit zerstört, was ihn sehr bedrückte. Seinen Geschwistern gegenüber behauptete er, die Armee habe seine Bewerbung abgelehnt, seinen HIV-Test verschwieg er. Auch die monatlichen *follow-up* Untersuchungen im Krankenhaus hält er geheim.

Vilhos Lebenssituation steht für eine neue und wachsende Anzahl eines Haushaltstypus, in dem sich weder Eltern noch Großeltern vorfinden. Die Eltern oder das versorgende Elternteil sind in solchen Fällen meist gestorben, wie in Vilhos

---

<sup>202</sup> Umgerechnet etwa 25,- €.

<sup>203</sup> Vgl. Interviews IV/12 (2003), V/07 (2003).

Familie nicht notwendigerweise an AIDS, aber doch in einem wachsenden Maße. Die Großeltern sind entweder auch nicht mehr am Leben oder zu alt, um die Versorgung zu gewährleisten. In solchen Fällen wird zunehmend von den Verwandten der Weg beschritten, die Kinder der Geschwisterreihe nicht aufzuteilen, sondern sich selbst zu überlassen. Dabei übernimmt dann in der Regel der oder die Älteste die Rolle des Haushaltsvorstandes.

Eine besondere Dramatik kommt hinzu, wenn dieser *neue* Haushaltsvorstand selbst HIV-positiv ist und über kürzere oder längere Zeit aufgrund von Krankheit oder Tod diese Funktion nicht mehr wahrnehmen kann und darüber hinaus weitere Anforderungen für die verbleibenden Geschwister entstehen.

### **G) Heidimbi Johannes (Ovamboland)<sup>204</sup>: *Institutionenkind***

Heidimbi erscheint auf den ersten Blick als ein ganz normaler Junge. Er ist sechs Jahre alt, geht seit kurzem zur Schule und lebt in der Nähe von Ondangwa, im Norden Namibias. Aber er unterscheidet sich von anderen Kindern: Heidimbi ist HIV-positiv und er lebt seit seiner Geburt in einem Krankenhaus. Die Mutter hat den Jungen in einer Plastiktüte an einer Straße ausgesetzt, wo er - offensichtlich nur wenige Stunden nach der Geburt - gefunden wurde. Man brachte ihn ins nahegelegene Onandjokwe-Hospital. Seitdem lebt Heidimbi auf der Station 9 des Krankenhauses, wo Infektionskrankheiten behandelt werden. Er hat im Flur neben dem Bereitschaftsbereich der Schwestern ein kleines Bett. Essen erhält er vom Krankenhauspersonal, von dem er gelegentlich auch - für einen Abend oder ein Wochenende - mit nach Hause genommen wird. Seine Spielgefährten sind kranke Kinder und Jugendliche, die als Patienten in die Station eingewiesen sind.

Wenn man mit Heidimbi über das Gelände des Krankenhauses geht und an *seiner* Station vorbeikommt, berichtet er stolz: "This is my house - I live there".

Heidimbi ist bislang nicht krank, er ist infiziert mit dem HI-Virus, der - ohne medizinische Intervention - auch bei ihm irgendwann zur Immunschwächekrankheit AIDS führen wird. Anders als bei anderen HIV-positiven Kindern, die bereits mit Symptomen oder schweren Krankheiten geboren werden und meist nur kurz leben, geht es Heidimbi bis jetzt körperlich gut. Er hat die Krankheiten, mit denen jedes Kind zu kämpfen hat, aber keine äußerlichen Anzeichen, die auf seine HIV-Infektion hindeuten.

---

<sup>204</sup> Vgl. Interview V/08 (2003).



**Abbildung: Heidimbi Johannes (Foto: Rompel)**

Heidimbis Schicksal steht für eine neue Situation. Die Mutter muß mit der Aussicht, ein Kind zu versorgen, so überfordert gewesen sein, daß sie ihn kurzerhand ausgesetzt hat. Außerdem scheint sie auch niemand in ihrer Verwandtschaft gesehen zu haben, der diese Sorge für das Kind hätte übernehmen können. Das Aufwachsen nicht bei den biologischen Eltern, sondern bei Großeltern oder Tanten und Onkeln ist wie gezeigt, nichts Außergewöhnliches, sondern eher üblich. Und doch hat die Mutter diese Möglichkeit nicht gesehen. Über die Gründe läßt sich nur spekulieren. Nun wächst Heidimbi in einer Institution auf, da sich auch sonst niemand gefunden hat, der ihn aufnimmt. Die Tatsache, daß keine Person oder Familie gefunden wurde, von der Heidimbi aufgenommen worden ist, wurde natürlich begünstigt von der Tatsache, daß er HIV-positiv ist und damit keine *normale* Lebenserwartung hat. Mehr und mehr Schicksale, die dem von Heidimbi ähneln, lassen sich verzeichnen. Dabei setzen die Mütter ihre Kinder nicht immer aus. Der häufigere Modus ist, daß sie bei oder nach der Geburt versterben - insbesondere wenn sie HIV-positiv sind, oder so schwach sind, daß sie sich nicht selbst um das Kind kümmern können. In den meisten Fällen dieser Art, werden die Kinder dann früher oder später von Verwandten abgeholt. Es kommt aber zunehmend vor, daß niemand erscheint, um die jeweiligen Kinder anzunehmen.

### 5.1.2 Katutura

Im urbanen Katutura sind Haushalte in der Regel sehr viel kleiner als in den ländlichen Regionen. Es gibt viel mehr Personen, die alleine leben (*Singles*) oder deren Kinder bei Angehörigen auf dem Land untergebracht sind. Zwar findet man auch in Katutura Haushalte, in denen mehrere Generationen zusammenleben [vgl. Fall A], diese machen jedoch - im Vergleich zu Ovamboland - einen wesentlich geringeren Teil aus.

Es gibt sehr viele *women-headed-households*, in denen Männer abwesend sind, weil die Partnerschaftsverhältnisse zerrüttet sind, sich die Partner getrennt haben, sie nie wirklich zusammengelebt haben oder gestorben sind. Hier findet sich zumeist eine Frau, die für zahlreiche Kinder (und/oder auch andere Familienangehörige) sorgt, für die sie ökonomisch verantwortlich ist. Dies ist zweifellos einer der größten Haushaltstypen [vgl. Fall B<sup>205</sup>]. Zu dieser Gruppe gehören auch Haushalte in denen vor allem Frauen, nachdem sie sich von ihrem Partner getrennt haben, in ihre Herkunftsfamilien zurückgekehrt sind [vgl. Fall C<sup>206</sup> und F]. Häufig findet man in Haushalten auch Frauen, die schon als Teenager schwanger geworden sind und nie eine längerfristige Partnerschaft hatten und sich folglich nie (oder noch nicht) aus der Herkunftsfamilie herausgelöst haben<sup>207</sup>.

In Katutura leben viele alleinstehende Frauen, die Kinder aufgenommen haben, deren Mütter gestorben sind [vgl. Fall D].

Ein großer Teil der Haushalte besteht aus alleine lebenden Personen [vgl. Fall E<sup>208</sup>] und aus Menschen, die sich zu neuen Formen des Zusammenlebens zusammengefunden haben (wie der Typ *Wohn-/Notgemeinschaft*, bei dem Menschen verschiedener Geschlechter und Altersgruppen, die nicht miteinander verwandt sind, sich zu einer Wohn- und Wirtschaftsgemeinschaft zusammengeschlossen haben) [vgl. Fall G<sup>209</sup>]. Viele von ihnen haben - aus verschiedenen Gründen - die Beziehungen zu den eigenen Verwandten abgebrochen. Dieser Haushaltstyp ist im ländlichen Bereich kaum existent.

---

<sup>205</sup> Vgl. auch Interviews III/08 (2001), IV/28 (2003).

<sup>206</sup> Vgl. auch Interview IV/27 (2003).

<sup>207</sup> Vgl. etwa Interviews III/03 (2001), III/06 (2001).

<sup>208</sup> Vgl. auch Interview V/05 (2003).

<sup>209</sup> Vgl. auch Interviews IV/24 (2003), V/01 (2003).

## A) Benjamin und Maleska Joel (Katutura)<sup>210</sup>: *Infiziertes Ehepaar*

Benjamin ist 43, Maleska 41 Jahre alt. Beide sind HIV-positiv. Benjamin ist als junger Mann nach Windhoek zugewandert. Maleska wurde in Windhoek in zweiter Generation von Stadtmigranten geboren. Ende der 80er Jahre lernten die beiden sich kennen und kurz nach Erlangung der Unabhängigkeit 1990 haben sie geheiratet. Benjamin hat jahrelang als Arbeiter bei der staatlichen Eisenbahngesellschaft gearbeitet:

"I was born in .. Gobabis at a farm, so my life I used to work for the railway and I was, you know, moving from place to place at the railway stations with the staying along the railway, building the railway movement."

Maleska brachte schon drei Kinder mit in die Ehe. Ihr Gesundheitszustand verschlechterte sich im Laufe der Jahre, so daß sie ab 1995 nicht mehr als Näherin arbeiten konnte.

"After ... I was frequently sick, I was never just well, I became frequently sick without knowing what was wrong with me."

Das erste gemeinsame Kind der beiden starb 1996 plötzlich im Alter von eineinhalb Jahren, woraufhin den beiden ein HIV-Test empfohlen wurde.

" I had a baby, we had our first baby and after that baby ... I always felt bad because ... I lost the baby there. [...]"

The child lived one year, six months and passed away but the child was OK all the time, that one [year] and six month. We .. we heard after that, that the child died because of HIV, then we were told that we could also go and test, that is when we went to test and we also tested positive."

Drei Jahre nachdem das Kind gestorben war und beide von ihrem positiven Serostatus erfahren hatten, entschlossen sich die beiden, ihren Verwandten von der Infektion zu berichten. Diese reagierten verständnisvoll.

"So the family, my and his family was also very helpful to give - you know - encouragement. [...]"

They're [supportive], they are because ... whenever we are there with the families and go from house to house, family-houses and there was never a negativity."

In der Folge engagierte sich Maleska sogar in einer AIDS-NGO und arbeitete bei verschiedenen Aufklärungsaktivitäten in Schulen und bei kirchlichen Veranstaltungen mit.

Beide sind in der privilegierten Lage, daß sie, weil Benjamin als ehemaliger Staatsbediensteter über eine private Krankenversicherung verfügt, Zugang zu einer besseren Gesundheitsversorgung durch Privatärzte und -hospitäler haben als der Großteil der namibischen Bevölkerung.

Die Situation von Benjamin und Maleska ist charakteristisch für Migranten, die schon seit mehreren Generationen in der Stadt leben. Die Kontakte zur ländlichen Verwandtschaft haben sich auf ein Mindestmaß reduziert, es gibt kaum noch

Besuche. In einem solchen Fall ist auch die Versorgung durch jene nicht mehr wahrscheinlich. Außergewöhnlich ist der offene Umgang mit dem eigenen Status, der neben dem Dialog mit dem Partner bei Maleska auch zu einem Engagement als AIDS-Aktivistin geführt hat.

**B) Julinda Nepolo (Katutura)<sup>211</sup>: Alleinstehende Frau mit ihren Kindern**

Julinda ist 42 Jahre alt. Sie wurde in Oykokola, in der Nähe von Engela (Ohangwena-Region), geboren. Seit sie als Baby in dem ländlichen *eumbo* in ein offenes Feuer gerollt ist, hat sie einen verkrüppelten Fuß und eine Gehbehinderung. 1979 ist sie nach Windhoek gekommen, wo sie ihren Mann kennenlernte. 1981 wurde ihr erstes gemeinsames Kind, eine Tochter, geboren. 1982 starb ihr Mann; sie kam danach mit einem anderen Mann zusammen, mit dem sie vier weitere Kinder zur Welt gebracht hat. Von diesem Mann lebt sie inzwischen auch getrennt. Aktuell hat sie keine Partnerschaft und niemand jenseits des Haushalts unterstützt sie in finanzieller Weise. Momentan leben vier dieser Kinder mit ihr in einem Wellblechhaus in Hakahana (Katutura). Ein Sohn besucht ein Internat und kommt nur zu Wochenenden und in den Ferien nach Hause.

Die älteste Tochter hat im vergangenen Jahr ihre zwölfte Klasse abgeschlossen; zuvor war sie in einer *boarding-school* in Gibeon. Seitdem lebt sie wieder im Haushalt ihrer Mutter. Bisher hat sie keine Beschäftigung gefunden.

Niemand im Haushalt geht einem Beruf nach. Gelegentlich geht Julinda in den Workshop von Catholic-AIDS-Action, um dort tageweise im *income-generating-project* zu arbeiten und Schmuck zum Verkauf herzustellen.

Julinda hat selten die Möglichkeit, ihre Familie im ländlichen Norden zu besuchen, da sie sich die Fahrt nicht leisten kann. Sie war 1996 das letzte Mal in Ovamboland, um ihre Mutter zu besuchen.

Nach einer andauernden Krankheit wurde Julinda im Krankenhaus nahegelegt, einen HIV-Test zu machen, bei dem sich herausstellte, daß sie mit HIV infiziert ist. In ihrer Familie weiß niemand um ihren HIV-Status, nur die Kollegen im *income-project*, die sie gelegentlich auch außerhalb des Projektes trifft - die sie besuchen oder bei denen sie vorbeischaut.

Die soziale Figuration, die sich für Julindas Haushalt beschreiben läßt, ist kennzeichnend für eine große Anzahl an Haushalten in Katutura. Wie im ländlichen Norden sind auch in Katutura in Männer innerhalb von Familien als Väter und Partner nicht existent. Die gesamte Hausarbeit, die Versorgung der Kinder und die

---

<sup>210</sup> Vgl. Interview III/10 (2001).

<sup>211</sup> Vgl. Interview IV/25 (2003).

Erwirtschaftung eines monetären Einkommen wird ausschließlich von der Frau bewältigt. Sie ist Haushaltsvorstand und Familienoberhaupt.

Wenn sie krank werden wird, finden sich auch hier die Optionen, sich von ihren Kindern versorgen zu lassen; wahrscheinlicher wird sie wohl aber in den ländlichen Norden zu ihrer Mutter zurückkehren.

**C) Haina Itembu (Katutura)<sup>212</sup>:**

***Verlassene Frau, die zu ihrer Herkunftsfamilie zurückgekehrt ist***

Haina ist 29 Jahre alt, sie lebt in Soweto, einer Siedlung in Katutura. Hainas Familie stammt aus Ovamboland. Ihre Eltern sind nach Windhoek gekommen, um dort nach Arbeit zu suchen

Haina hat zwei Kinder, einen Sohn im Alter von zwölf Jahren und eine Tochter im Alter von acht Jahren. Ein weiteres Kind ist kurz nach der Geburt 1994 gestorben, woraufhin die Ärzte ihr nahelegten, einen HIV-Test zu machen – Haina wurde HIV-positiv getestet. „Zuerst war es ein Schock“, weiß sie mit schwacher Stimme zu berichten „dann begann ich es zu akzeptieren“.

Dabei hat ihr, wie sie sagt, die Unterstützung von Catholic-AIDS-Action in Katutura sehr geholfen. Ganz besonders in den ersten Wochen nach dem Testergebnis, in denen Haina unter schweren Depressionen litt, war diese Beratungsmöglichkeit sehr wichtig für sie.

Haina hat das Tief überstanden, hat die Gewißheit des Todes durch AIDS akzeptiert und hat sogar ihre Familie in diesen Prozeß einbezogen. Ihre Mutter und ihre Brüder wissen von ihrem HIV-Status.

Ihr Lebensgefährte allerdings hat sie und die Kinder verlassen und alle Brücken abgebrochen, nachdem sie ihm von ihrer Infektion berichtet hat. Diese Tatsache belastet Haina neben den ökonomischen Problemen am meisten: Daß sich ihr früherer Lebensgefährte und Vater ihrer zwei gesunden Kinder von ihr abgewandt hat, ja sogar die Vaterschaft bestreitet; und das, obwohl Haina vermutet, daß er den Virus in die Beziehung gebracht hat.

Haina wurde wieder von ihrer Ursprungsfamilie aufgenommen und lebt bei der Mutter und ihren zwei Brüdern. Etwa seit einem halben Jahr jedoch hat sich ihr Gesundheitszustand massiv verschlechtert. Sie trägt alle Zeichen einer AIDS-Erkrankung: Ihr Körper ist etwa auf ein Drittel ihres ursprünglichen Gewichts abgemagert, sie wiegt kaum noch 25 Kilogramm. Sie hat zahlreiche offene Geschwüre im Mundbereich, die ihr das Sprechen und Essen erschweren, sie leidet an einem starken Husten und ist bettlägerig. Gepflegt wird sie von ihrer Mutter, die Haina auch versprochen hat, sich um die Kinder zu kümmern, wenn sie nicht mehr am Leben ist. Eine der quälendsten Fragen für Haina ist die nach der Zukunft ihrer Kinder: Was wird aus ihnen werden, wenn sie nicht mehr am Leben ist? Werden sie weiter zur Schule gehen können?

<sup>212</sup> Vgl. Interview III/02 (2003).

Hainas Schicksal ist ein Beispiel für das Auseinanderbrechen von Haushalten angesichts von AIDS. Sie lebte in einer Lebensgemeinschaft mit ihrem Partner und ihren Kindern. Als sie krank wurde, einen HIV-Test machte und das positive Ergebnis innerhalb ihrer Beziehung thematisierte, wandte sich ihr gesunder (aber wohl infizierter) Partner von ihr ab und beendete die Beziehung. Krank jedoch war sie nicht in der Lage sich selbst zu versorgen, weswegen ihre Herkunftsfamilie - genauer ihre Mutter - sie aufgenommen hat, die Pflege gewährleistet und sich nach ihrem Tod wohl auch um ihre Kinder kümmern wird.

**D) Angela Josef (Katutura)<sup>213</sup>**

***Alleinstehende Frau, die Waisen aufgenommen hat***

Angela ist 43 Jahre alt. Sie wurde in Oshikuku in Ovamboland geboren. Angela ist die Letztgeborene von vier Kindern, drei Mädchen und einem Junge. Ihre älteste Schwester wurde 1998 von einem Verwandten ihres Mannes erstochen. Sie hinterließ neun Kinder. Eine weitere Schwester, die auch im Norden lebte, starb 1999 an AIDS, ein Jahr nach ihrem Mann. Angela hat deren zwei Kinder bei sich aufgenommen.

"... and the second one, she passed away in 1999, because of .. disease, because of this long illness .. and she left two children. Between of that two children the last one is infected because she was breastfeeding. Then I'm taking care of them."

Angelas Bruder starb als Soldat im Befreiungskampf. Sie ist die letzte Verbliebene in der Geschwisterreihe, wie sie feststellt:

"In this moment I'm the left one .. and the whole population of the children."

Angela hat ihren Mann, den Vater ihrer Kinder, 1995 verlassen, nachdem die Beziehung in die Brüche gegangen war. Seitdem hatte sie keine dauerhafte Partnerschaft mehr. Sie lebt alleine mit den Kindern in einer Wellblechhütte in Goreangab (Katutura).

Nachdem sie die Schule nach Abschluß der siebten Klasse verlassen hatte, versuchte sie später immer wieder an verschiedenen Fortbildungen teilzunehmen. Sie absolvierte mehrere Englisch-Sprachkurse bei einer Stiftung in Katutura. Dort nahm sie auch 1994 an einem Nähkurs teil. Anschließend arbeitete sie als Näherin in verschiedenen Firmen, die Schuluniformen herstellen. Dabei verdiente sie nie mehr als 1.000,- N\$ im Monat - bei der letzten Beschäftigung sogar nur 400,- N\$ monatlich. Zu diesem Zeitpunkt hatte sie schon für vier Kinder zu sorgen. Sie entschied deshalb, sich selbstständig zu machen, eine Nähmaschine zu kaufen und Kleidungsstücke zu nähen und zu verkaufen.

<sup>213</sup> Vgl. Interviews III/11 (2001), V/03 (2003).



" ... and that time I was already decided to get my own product. Then I saw it doesn't make a sense, because when I take a taxi .. end of the month, the whole month was going to the taxi. And that time I get four children already. Then I decided how can I survive? I was supposed to get my own machine so that they can make a sawing at home then I go to sale, where I get a little for maybe 800 dollars ... so that I can divide a little. No it supposed to be the loan and supposed to pay the water and you are supposed also to buy the electricity... But at this moment I didn't build. Until now I am still in a zinc-house <Wellblechhütte>, but unfortunately I try to do my best so that they can finish the .. the plot to pay and after that I decide I can put a little, small amount on the bank account."

MR: "and you built the house by your own?"

"Yes, I built it by my own."

Angela hat vier eigene Kinder. Drei leben bei ihr. Ihre erstgeborene Tochter (12 Jahre) lebt bei der Mutter ihres ehemaligen Partners in Nordnamibia. Neben diesen drei eigenen Kindern werden die zwei Kinder ihrer verstorbenen Schwester von ihr aufgezogen. Das Jüngste dieser Kinder, ein dreijähriges Mädchen, ist HIV-positiv und regelmäßig krank:

"The problem is standing here, because she's eating ... but the weight .. it is not going up, just going down, just end at 10 [kg] .. and come down. I don't know what is even wrong. She's working and she's talking, when she feel[s good]. When she's not feel[ling good], she just keep[s] quiet. When she feel[s] to play with the other[s] then she play[s]. When she don't feel[s], then she just keep quiet and look you like .. I don't know."

Es ist schwierig für Angela, das Kind bei Nachbarn unterzubringen, wenn sie in die Stadt muß. Sie berichtet:

" ... because my elder sisters child, they don't want to stay with him. [...] When I say, you can call me, and to stay with this one which is sick, they are running away, they say they are afraid."

Sie beschreibt das Schweigen über HIV und AIDS innerhalb der *community*:

"You know it's very difficult for the community, because the people they don't want to take .. to talk the truth out, just say "I have a headache" or whatever. Then you never go and tell me when I don't want to tell you the truth, maybe they are there, but they don't want to say to me."

Angela ist selbst nicht HIV-positiv, doch sie ist durch das Schicksal des Kindes ständig mit Diskriminierung und Tabuisierung konfrontiert.

Anhand der Geschichte von Angela läßt sich nachvollziehen, auf welche anderen gängigen Modi zurückgegriffen wird, wenn es den eigenen Eltern nicht möglich ist, die Enkelkinder zu versorgen. Die ohnehin im vernakulären Kontext als soziale Eltern wichtigen Tanten und Onkel werden zur Verantwortung gezogen und nehmen in der Regel die Kinder auf. Dabei spielen Distanzen und Ortsänderungen, die die Kinder in Kauf zu nehmen haben, keine Rolle. So kamen in Angelas Fall die Kinder der Schwester, die bis dahin ausschließlich im ländlichen Norden gelebt hatten, zu ihr in die Stadt.

**E) Simon Elago (Katutura)<sup>214</sup>: *Single***

Simon ist 28. Er wurde in Katutura geboren, aber im Alter von wenigen Monaten von seinen Eltern zur Herkunftsfamilie seines Vaters - im ländlichen Ovamboland - gebracht. Dort wuchs er auf, großgezogen von seinen Onkeln und Tanten. Simons Eltern trennten sich. Seine leibliche Mutter hat Simon nie kennengelernt. Der Vater wurde im Bürgerkrieg von PLAN-Soldaten (SWAPO) umgebracht, da man ihm Kooperation mit der südafrikanischen Armee unterstellte. Vom ländlichen *eumbo* wurde er im Alter von 10 Jahren in die Stadt nach Oshakati zum Großvater geschickt, um dort einige Zeit zu leben.

"I left that place near Oshakati to go to Oshakati also, but in Oshakati there was the big father, the father who [has] born my father. I went to his place in Oshakati self. [...] There he was selling meat, because he was a meat seller. I went to him and I stayed with him and everything was OK there. He gave me good love [...] Oshakati, the place of wars, people at that time were shooting, kill[ed], drinking and everything was there. OK, [but] I stayed with him, ... I cannot remember how many years I was with him but I know I was long with him."

Später nahm der älteste Bruder von Simons Vater ihn auf. Er zog nach Omaruru, wo er von seinem Onkel zur Schule geschickt wurde.

And the first born of my papa's mother and father, he was working for Transnamib. [...] But he was this side of Omaruru. [...]. He was working there; he was having a place there. And he came to took me from that papa in Oshakati, and he brought me to there to go to school. [...] So I stayed with him. He said: "Simon, the reason why I brought you from the North is that I want you to go to school" I went to school but a lot of problems [where] around me. Friends, some good friends, some bad, some they go to school, some they [did] not go. [...] In Okahandja now I lost control there to go to school again, because I [was] met many friends and when I came I just stayed in the bush. Girlfriends and so on, a lot of friends..."

Im Alter von 16 Jahren beschloß Simon, nicht mehr in die Schule zu gehen. Hier im städtischen Umfeld kamen erste Begehrlichkeiten auf - Simon beneidete Schulkameraden um deren Habe und Status.

"[Before] that time I was staying like a child behind them. So it was no problem. [But] when we came to Okahandja he got a house and we made our ghettos behind the house. We stayed OK After that I started to drink. Till then I never drank, but I started to drink and smoking and those kinds of things. [I was] about sixteen, seventeen. And my papa also became cross on this life now that he saw. [He] came to me and said: "No, Simon, this life now, me I want you must go to school" and I shouted back to him: "Papa if you want me to go to school, you have to buy me nice [clothes] and so on", because the problem where I went to school we go to meet with different people. Some we come from plotters, some we come [from] towns, so anyway we [become] jealous, because your friend have nice and good things and you got this trousers that is tight on your body. .. It is not good. That is why we had a little bit of conflict with my father. So I choose my own way now. I thought that I made good, but it is a part of life."

<sup>214</sup> Vgl. Interviews I/16 (2000), III/01 (2001).

Simon verließ die Schule und hielt sich von nun an mit Gelegenheitsjobs über Wasser. Er führte einen ausschweifenden Lebenswandel mit viel Alkohol und wechselnden Liebschaften.

"I took my own way, staying out of home...don't think about home I just looked after my girls. Friends drink a lot, but one thing I know, I was very like to get a job where I can get something. That is why I was not really suffering from life on that time. I know to work for myself and to get my money there. [...] And this money, just to enjoy with my girls and my friends. So we just take life like that, we never know ... [...] I hang on life, fucking, drinking anything. [...]  
... I don't care ...I don't care ...Girlfriend, drink, because I got my own money. ... ..  
Every time other girlfriend, every time other girl friend."

Schließlich zog Simon - nach Erlangung der namibischen Unabhängigkeit - 1991 zu Familienangehörigen nach Katutura. Er war zu diesem Zeitpunkt 19 Jahre alt. Seine Einstellung zum Leben behielt er bei.

"I was making so my ghetto in one family of ...one big family of my papa of blood also. I was making my ghetto there where I was staying. But same life, just feels life. No care about tomorrow. Just that time."

1996, im Alter von 26 Jahren beging Simon mit einigen Freunden einen Raubüberfall auf eine Tankstelle. Er wurde gefaßt und zu einer Gefängnisstrafe verurteilt. Vier Jahre hat er hinter Gittern verbracht. Hier im Gefängnis wurde er krank. Auf der Krankenstation wurde er einem HIV-Test unterzogen und positiv getestet. Er erzählt, wie ihm dies zu schaffen gemacht hat:

"I was very scared of that there was problems...there was big stone on my back I cannot carry it every time. Every time I am thinking about this...I heard now that this disease can kill and when my people came to visit me on that time and told me: "Oh, your friend is dead" "What?" "No, is this disease .." "That I also have here!" So, I have to die anytime now. Girlfriend of mine where dying, so I was really scared. [...] I felt unhappy ... and I asked the people to leave know, because my friends dying and me now end up in prison, having this disease. .. It was really bad."

Im Gefängnis hatte Simon, wie er berichtet, ein religiöses Berufungserlebnis. Er beschloß daraufhin, sein Leben zu ändern, seinen bisherigen Lebensstil zu ändern und ein christliches Leben zu führen. Im Jahr 2000 wurde er schließlich aus dem Gefängnis entlassen. Er hörte in Katutura von einem Zentrum, in dem für HIV-Infizierte gesorgt wird. Er besuchte das Bernhard-Nordcamp-Centre von Catholic-AIDS-Action und schloß sich dem Einkommensprojekt an. Hier fühlt er sich verstanden und akzeptiert, wie er erzählt. Er hat gelernt, wie er sagt, sein Leben wieder positiv zu sehen und nicht ständig auf den Ausbruch seiner *killer-disease* zu warten. In diesem Sinne stellt er fest: "The virus is in my blood, not in my mind" und versucht mit jener Haltung auch alle anderen Infizierten in seinem Umfeld zu ermutigen.

Simon lebt jetzt in Havanna (Katutura) in einem Wellblechcontainer. Er geht jeden Tag in das Bernhard-Nordcamp-Centre von Catholic-AIDS-Action und arbeitet dort in einem Einkommensprojekt mit. Es geht ihm gesundheitlich gut.



**Abbildung: Simon Elago (Foto: Rompel)**

Simons Fall ist eine typische männliche Geschichte, die in gewisser Weise die Entsprechung zu den verschiedenen weiblichen Schicksalen bildet. Ohne sich fest zu binden läßt er sich mit den verschiedensten Frauen ein und kümmert sich kaum um das Schicksal derer, die er zurückläßt. Wer weiß wieviele Kinder er unwissentlich bei den verschiedenen Freundinnen, von denen er spricht, hinterlassen hat. Außergewöhnlich an Simons Geschichte ist aber das religiöse Berufungserlebnis, das er im Gefängnis hat und aufgrund dessen er seinen grundlegend Lebensstil ändert.

**F) Beatha "Betty" Shipanga (Katutura)<sup>215</sup>: *Vergewaltigungsopfer***

Beatha ist 27 Jahre alt. Sie ist in Nordnamibia, in der Nähe von Oshakati geboren worden und aufgewachsen. Sie besuchte dort die Schule bis zum sechsten Schuljahr. Danach ist sie, im Alter von 13 Jahren, zusammen mit ihren Eltern auf der Suche nach Arbeit nach Windhoek gekommen. Zwischenzeitlich zog sie für zwei Jahre nach Rundu, wo sie in verschiedenen Jobs gearbeitet hat. Seit ihrer Rückkehr lebt sie mit drei Brüdern, einer Schwester und den Eltern in Windhoek (Katutura). Sie hält sich mit verschiedenen Gelegenheitsjobs über Wasser. Sie ist die einzige im Haushalt, die (gelegentlich) etwas verdient und damit alle anderen mitversorgt. Ihren letzten Job bei einer Security-Firma hat sie verloren, da sie kurzfristig für einige Tage zur Beerdigung ihrer Großmutter in den Norden gereist war:

"I was having a problem there in Oshakati, for my grandmother was passing away, even I told my manager that I got a problem for [with] my grandmother ..[but the] manager, he was [did] not want [me to go]. ... the time I came back, the manager told me that ya .. you are now out of my work, I don't want [you any] more."

<sup>215</sup> Vgl. Interview III/07 (2001).

Beatha hat seitdem noch keine neue Beschäftigung gefunden. Sie hat einen 10jährigen Sohn, der bislang im Norden von der Großmutter versorgt wurde. Seit diese vor einigen Wochen gestorben ist, lebt das Kind bei anderen Verwandten in Ovamboland.

Vor einem Jahr tauchte bei Beatha - unerwartet - ihr ehemaliger Partner auf, von dem sie sich vor längerer Zeit getrennt hatte:

"This boyfriend, ex-boyfriend, I stay[ed] with him on two year[s], after two year[s], then I tell him I don't want [him anymore], because I see the things what he do for me, it was not good for me ... I told him that I don't want to stay with him. OK from there, he tell [told] me also that he don't care with me, OK from there I stay[ed] alone, he stay[ed] alone."

Der Mann war in der Zwischenzeit mit einer anderen Frau verheiratet. Er bedrängte Beatha und warb erneut um sie. Beatha wollte das nicht. Sie versuchte, den Kontakt zu vermeiden und die Annäherungsversuche abzuweisen. Sie wechselte sogar die Wohnung, um sich den Bedrängungsversuchen zu entziehen. Doch auch bei der neuen Adresse tauchte der Mann wieder auf. Auch ein weiterer Umzug konnte ihn nicht abschrecken.

Schließlich erschien dieser Ex-Partner eines Tages mit einem Kumpanen bei Beatha und entführte sie mit Waffengewalt. Er fuhr mit ihr vor das Stadtgebiet, wo er sie fesselte, schlug und mehrfach vergewaltigte:

"The guys came, it was around three o'clock in the evening, they came to [me] and they broke the house, OK, he broke the house then he came in the house with ... one guy had a AK47 and him he had a shotgun. He started to beat me, to beat me, to beat me. From there he ... he told me to jump in the car. I jumped, because I was afraid, and there was no way, no one to help me. We were only two at home. OK from there he [did] take me in the bush, he went to beat me to beat me - and his friend. After he took a towel to [shackle] me here and here <zeigt auf Handgelenke> - but I don't know really what was happening, because this time I was, how can I say,.... [...]

... he was raping me also. [...]

The time he raping me, I saw him but I can't because I was broken, I had no power even to make "ooh" <kurzes lautes Aufschreien> - something to call."

Sie konnte sich schließlich befreien und flüchten. Beatha wurde durch die Vergewaltigung nachweislich HIV infiziert, denn bei einem direkt nach der Vergewaltigung durchgeführten HIV-Test wurde sie zunächst HIV-negativ getestet. Nach einem Wiederholungstest einige Wochen später wurde sie jedoch HIV-positiv getestet, wodurch belegt ist, daß ihre Infektion auf die Vergewaltigung zurückzuführen ist. Selbst nach diesem Vorfall bedrängte der Mann Beatha weiterhin und zwang sie, die Anzeige gegen ihn zurückzuziehen. Kurz nach einer dennoch anberaumten Gerichtsverhandlung, einige Tage vor dem Interview, erschoss er sich. Beatha ist voller Dankbarkeit darüber, den Überfall überlebt zu haben:

"I'm saying thank you for [to] my God ... I know that my God is loving to me, he love[s] me too [so] much ... God is around with us, it's true"

Beatha hat noch nicht mit vielen Menschen über ihren HIV-Status gesprochen. Zunächst hat sie es ganz für sich behalten. Inzwischen hat sie einige Vertrauenspersonen aus ihrer Familie eingeweiht:

".. long time I didn't tell ... tell even my family, only myself I know,..."

Beatha hat inzwischen eine neue Partnerschaft. Ihr Freund ist jedoch momentan als Soldat in Angola. Er weiß nicht, daß Beatha HIV-positiv ist. Sie ist auch wieder schwanger. Sie erzählt, daß sie zwar immer ein Kondom benutzt habe, jedoch ohne daß ihr Freund um ihren Status wußte. Sie hat ihrem Freund gegenüber die Kondombenutzung damit begründet, daß sie keine weiteren Kinder mehr wolle. Bezüglich ihrer Schwangerschaft vermutet sie, daß der Freund sich während des Geschlechtsverkehrs das Kondom wieder abgestreift hat.

Beatha ist im Katutura-State-Hospital in ein Pilotprogramm zur Mutter-Kind-Übeträgungs-Prophylaxe (MTCTP) aufgenommen worden, damit verhindert werden kann, daß ihr noch nicht geborenes Kind ebenfalls HIV-positiv zur Welt kommt. Sie lebt jetzt wieder bei ihren Eltern, den Brüdern und ihrer Schwester.

Beatha ist eine der vielen namibischen Frauen, die vergewaltigt wurden. Nicht selten finden solche Vergewaltigungen im sozialen Umfeld der Täter statt, d.h. die Opfer sind eigene Partner oder - wie in Beathas Fall - ehemalige Partnerinnen des Täters.

#### **G: Hilma Kwego (Katutura)<sup>216</sup>: Notgemeinschaft**

Hilma ist 30 Jahre alt. Sie wurde in Oshali (Oshikoto-Region) geboren. Hier ist sie auch aufgewachsen. Erst im Jahr 2000 ist sie auf der Suche nach Arbeit nach Windhoek gekommen. Ihre Schwestern, Brüder und Eltern leben weiterhin im Norden. Durch die Vermittlung einer Bekannten hatte sie das Angebot erhalten, als *domestic-worker*<sup>217</sup> in einem Haushalt in der Stadt zu arbeiten. 250,- N\$ waren ihr versprochen worden, sie hat aber nur 180,- N\$ erhalten. Nachdem sie vier Monate in Windhoek war, lernte sie einen Mann kennen, mit dem sie dann zusammenkam. 2001 wurde sie schließlich schwanger und bekam ein Kind. Das Kind war schon bei der Geburt krank und starb nach einigen Monaten. Ein HIV-Test brachte zutage, daß das Kind HIV-positiv war. Es wurde im Norden, in der Gemeinde, in der ihre Familie wohnt, begraben.

Nach dem Tod des Kindes, begann das Verhältnis zum Freund schlechter zu werden. Immer öfter stritten sie sich, bis die Atmosphäre schließlich unerträglich für Hilma wurde.

Schließlich wurde sie aus dem Haus geworfen, wo sie mit ihrem Freund, dessen Onkel und dessen Bruder und Schwester wohnte; sie musste sich eine neue Bleibe suchen.

Kurzzeitig zog sie zu Verwandten, dort konnte sie aber aufgrund der beengten räumlichen Verhältnisse nicht bleiben. Schließlich wurde sie von Nachbarn aufgenommen, bei denen sie seither lebt. Otto und Ruusa Kamwandi sind in den Vierzigern und haben ein Kind, das bei Verwandten im Norden lebt. Ein weiteres Kind ist bereits gestorben. Sie leben in einem Ein-Raum-Wellblechhaus mit etwa 15qm Grundfläche in Hakahana. Darin steht ein Bett und einige

<sup>216</sup> Vgl. Interviews IV/26 (2003), V/04 (2003).

<sup>217</sup> Hausangestellter

Einrichtungsgegenstände. Für Hilma wird abends eine Matratze vor dem Ehebett ausgelegt. Ruusa verarbeitet Lebensmittel, die sie auf dem Straßenmarkt des Viertels verkauft. Auf diese Weise kann sie etwa 70,- bis 80,- N\$ Umsatz am Tag erwirtschaften.

Die beiden kannten Hilma zuvor nicht, aber nachdem Hilma eines Tages auf der Straße mit ihnen ins Gespräch kam und von ihrem Schicksal erzählt hatte, boten die beiden ihr an, bei ihnen zu wohnen. Mittlerweile hat Hilma einen Gelegenheitsjob beim *income-generating-project* für HIV-positive Klienten von Catholic-AIDS-Action angenommen, wo sie kleinere Handarbeiten herstellt und dadurch etwa 200,- N\$ im Monat verdient. Von diesem Geld kauft sie mehrmals in der Woche Lebensmittel für ihre Wahlfamilie ein, um so einen Beitrag zu den Lebenshaltungskosten zu leisten. Abends kocht sie regelmäßig für die Hausgemeinschaft.

Die soziale Figuration, der Haushalt in dem Hilma nun wohnt, ist eine Wohngemeinschaft. Verschiedene Menschen, das Ehepaar Otto und Ruusa und sie, die nicht miteinander verwandt sind, haben sich zu einer Wohn- und Wirtschaftsgemeinschaft zusammengeschlossen. Die Beziehungen zu den eigenen Verwandten sind stark reduziert.

Ein solcher Haushaltstyp ist im ländlichen Bereich praktisch nicht existent. Im städtischen Bereich stellt er eine neue Lebensweise dar, die verstärkt vorzufinden ist.

Die geschilderten Fälle zeigen nicht nur die persönliche Tragik solcher Schicksale, sie bestätigen auch, was in Kapitel 3 und 4 bereits dargelegt wurde: Es gibt keine Risiko- bzw. Kerngruppe, in denen sich HIV in besonderem Maße findet; alle Schichten und Altersgruppen sind von HIV betroffen.

Es gibt aber sehr wohl im ländlichen und im städtischen Kontext unterschiedliche Optionen, mit den aus AIDS resultierenden Herausforderungen und Notwendigkeiten umzugehen.

## 5.2 Bewältigung

Im englischen Sprachraum wird die Frage nach dem individuellen Umgang mit einer Krankheit und deren Folgen als *coping* bezeichnet. Der Begriff ist geprägt von seiner Verwendung und Herkunft aus dem Bereich von Psychologie und Medizin. Das Standardwörterbuch Sozialwissenschaften definiert *coping behaviour*:

"A behavioural pattern which facilitates adjustment to the environment for the purpose of attaining some goal, including the means by which a person comes to terms with stresses and makes use of opportunities and also the unique organisation suggested by the various means employed by the person in adaptive efforts. Coping behaviour is goal directed, adaptive, and instrumental. Implicit the concept is the assumption that when an individual is confronted with an object, or demand of significance, he or she experiences some disruption in his or her psychological equilibrium along with the need to readapt himself or herself, i.e. to re-establish the equilibrium."  
(Koschnick 1992: 129)

Dieses Konzept hat als *Bewältigungsverhalten* oder *Bewältigungsmechanismus* in die deutsche Sprache Einzug gehalten. Der englische wie die deutschen Begriffe sind aus verschiedenen Gründen problematisch:

- Der Terminus *Bewältigungsverhalten* deutet primär auf Verhaltensweisen hin und schließt damit andere Aspekte, die sich nicht im engeren Sinne auf Verhalten beziehen, aus (z.B. Einstellungen, Gedanken, Wünsche und Hoffnungen, aber auch Kommunikation).
- Dem Begriff *Bewältigungsmechanismus* liegt ein technizistisches Verständnis menschlichen Verhaltens und menschlicher Interaktion zugrunde. Die Konnotation von Mechanismus unterstellt ein bewußtes Handeln im Sinne einer ausgefeilten Strategie, das auf rationalen Abwägungen basiert. Davon kann im hier diskutierten Kontext jedoch nicht die Rede sein.

Der Kulturphilosoph Ivan Illich hat - aus historischer Perspektive - noch viel grundsätzlicher auf die Problematik des Begriffs *coping* hingewiesen:

"Krankheit, Schmerz, Gebrechen, Hinfälligkeit, Schwäche und Angst, Schwangerschaft, Irresein wie Verliebtheit konnte man erleiden, ertragen, fürchten, lindern und gelegentlich gar heilen. ... Es ist ein Armutszeugnis für die Geschichtsschreibung, wenn sie diese Vielfalt des Leiden-Könnens auf "coping" reduziert."  
(Illich 1995: 210)

Das Verb *coping*, seit dem 15. Jahrhundert belegt, bedeutet ursprünglich "mit jemandem handgreiflich werden". In der modernen Bedeutung von "persönlicher



Selbstregulierung" hat das Wort heute die Beschreibung von biologisch-medizinischen und gesellschaftlichen Abläufen mathematisiert, so Illich (1995: 209-211).

Um diesen begrifflichen Schwierigkeiten so weit wie möglich zu entgehen, wird im Weiteren der Begriff *Bewältigung* oder *Umgang* verwendet - obwohl auch diese Benennung unzureichend bleiben für die sprachliche Zusammenziehung höchst komplexer und verzahnter psychisch-physisch-kultureller Prozesse.

Unter *Bewältigung* wird die kulturell geprägte Übertragung von ökonomischen und sozialen Problemen in eine individuelle Reaktion verstanden. Diese Umgangsweise ist in den wenigsten Fällen persönlich reflektiert oder gar eine Konsequenz von bewußtem Handeln.

Unter Zugrundelegung der Fallstudien und des weiteren Interview- und Datenmaterials lassen sich einige zentrale Problemfelder für die Akteure in ihrem Umgang mit HIV und AIDS beschreiben (*Bewältigung*). Dies geschieht im folgenden Kapitel chronologisch, entlang des Verlaufs der HIV-Infektion (Zutagetreten der Infektion, Ausbruch der Krankheit und Tod).

Ich versuche dabei, in jedem Abschnitt zwischen dem ländlichen und städtischen Raum (Ovamboland und Katutura) zu differenzieren.

### ***Vorbemerkung: Haushalt und Familie***

Die hier dargelegten Beobachtungen und Überlegungen beziehen sich auf den sozialen Nahraum des Haushalts und der Familie. Es erscheint wichtig, an dieser Stelle zwischen Haushalt und Familie zu differenzieren und die Begriffe zu bestimmen. Außerdem soll die unterschiedliche Bedeutung dieser sozialen und ökonomischen Instanzen im europäischen vs. afrikanischen Zusammenhang aufgezeigt werden.

***"... we have got that thing of extended family"<sup>218</sup>***

Der Begriff **Familie** ist für den namibischen Kontext insofern mißverständlich, als darunter allzu leicht die europäische Form der Familie als Kleinfamilie verstanden wird. Im afrikanischen Kontext wird aber mit dem Begriff auf eine, im Vergleich zu Europa vollkommen andere Sozialstruktur verwiesen.

Im namibischen Kontext wird unter Familie jeweils die *extended family* verstanden, d.h. der gesamte Kreis der lebenden Verwandten. Familie in diesem Verständnis entspricht dem, was in Europa als *Verwandtschaft* bezeichnet wird. Die afrikanische Familie gliedert sich nicht - wie in Europa - in eine Kleinfamilie (engl. *nuclear family* als Zwei-Generationen-Familie: Vater, Mutter, Kinder), die sich von der Verwandtschaft abhebt. Die afrikanische erweiterte Familie besteht aus mehreren Kernfamilien, die eng miteinander verbunden sind. Diese großfamiliale Lebensweise ist dadurch gekennzeichnet, daß die Bedeutung der biologischen Elternschaft gegenüber der sozialen Elternschaft zurücktritt. Kinder werden so ohne ausdrückliche Berücksichtigung der biologischen Elternschaft von verschiedenen Erwachsenen erzogen (Tanten, Onkel etc.). In *oshivambo* (*oshikwanyama*) drückt sich dies auch in folgender Terminologie aus: Kinder der gleichen Lineage werden alle als *okaana* bezeichnet, gleich ob sie die eigenen Kinder sind oder die des Bruders oder der Schwester (Loeb 1962: 104). In der umgekehrten Perspektive werden alle Erwachsenen der nächst höheren Generation, egal ob eigener Vater/Mutter oder Onkel/Tante, als Vater (*tate*) oder Mutter (*meme*) bezeichnet.<sup>219</sup>

---

<sup>218</sup> Interview II/03 (2001).

<sup>219</sup> Wie schon ausgeführt ist bei den Ovambo das Verwandtschaftssystem matrilinear organisiert. Die Kinder gehören zur Lineage (*epata*) der Mutter. So werden Schwestern auch als *omuameme womukainu* ("weibliche Nachkommen meiner Mutter"), Brüder als *omuameme womulumenu* ("männliche Nachkommen meiner Mutter") bezeichnet (Feldnotizen V/2003, IV/2003; vgl. auch Loeb 1962: 104).

Terminologisch werden folglich alle Verwandten einfach als *mumuameme* ("Verwandte der Mutter") oder *epata* bezeichnet (Loeb 1962: 104; vgl. auch Tuupainen 1970: 31f.).

Dies verbindet eine große Anzahl von Personen auf verwandtschaftlicher Ebene. Ein wichtiges Bindeglied der *extended family* ist also, nicht wie bei uns - vertikal - die Eltern-Kind-Beziehung, sondern - horizontal - die Geschwisterbeziehung, die gleichsam in der Bildung der Klasse der Kinder und der Klasse der Eltern resultiert. Durch die Betonung dieser horizontalen Verbindung werden zahlenmäßig mehr Personen zueinander in nahe verwandtschaftliche Beziehung gesetzt, als bei der vertikalen Organisation. Diese Beziehungen zu den Angehörigen der gleichen Generationsebene - der Gruppe der Geschwister (nach unserer Terminologie schließt dies auch die Cousins und Cousinen ein)- sind besonders wichtig. Das älteste Geschwister (*oshiveli*) ist in Krisenfällen für die Versorgung zuständig.<sup>220</sup> Wichtige Kategorien für die Unterscheidung von Aufgaben und Status innerhalb dieser verwandtschaftlichen Gruppe sind Alter und Geschlecht. Das Geschlecht bestimmt den Aufgabenbereich, das Alter den Status.

Die durch Missionierung, Kolonialisierung und Etablierung der Apartheid ausgelösten Mobilisierungsprozesse (vgl. Kapitel 4) haben die sozialen Strukturen der Gesellschaft dramatisch verändert. Dennoch hat diese Dynamik nicht - wie in Europa - eine Entwicklung von einer großfamilialen Lebensform hin zu einer Kleinfamilie hervorgebracht. Mitglieder einer Familie leben zwar heute oft weit voneinander entfernt. Erwerbsarbeit und *boarding-schools* trennen - zumindest über lange Zeiten - vor allem Männer und Schulkinder von ihren auf dem Land lebenden Frauen, Müttern und übrigen Familienmitgliedern. Diese Familienangehörigen verstehen ihre Abwesenheit selbst zumeist als zeitlich befristet. Man kann von einer Multilokalität der *extended family* sprechen, aus der sich im Laufe der Zeit überregionale Unterstützungsnetzwerke herausgebildet haben. Wenn jemand einen weit entfernten Ort besucht und dort Verwandte hat, so kann er selbstverständlich

---

Das heißt, daß der jeweils nächste männliche Verwandte der Bruder der Mutter ist (also der Onkel mütterlicherseits: *tatekulu*). Dieser hat traditionell auch die Versorgungsverpflichtung gegenüber den Kindern der Schwester, nicht der biologische Vater. Tönjes schreibt: "Thus, a man is not a relation of the woman he has married, nor he is a relation of his children. The children always remain the property of the women. This explains why a man is not liable for the debts of his wife and children, and vice versa." (Tönjes 1996: 123)

<sup>220</sup> Vgl. u.a. Interviews IV/09 (2003), IV/18 (2003).

davon ausgehen, daß er bei diesen unterkommen und sogar für längere Zeit mit in deren Haus leben kann.<sup>221</sup>

Unter **Haushalt** ist also die Hausgemeinschaft von Personen zu verstehen, die auf der Basis der familialen Beziehungen eine produktiv-reproduktive Einheit bilden. Merkmale sind dabei vor allem eine flexible personelle Zusammensetzung der Haushalte, die an Lebenszyklen, Heiratsverhalten und Versorgungsbedürfnissen (wie Notwendigkeit einer Wohnstätte bei Aufnahme einer Arbeit an einem entfernten Ort etc.) orientiert ist. Damit werden in den Haushalten faktisch ständig Mitglieder aus der *extended family* aufgenommen und wieder abgegeben. Weiteres Kennzeichen ist die mehr-generationale Zusammensetzung.

In den letzten Jahrzehnten haben sich aufgrund der geschilderten Modernisierungsdynamiken einige charakteristische Stadt-Land-Unterschiede herausdifferenziert. Die matrilinearen Verwandtschaftsstrukturen kombinieren sich mit einer dauerhaften Abwesenheit der Männer (Kontraktarbeit) zu einer deutlichen matrifokalen Orientierung der Haushalte. Dies hat sich im historischen Prozeß der vergangenen hundert Jahre verstärkt.

- Die Sorge für einzelne oder mehrere Kinder wird oft von den Großmüttern (i.d.R. mütterlicherseits) übernommen, wenn die Mütter in die Stadt auf die Suche nach Arbeit gehen. Wenn die eigene Mutter krank oder gebrechlich ist, bringen die jungen Mütter ihre Kinder auch zu den Tanten: In 64% aller Ovambo-Haushalte übernehmen Tanten oder Großmütter die Versorgung der Kinder (Schäfer 2002: 84).
- Heute sind zwischen 40% und 57% der Haushalte im ländlichen Bereich *women-headed* (Schäfer 2002: 83; UNDP et al. 1999: 93).

Familie und Haushalt sind von grundlegender sozialer und ökonomischer Bedeutung; nicht nur als ideelle Abstammungsgemeinschaft, sondern als Versorgungsinstanz (*Überlebensgemeinschaft*) und zentrale gesellschaftliche Institution, in der nicht nur wirtschaftliche Aufgaben im engeren Sinn geleistet werden, sondern auch die Versorgung von Kindern, Altern und Kranken organisiert wird. Die Familie ist damit eine soziale Institution, die zahlreiche Funktionen erfüllt, die im europäischen

---

<sup>221</sup> In einem Interview wie folgt ausgedrückt: " ... then we come to live in Windhoek now, so because

Kontext von anderen gesellschaftlichen Institutionen übernommen worden sind (wie zum Beispiel die Fürsorge für die Alten und Kranken).

Entsprechend dieser sozialen und ökonomischen Bedeutung der Familie spielt auch, wie im weiteren zu belegen ist, die familiäre Ebene für den Umgang mit AIDS eine entscheidende Rolle.

### 5.2.1 Zutagetreten der Infektion

#### *"... then I was detected as an HIV-Positive" - Test und Counselling*

In der Mehrzahl der Fälle erfahren die Menschen von ihrer Infektion durch einen AIDS-Test<sup>222</sup>.

In der Regel wird innerhalb der Krankenhäuser bei einem entsprechenden Krankheitsbild eine Empfehlung zu einem HIV-Test ausgesprochen und die Patienten an die Counselling-Abteilung innerhalb des Krankenhauses überwiesen.<sup>223</sup> Faktisch ist die Mehrzahl der für diese Studie Interviewten vom Arzt zum Test geschickt worden. Hierbei steht der Charakter der Freiwilligkeit in Frage. Nach dem westlichen Verständnis eines *mündigen* Patienten, der aufgrund der vom Arzt dargelegten Möglichkeiten selbst entscheidet, beruht der Entschluß, einen entsprechenden Test zu durchlaufen, auf einer bewußten Entscheidung. Charakteristisch für die Situation in Namibia (bzw. die hier untersuchten Fälle) scheint eher zu sein, daß die Überweisung des Arztes zum HIV-Test als eine Anweisung aufgenommen wird, die nicht hinterfragt wird. Der Arzt ist eine Autorität, er beerbt die Rolle von Älteren oder Heilern, deren Anweisungen befolgt werden. So wird seinen Hinweisen in der Regel gefolgt, ohne das Wahloptionen überhaupt wahrgenommen würden, selbst wenn diese vom (oftmals westlichen

---

a lot of family was also living in Windhoek." (Interview I/16 (2000))

<sup>222</sup> Unter der umgangssprachlichen Bezeichnung *AIDS-Test* wird ein HIV-Antikörpertest verstanden. Im weiteren Bezeichnung als *HIV-Test*.

<sup>223</sup> Erst seit Mai 2003 ist es möglich, einen HIV-Test außerhalb einer Gesundheitseinrichtung zu machen. Dazu wurden in Katutura, Oshakati und Rundu *Voluntary Counselling and Testing Centres* (VCT) installiert, in denen ein HIV-Test außerhalb einer Gesundheitseinrichtung durchgeführt werden kann.

Arzt<sup>224</sup>) so intendiert waren. Damit werden erst beim *pre-test-counselling* die Optionen und möglichen Konsequenzen eines Tests thematisiert.

Es kann aber auch beobachtet werden, daß manchmal der Test auch ohne Einwilligung des Patienten durchgeführt wird.

"I was admitted and I were taken blood again for HIV test, without my consent. So sure I knew that I am pregnant ... and then that pregnant start bleeding it start .. bleeding then .. the doctor maybe its what make the doctor to decide."  
(Interview III/14 (2001))

"I got sick and then I went to the hospital with the problem that I had [...] and then they took blood, but they didn't tell me what for. And then, at later stage, I heard them talking that I am HIV positive.

MR: "But that means you were tested without agreeing to that?"

"Ya, without agreeing or knowing what they did. So then later when they told me ... they taught me about AIDS, how you can be- , how you cannot be infected and how I should take care of myself."

(Interview NAM. IV/24 (2003): 4)

Es kommt auch vor, wie bei Simon Elago, daß sogar gegen den ausdrücklichen Wunsch ein HIV-Test durchgeführt wird:

"Before they take [took] my blood, because when I went there in prison there is a medical service there, but everyone who feels he wants to go there he can go. So, it is this problem now of... I thought maybe it is my scare-problem ... places [= sores] come on my body and so on. When I come to them I told them that I have got this problem and they tell me that they can give me some medicine. "But first we have also to take your blood out to know what's going on, because there is different diseases now around us." Now I was scared, maybe not for AIDS but for other. "If you take a blood for [from] me .. please don't tell me one day, if I am infected with this" ... But they tell [told] me. After they take me blood for mutuality or where they go to check, they call me there. We got also a social worker there. The social worker called me and I went to see that medical people...they told me: "Oh, you are Simon Elago. You are also one infected with this." "  
(Interview I/16 (2000))

Es kann geschlossen werden, daß in vielen Fällen die Testsituation von daher in gewisser Weise zu einem Automatismus wird, dem man sich unterzieht, weil das Krankenhauspersonal den Test mehr oder weniger forciert einleitet. Es gibt nur wenige Interviewte, die berichten, daß sie aus eigenem Antrieb und aus dem Interesse heraus, den eigenen HIV-Status zu erfahren, einem HIV-Test gemacht haben, wie Emma Tuahepa:

"So I motivated myself, because I asked a lot of questions, because I was doing the presentation in the workshop and after this questions I really made up with my mind that I wanted to do my test. But I did not think of really being infected ..."  
(Interview I/14 (2000))

---

<sup>224</sup> Namibia verfügt über keine eigene Mediziner Ausbildung; viele Ärzte kommen aus Europa, Kuba, Südafrika.

Die Folge daraus ist, daß die meisten Menschen, die innerhalb einer Gesundheitseinrichtung auf die geschilderte Weise zu einem HIV-Test kommen, schon gesundheitliche Probleme haben, aufgrund derer das Krankenhauspersonal zu einem Test rät. Ein freiwilliger Test, bei dem sich Personen ohne medizinische Indikation, aus eigenem Antrieb einem Test unterziehen, ist bislang selten.

Der HIV-Test gliedert sich in

- *pre-test-counselling* inklusive Blutentnahme
- Bluttest, und
- *post-test-counselling*.

Dieser Aufbau und die nachfolgend beschriebenen Inhalte haben sich als in den vergangenen zwanzig Jahren als internationaler Standard für die Durchführung von HIV-Tests entwickelt (van Dyk 1999).

Beim *pre-test-counselling* wird der Klient in einem Beratungsgespräch (von etwa 5-25 Minuten Dauer (Feldnotizen II/2001, IV/2003)) vom Berater (*Counsellor*) über den Hintergrund des Test aufgeklärt. Ihm wird im Einzelnen erläutert:

- was HIV und AIDS ist;
- wie sich Infektion und Krankheit unterscheiden;
- wie eine Infektion möglich ist / möglich gewesen sein könnte,
- was mögliche Ergebnisse des Tests sind;
- welche Konsequenzen damit verbunden sind;
- wie der weitere Ablauf ist (Blutabnahme, Hinweis auf *post-test-counselling*).

Am Ende des Gesprächs wird dem Klienten Blut abgenommen, das dann in die zentralen Untersuchungslabors in Oshakati oder Windhoek zum Test eingeschickt wird.

Beim *post-test-counselling* wird:

- der Klient über das Testergebnis informiert;
- die Konsequenzen des jeweiligen Testergebnisses besprochen;
- darüber gesprochen, wer aus dem sozialen Umfeld über das Ergebnis informiert werden sollte;

- erarbeitet, wie die körperliche Gesundheit weiterhin gewährleistet werden kann (Ernährung, ausreichend Schlaf etc.).

***"... he counselled me about lot of things, but ... I didn't remember." -  
Strukturelle Probleme des Counselling***

Die geschilderten Abläufe führen zu einigen grundsätzlichen Problemen:

A) Findet das Counselling in einem Krankenhaus oder einer anderen Gesundheitseinrichtung statt, so ist das *post-test-counselling* in der Regel erst der zweite Kontakt und meist auch der letzte Kontakt mit dem Klienten<sup>225</sup> (nach dem *pre-test-counselling*). Nur in wenigen Krankenhäusern existiert das Angebot eines *follow-up* oder *ongoing-counselling*, bei dem der Klient zu Folgegesprächen (nicht zu medizinischen Untersuchungen) eingeladen wird.

Damit wird das *post-test-counselling* stark mit Inhalten beladen: Neben der Verkündung des Ergebnisses soll ggf. auch eine Beratung hinsichtlich des zukünftigen Verhaltens und gesunder Ernährung und Lebensweise geleistet werden und der Frage nachgegangen werden, wer ins Vertrauen gezogen werden soll; all dies in einer relativ kurzen Sitzung. Dies offenbart, daß die Struktur des Testablaufs nicht angemessen die Bedürfnisse der Betroffenen berücksichtigt. Es bleibt für den Klienten keine Zeit, sich erst einmal mit dem Schock über die Diagnose der HIV-Infektion auseinanderzusetzen. Eine Fülle an Informationen soll aufgenommen werden, obwohl zunächst die Nachricht von der Infektion verarbeitet werden muß. Eine Interviewpartnerin bringt dies mit der Bewertung ihres *post-test-counselling* auf den Punkt:

" ... yes, he counselled me about [a] lot of things but ... I didn't remember. ... It was too much."  
(Interview III/08 (2001): 7)

Ein Ausweg aus diesem Dilemma wäre ein *ongoing-counselling*, in dessen Rahmen regel- oder unregelmäßig weitere Beratungssitzungen mit dem Klienten vereinbart werden können. Dies kann jedoch unter dem Bedingungen der meisten staatlichen Krankenhäuser nicht realisiert werden. Einige AIDS-Organisationen bieten diese dauerhafte Beratung an.

---

<sup>225</sup> Es ergibt sich das Problem, wie das Gegenüber des Counsellors zu benennen ist. *HIV-Infizierter* ist nicht richtig, denn der zu Testende kann auch HIV-negativ sein. Ich habe mich hier als Gegenbegriff



**B)** Ein weiteres Problem ist, daß nur ein Teil der Leute, die ein *pre-test-counselling* mit Blutabnahme durchlaufen haben, ihr Ergebnis auch abholen. Maria Thomas berichtet:

"When my husband was admitted in the hospital, I was asked to be tested, because of my husband. But the husband wasn't tested. That was when I was tested but I never received the result."  
(Interview II/02 (2001))

Im ländlichen Kontext mit einer geringen Dichte von Hospitälern kann das Nicht-Abholen des Testergebnisses in erster Linie mit dem zeitlichen Abstand zwischen Blutabnahme und *post-test-counselling* und der daraus folgenden Notwendigkeit der erneuten Anreise erklärt werden: Vom Einsenden ins Labor bis zum Vorliegen des Testergebnisses vergehen etwa ein bis zwei Wochen.<sup>226</sup> In ländlichen Gebieten haben die Klienten jedoch oft eine aufwendige Anreise zum Krankenhaus. Mitunter brauchen sie ein bis zwei Tage, um zum nächsten Krankenhaus zu gelangen. Daneben fehlt es natürlich häufig an den notwendigen finanziellen Mitteln für die Anreise. So berichtet Maria Thomas weiter:

".. it is too far to go to hospital very quickly, because you .. get a lift .. very difficult .. to go to hospital. And sometimes you don't have enough money to take [a] lift [from] here to hospital."  
(Interview II/02 (2001))

Dies hat zur Folge, daß die Klienten aus abgelegenen Gebieten - wenn überhaupt - nur bei akuten Gesundheitsproblemen das Krankenhaus aufsuchen, aber nicht etwa zur Abholung von Testergebnissen. Dies führt dazu, daß Testergebnisse oft sehr verzögert und teilweise gar nicht abgeholt werden.

**C)** Auch ist für (die bislang wenigen) Personen, die sich entscheiden freiwillig und aus eigenem Antrieb - d.h. ohne medizinische Indikation und Überweisung durch einen Arzt - einen Test zu absolvieren, die Hemmschwelle relativ hoch. Die Counselling-Abteilungen sind in den Krankenhäusern meist der *STD-clinic/ward*, also der Abteilung für Geschlechtskrankheiten angeschlossen. Niedrigschwelligere Angebote, die es Interessierten jenseits des Besuchs eines Krankenhauses

---

zu Cousellor für *Klient* entschieden, da dies im entsprechenden gesundheitsadministrativen Wortfeld der gängige Begriff ist.

<sup>226</sup> In den neuen VCT-Einrichtungen sind neuerdings auch Tests verfügbar, die innerhalb eines Tages durchgeführt werden.

ermöglichen, einen Test zu machen, gibt es erst jüngster Zeit und bislang nur wenige.<sup>227</sup>

**D)** Eine weitere Schwierigkeit für HIV-positiv-getestete Personen ist der mangelnde Kontakt zu anderen Betroffenen. Der Tests ist als Einzeltest angelegt.

"The counsellor always use to deliver the result while there were only two in the counselling office. Nobody knows what will happen in that office. Once they carry going out, you don't know, another one who is positive again. Although you have been told you are not alone."  
(Interview I/15 (2000): 5)

Die Counsellor legen im Testgespräch den Betroffenen zwar nahe, andere ebenfalls betroffene Infizierte zu finden, um ihre Probleme und Erfahrungen zu teilen und - in der Art einer Selbsthilfegruppe - gemeinsam zu bewältigen. Das Problem beim Counselling ist jedoch, daß die Leute einzeln beraten werden. Aufgrund des Tabus, das in der Öffentlichkeit im Blick auf AIDS herrscht, kommt ein Austausch zwischen Betroffenen nur schwer zustande. Getestete wissen, daß sie positiv sind, kennen aber aufgrund des Tabus sonst meist niemanden, der ebenfalls positiv ist. Der Counsellor darf aber wegen der den Klienten zugesicherten Vertraulichkeit keine Namen weitergeben. Er kann allenfalls aufwendig hin- und herfragen, ob ein Kontakt gewünscht ist.

Joseph (50 Jahre, HIV-positiv) formuliert die Erfahrungen mit dieser Isolation:

***Little chance of communicating***

"It's not easy to recognise that this one is HIV positive or even someone to come to you and tell you that „I'm HIV-positive“. Only if .. at a lucky stage, that maybe you observe him coming for counselling<sup>228</sup> for several times, is when you think that this one is maybe positive. But there is a little chance of communicating.  
(Interview III/15 (2001): 14)

**E)** Aus den Berichten der Betroffenen ist zu ersehen, daß die Beratungsgespräche von höchst unterschiedlicher Qualität sind. So berichtet eine Interviewpartnerin (25 Jahre) von dem Mann, der sie angesteckt hat: Sie hat ihn, nachdem sie erfahren hat, daß sie HIV-positiv ist, zur Rede gestellt und gefragt, ob er nicht um seinen Status gewußt habe. Im Laufe des Gesprächs hat sich dann herausgestellt, daß ihr Partner beim *post-test-counselling* im Krankenhaus nur gefragt worden war, ob er weiß, was es heißt, wenn der HIV-Test positiv ausfalle; er bejahte die Frage. Daraufhin war ihm

---

<sup>227</sup> Vgl. Fußnote 223.

<sup>228</sup> Mit *counselling* ist hier nicht die Beratung durch professionelle Counsellor im Krankenhaus gemeint, sondern die Gespräche und Ratschläge von Bekannten und Freunden.

mitgeteilt worden, daß er HIV-positiv ist - nichts darüber hinaus. Der Mann nahm an, das Ergebnis "positiv" meine, daß er nicht infiziert sei. Daraufhin hat er weiterhin ungeschützten Geschlechtsverkehr mit ihr gehabt.<sup>229</sup> Dieses Testgespräch hat Mitte der 90er Jahre stattgefunden. Es illustriert einerseits wie schlecht die Qualität mancher Beratungsgespräche ist oder zumindest war, und welche Konsequenzen dies haben kann.

### ***Counselling im afrikanischen Kontext***

Generell kann man vermuten, daß dem Beratungskonzept im namibischen Kontext ein anderes Verständnis zugrundeliegt als im europäischen. Der in unserem Kulturraum im Bereich von Sozialarbeit geprägte Begriff *Beratung* (engl. *counselling*) meint eine "problemzentrierte Interaktion zwischen Ratsuchendem und Berater mit dem Ziel, Wissensrückstände aufzuarbeiten, Alternativen aufzuzeigen und Entscheidungshilfen zu geben" (Kreft, Mielenz 1988: 102). Dabei ist eine zentrale Idee, dem zu Beratenden Möglichkeiten aufzuzeigen, wie dieser sich Verhalten kann und ihm die jeweiligen Konsequenzen klar zu machen. Im afrikanischen Kontext kann beobachtet werden<sup>230</sup>, daß - anknüpfend an tradierte Autoritätsverständnisse - die Klienten durch die als gut und erfolgreich bewerteten Berater eher verbindliche Empfehlungen und Verhaltensanweisungen annehmen als Verhaltensmöglichkeiten gleichberechtigt-partizipativ gemeinsam entwickeln würden, wie es dem *westlichen* sozialarbeiterischem Standard entspräche. Der Counsellor wird als Autorität wahrgenommen. Dies hängt auch mit den gesellschaftlich normierten Statuszuordnungen zusammen. Statushöhere wie Amtsinhaber oder Ältere sind Respektpersonen, deren Anweisungen Folge geleistet wird.

Daraus folgen auch potenzielle Probleme im Verhältnis zwischen Counsellor und Klient: Tritt der Fall ein, daß ein Counsellor jünger ist als der Klient, muß jener - nach den althergebrachten Konventionen - ständig Respektsverletzungen begehen, wenn er beispielsweise den älteren Klienten *belehren* bzw. über bestimmte Sachverhalte aufklären will.

---

<sup>229</sup> Vgl. Interview I/14 (2000).

<sup>230</sup> Dieser Gedankengang stützt sich nicht auf die Auswertung von Interviewmaterial, sondern auf die Beobachtung von namibischen Counsellors und deren Praxis; vgl. Feldnotizen II/2002, III/2002.

### ***Counselling und der Blick auf das Selbst***

Der Prozeß des Counselling hat für die Klienten oft einen veränderten Blick auf die eigene Vergangenheit zur Folge: Bei vielen Interviews fällt auf, daß beim Erzählen der eigene Biographie dem HIV-Test eine zentrale Rolle eingeräumt wird. Alle Erlebnisse werden nunmehr in den Kategorien *vor dem Test* oder *dem nach dem Test* gedeutet, bewertet und erzählt. Die eigene Biographie gerinnt unter Eindruck der nun gewissen HIV-Infektion in ein *Davor* und *Danach*. Der Zeitpunkt des Erfahrens der eigenen Infektion - nicht der Moment der Infektion selbst - wird zur neuen Gelenkstelle der eigenen Biographie.

### ***Stadt-Land-Differenzen im Blick auf das Selbst***

Es fällt ohnehin im Hinblick auf die Verbalisierungsfähigkeit der eigenen Biographie ein genereller Unterschied zwischen städtischen und ländlichen Lebenswelten auf.

- Stadtbewohner sprechen auffallend klarer und lauter als Landbewohner.
- Dazu kommt eine klarer ausgeprägte Selbstverständlichkeit, aus dem eigenen Leben autobiografisch zu berichten. Dies zeigt sich auch in der Fragefrequenz bzw. in der Länge der Antworten. Stadtbewohner geben im Hinblick auf die Rede von sich selbst eindeutig die längeren Antworten, während bei den Landbewohnern mehrfach nachgefragt werden muß, um die gleiche Menge an Informationen zu erhalten.

Es gibt im städtischen Bereich eine signifikant ausgeprägtere Verbalisierungsfähigkeit der eigenen Lebensgeschichte, die vermutlich mit einem geübteren Blick und einer ausgeprägteren Reflektionsfähigkeit im Hinblick auf die eigene Individualität zusammenhängt. Im urbanen Kontext muß die soziale Welt durch das erzählte Selbst von den Personen immer wieder und in unterschiedlichen Zusammenhängen neu wiederhergestellt werden. Daher gibt es vielleicht auch eine stärkere Neigung der Verbalisierung und Darstellung des eigenen Selbstentwurfs.

### ***Angst vor dem Test und Ahnung von der eigenen Infektion***

Die Entscheidung, freiwillig einen Test zu machen, fällt natürlich niemanden leicht. Viele haben Angst davor, einen HIV-Test zu machen, wie eine Interviewpartnerin (30 Jahre, selbst HIV-positiv) im Hinblick auf ihre Freundinnen feststellt:

"... the others can also come and test their blood, but the people, they are afraid to test the blood."

(Interview III/08 (2001): 11)

Auch andere Gesprächspartner schätzen dies ähnlich ein, so auch der AIDS-kranke Andreas (34 Jahre):

*MR:* "What do you think, is the reason why they refuse [to go for a test]? Are they afraid of getting positive results?"

"So I think, that maybe they might be afraid of check-up and might be thinking that they are not infected because they are still fit, so I don't know really what is their [mind]."

(Interview III/12 (2001): 14)

Solange man sich gesund fühlt, kann ein Test die Illusion, man sei HIV-negativ, zerstören.

Auf der anderen Seite berichten viele Getestete, daß sie auch schon vor dem Entschluß, einen HIV-Test zu machen bzw. vor der Verkündung des Testergebnisses eine Ahnung oder wenigstens die Befürchtung hatten, von HIV betroffen zu sein.

Priscilla berichtet, daß sie damit gerechnet hatte, HIV-positiv zu sein, da ihr Freund und dessen (andere) Freundin bereits verstorben waren:

"I was thinking before I ... before I test[ed] the blood. I was think[ing] away I'm positive because my boyfriend, he was passed away and he ... another lady and she passed away and my boyfriend passed away and the people tell .. ah .. that's good they were positive and klaklaklakla and I was hear the story already. ... A year he have [had] another lady. ... We [were] together and ... you can not stay with the two ladies and like that, but he say me he love[d] me and like that. And I was also love him and the first the lady .. passed away, and I hear the story ... "

(Interview III/08 (2001): 5)

Auch Andreas erzählt, daß er sich nach andauernder Krankheit dazu entschied, einen HIV-Test zu machen:

"I told my parents, that I want to go for check up because I'm there feeling very weak. They were asking whether I has [had] really decided to go to the hospital and I said: "Yes I decided." "

(Interview III/13 (2001): 6)

Ähnliches berichtet auch Joseph (50 Jahre), der sich 1997 testen ließ:

"So .. when I realised that there is maybe something wrong with my body, then I decided to myself to go for a test. [...]"

Ya, it was due to information about HIV/AIDS. I heard about that, the information and automatically developed the sense of coming to for a test. "

(Interview III/15 (2001): 3-4)

Auch Willemina (36 Jahre) wurde immer wieder krank, sie führte ihren Zustand auf HIV zurück; das bewog sie schließlich, einen Test zu machen:

"I was so tired for the sickness and everytime I go [went] to the hospital they put me in the hospital and I was so tired. I said to my other aunt: "Lets go and we must take the blood test" and "we must go for the HIV/AIDS". ... I was so tired. Everytime I go there by the hospital they put me in the hospital and I said no I don't understand ...why must I everytime. I'm feeling right.  
(Interview III/05 (2001): 5)

Diese Interviewsequenzen verdeutlichen, was auch die KABP-Studien belegen, nämlich daß der Informationsstand bezüglich HIV/AIDS in der Gesellschaft inzwischen relativ hoch ist. Nahezu alle Getesteten haben auch vor dem *pre-test-counselling* schon von HIV/AIDS und den Übertragungsmöglichkeiten gehört und sich entsprechend mit der Frage befasst, ob sie selbst betroffen sein könnten. Insbesondere, wenn häufig wiederkehrende Krankheiten auftreten, vermuten viele dahinter den Virus.

Nur die Infizierten, die sich schon vor mehreren Jahren haben testen lassen, berichten, daß zur damaligen Zeit das allgemeine Bewußtsein im Hinblick auf HIV und AIDS noch nicht sonderlich ausgeprägt war - man hatte zwar schon von AIDS gehört, brachte dies aber nicht wirklich mit dem eigenen Leben in Verbindung. So erzählt ein Paar, dessen Kind 1996 an AIDS gestorben ist, auf die Frage, ob sie auch schon vor dem Tod ihres Kindes von HIV gehört hätten:

"We did hear each year and there, but it was not something serious that we knew of. We only came face to face with this during the sickness and the dying of the child, that's when we .. we really came to know and so much that we went for the test. But before then, it was just hearing."  
(Interview III/10 (2001): 5)

Die wachsende Aufmerksamkeit im Blick auf AIDS beschreibt Nekundi Hosian:

"At first, I used to hear about HIV/AIDS from afar, especially when I was at school in the 1980s. People talked about an incurable disease known as AIDS. I did not care to give any attention to it. I thought HIV/AIDS would never come any closer to me. As the years progressed, HIV/AIDS news became more common. I started to see people living with AIDS on TV – and I thought HIV/AIDS was just confined to certain people and countries. How brainwashed I was then.  
Now, HIV/AIDS is not only at my doorstep, but it seems I walk into HIV/AIDS every hour, each day of my life – if not every second I move my feet. Every piece of my memory is HIV/AIDS-conscious as I scratch on this paper with my pen.  
It all started in 1997, when I visited a colleague who was admitted to hospital in Windhoek. At the hospital I saw a supposedly handsome young man whose body had completely wasted away. What was left of him were his white eyes, black skin and bones. I could not stop thinking from then on. This was AIDS."  
(Essay by Nekundi M. Hosian)

## *Stigmatisierung und Selbststigmatisierung*

### *Begriffsbestimmung*

Das sogenannte *Stigma-Theorem* ist ein in den Sozialwissenschaften intensiv diskutiertes, multidimensionales Konzept, in dessen Zentrum die Frage von Abweichung steht. In diesem Sinne soll hier unter Stigmatisierung der Prozeß der Zuschreibung einer Abweichung vom *Normalzustand* der Gesellschaft verstanden werden (also *HIV-positiv* oder *AIDS-krank* auf der einen Seite und *nicht-HIV-infiziert* auf der anderen Seite). Stigmatisierung entspricht damit der Etikettierung einer Person mit gesellschaftlich negativ bewerteten Attributen aufgrund einer Abweichung von Ideal oder Erwartung. Auf der Handlungsebene ist die Konsequenz in der Regel soziale Isolation, der Ausschluß von sozialer Anerkennung und Akzeptanz des jeweils Stigmatisierten.<sup>231</sup> Damit ist ein Stigma nicht nur eine gesellschaftliche Zuschreibung, sondern markiert auch eine soziale Beziehung, in der Interaktion mit Individuen abweichender Eigenschaften von der Gruppennorm vermieden wird. Die Zuschreibung eines Stigmas ist sozial so wirksam, daß sie auch die Weise beeinflußt, wie Individuen sich selbst als Person betrachten (Selbststigmatisierung) (Goffman 1967).

Krankheit stellt eine Abweichung von dem erwarteten Normalfall Gesundheit dar. Im Fall bestimmter Krankheiten kommen eventuell darüber hinaus dezidierte Zuschreibungen, Bedeutungen und Interpretationen zur Geltung; bei AIDS etwa die - an christliche Moralvorstellungen anschließenden - Einschätzungen, die die Krankheit als selbstverschuldet erscheinen lassen. Susan Sontag hat darauf hingewiesen, daß der Diskurs über HIV/AIDS oft mit Vorstellungen von *sündhaftem* und *bösem* Verhalten aufgeladen ist. Da die Übertragung des Virus vor allem über Geschlechtsverkehr geschieht, wird oft ein *falsches, sündhaftes, übertriebenes* (promiskes) Sexualverhalten assoziiert oder unterstellt.<sup>232</sup>

Eine wichtige Rolle bei der Bedeutungsaufladung von AIDS spielt auch die - an moderne Körpervorstellungen anknüpfende - Metapher des Krieges. Der Virus wird

---

<sup>231</sup> Beim umgangssprachlichen Gebrauch des Begriffs *Stigmatisierung* wird oft nur die auf der Handlungsebene beobachtbare Ausgrenzung und Marginalisierung des Betroffenen verstanden. Hier wird auf ein weitergehendes Verständnis des Begriffs zurückgegriffen, das auch Prozesse der gesellschaftlichen Sinnzuschreibungen und individuellen Identitätsgenerierung einschließt.

<sup>232</sup> Dieses Urteil wird von einer HIV-Infizierten in Worte gefaßt: "... you must be a prostitute, a sinner, you must be a woman who sleeps around [if you are infected]." (Interview I/14 (2000))

als feindlicher Eindringling gesehen, der vom körpereigenen Immunsystem<sup>233</sup> bekämpft werden muß. Das zeigt sich in vielen Sprachbildern. Im Diskurs wird aber nun mit dem Virus auch der Träger - also die infizierte Person - dämonisiert. Dies führt zu Schuldzuschreibungen an den Betroffenen. Der gesellschaftliche Diskurs über die Krankheit wird auf die Kranken übertragen:

"Aber der "Krieg" gegen eine Krankheit ist nicht bloß der Aufruf zu noch mehr Engagement der Bevölkerung und Forderung nach noch mehr Mitteln für die Forschung. Diese Metapher sorgt auch dafür, daß eine besonders gefürchtete Krankheit als etwas ebenso "Fremdes" und "Anderes" gesehen wird wie der Feind in einem modernen Krieg; dann aber ist der Schritt von der Dämonisierung der Krankheit zur Schuldzuweisung an den Patienten zwangsläufig, gleichgültig, ob der Patient als Opfer gedacht wird oder nicht. Ein Opfer suggeriert Unschuld, Unschuld aber suggeriert, nach der unerbittlichen Logik derartiger relationaler Begriffe, Schuld. Kriegsmetaphern bewirken die Stigmatisierung bestimmter Krankheiten, damit aber die Stigmatisierung der an ihnen Erkrankten."  
(Sontag 1989: 13-14)

Neben diesen Zuschreibungen, die an christliche Moralvorstellungen bzw. an moderne Körperkonzepte anknüpfen, lassen sich auch vernakuläre Deutungen identifizieren, die im Rahmen von Stigmatisierung aktualisiert werden. AIDS wird unter diesem Blickwinkel etwa als Konsequenz des Einflusses von Ahnen aufgrund von Vergehen gegen die Gemeinschaft verstanden. Diese Interpretation hat die gleiche Zurichtung wie die christlich geprägte Deutung, die ein sündhaftes Verhalten unterstellt, sie fußt aber in einem anderen Verständnis. Sie wurzelt nämlich in der Vorstellung, daß Krankheit der Ausdruck einer gestörten sozialen Ordnung ist.<sup>234</sup>

Der Interaktionsmodus, der hier als Stigmatisierung bezeichnet wird, bezieht sich also auf die in einer Gesellschaft vorhandenen Deutungen, Diskurse und Werte. Die Stigmatisierung bestimmter Personen oder Personengruppen ist dabei nicht unbedingt nur auf das Auftauchen einer Abweichung - wie AIDS - zurückzuführen. Vielmehr tritt die Krankheit in bestimmte gesellschaftliche Diskurse ein, die ihre Wahrnehmung bestimmen. Stigmata sind damit nicht nur Ergebnis einer HIV-Infektion oder AIDS-Erkrankung, sondern manchmal auch schon verborgen im gesellschaftlichen Denken angelegt und werden im Sprechen über die Krankheit oder im Umgang mit Betroffenen wieder neu artikuliert.<sup>235</sup> Good bezeichnet diese Muster

---

<sup>233</sup> Haraway kann zeigen, wie die Idee vom *Immunsystem*, das den eigenen Körper gegen Eindringlinge von außen verteidigt, innerhalb des biomedizinischen Diskurses in den 60er Jahren des zwanzigsten Jahrhunderts entstanden ist (vgl. Haraway 1989).

<sup>234</sup> Vgl. bezüglich der verschiedenen Interpretationen auch Fußnote 57; bezüglich des traditionellen Medizinsystems Kapitel 2.2 und de Rosny 1998.

<sup>235</sup> Vgl. auch Dilger 1999: 4.



der Thematisierung, auf die im Diskurs über eine Krankheit oder die von ihr Betroffenen zurückgegriffen wird, als *semantische Netzwerke* (Good 1994: 55).

Der Begriff Stigmatisierung beinhaltet also verschiedene Aspekte: Auf der Ebene des Handelns meint Stigmatisierung die Ausgrenzung und Marginalisierung von abweichenden Individuen. Daneben gibt es die Wirkung des Stigmas auf intraindividuelle Prozesse wie Identitätsbildung und Selbstbild. So isolieren sich Individuen aufgrund von erwarteter bzw. vermuteter Ausgrenzung selbst. Diese Handlungsebene steht in Wechselwirkung mit den gesellschaftlichen Diskursen und vorhandenen Mustern der Thematisierung, Sinnbildung und Bestimmung von Randgruppen.

Wir können festhalten, daß es Stigmatisierung immer als eine Reaktion auf die Abweichung von Normalität gibt. Aufgrund von verschiedenen Faktoren (im Kern die Erwartung, was gesellschaftlich als *normal* gilt) ist das Ausmaß der negativen Attribuierung aber unterschiedlich. Diese Faktoren ändern sich laufend, folglich auch der Grad der Marginalisierung. Damit stellt die hier geschilderte soziale Ausgrenzung nur eine Momentaufnahme dar. Das Ausmaß, in dem Einzelne sozial marginalisiert werden, ändert sich fortlaufend. Allein in den vier Jahren, die zeitlich die Entstehung dieser Studie umfassen, hat sich in Namibia diesbezüglich sehr viel verändert. Die Tendenz ist, daß das Ausmaß an Ausgrenzung gegenüber von HIV/AIDS-Betroffenen deutlich abnimmt. Das läßt sich damit erklären, daß die Phänomene von HIV/AIDS wie Infektion, Sterben und Tod aufgrund der steigenden Anzahl an Betroffenen immer mehr zum Normalfall werden: AIDS ist zu einem Massenphänomen geworden. Kaum jemand kann sich sicher sein, nicht auch selbst betroffen zu sein. Damit einhergehend hat sich das Ausmaß der sozialen Ausgrenzung von Kranken verringert. "It's coming down, but it's so slow"<sup>236</sup>, so wird dies von einem AIDS-Counsellor zusammengefaßt.

#### **A) Stigmatisierung**

"People will start behaving differently about that person. They will start .. their relationship will change. They will treat him differently ..."  
(Interview IV/01 (2003): 15)

---

<sup>236</sup> Interview IV/01 (2003).

Die Stigmatisierung durch andere wird von HIV-Infizierten als besonders schmerzhaft erlebt. In dieser praktizierten Ausgrenzung wird der eigene Sonderstatus, das Abweichen vom Normalfall, in körperlich unversehrtem Gesundheitszustand zu sein, auf negative Weise sozial erlebbar. Emma (25 Jahre) berichtet von der Reaktion ihres Umfeldes, nachdem bekannt wurde, daß sie HIV-positiv ist:

"It was quite [a] very difficult, because this people were trained to be teachers, and I went, I stayed in an hostel ... in the college, so students have [had] a problem with the use of the same bathroom, which I bath in. Yes, .. problems to share plates, to share anything, to share where I sit. And they were scared of sitting on the same chair. And they had also seriously ... a compulsory subject, which included swimming, physical education and all ourselves to say so. Students did not want to go in water, because I was in the water, they will be staying [standing outside] in wanting to swim."  
(Interview I/14 (2000))

Simon (28 Jahre, HIV-positiv) berichtet aus dem Gefängnis, wo die Erfahrung von Stigmatisierung aufgrund der räumlichen Enge besonders extrem ist:

"Some just maybe in the cell forty-five guys, but ... [if] just one is infected ..., and the guys scream at him: "Look at this one, he has AIDS, you are going to die." "  
(Interview I/16 (2000))

Auch Johannes (37) berichtet von der Reaktion seiner Mitbewohner, als er krank wird:

"I moved in with some friends, but when I started to get sick, they chased me out. They said, they can't take care of me. I had to find another place."  
(Interview IV/24 (2003))

Stigmatisierung und die Angst vor Stigmatisierung sind ein durchgängiges Phänomen in allen Phasen des Verlaufs von HIV-Infektion und AIDS-Erkrankung. Dem Infizierten werden aber in den verschiedenen Phasen des Verlaufs von Infektion und Krankheit von Seiten seiner Umwelt unterschiedliche Reaktionen entgegengebracht. Gleichzeitig hat der Betroffene in den verschiedenen Phasen unterschiedliche Möglichkeiten mit der Stigmatisierung umzugehen: In den Phasen, in denen für die soziale Umwelt noch keine Krankheitssymptomaten erkennbar sind, kann die Tatsache, HIV-positiv zu sein, noch gegenüber der Umwelt verheimlicht werden. Mit dem Ausbruch des Krankheitsbilds AIDS wird die Verheimlichung schwieriger und die Betroffenheit tritt deutlicher (wenn auch nicht unbedingt ausgesprochen) zutage (s.u.). Vor allem zu dem Zeitpunkt, an dem noch niemand oder nur wenige von der Infektion wissen, steigt die psychische Belastung

mit der Gewissheit um die Infektion. Wie bei jedem Geheimnis, muß das Individuum ein sogenanntes *Informationsmanagement* (Alonzo, Reynolds 1995: 308) betreiben.

Die zentrale Frage, die sich dann bei jeder Interaktion stellt, lautet: "To display or not to display; to tell or not to tell; to let on or not to let on; to lie or not to lie; and in each case, to whom, how, when, and where." (Goffman 1963: 42)

Mit der Verheimlichung des eigenen Status kann sich das Individuum vor möglichen Ausgrenzungen schützen - das Stigma bleibt aber, zumindest im Blick auf das Selbstbild, sozial wirksam. Von seiner Umwelt wird dem Betroffenen zunächst keine stigmatisierende Reaktion entgegengebracht. Er gilt weiterhin als *normal*. Es steigt aber gleichermaßen der Druck, das Geheimnis zu wahren - was im Stadium der Infektion, in dem keine größeren Krankheitssymptomatiken zu verzeichnen sind, auch gelingen kann. Diese Anpassung an die Normalitätserwartungen des Umfelds (durch das Verschweigen der Infektion) wird von einer Interviewpartnerin folgendermaßen beschrieben:

It's where the problem starts. So that when he's testing and he's seeing, he's HIV positive - then he just follows the way, the people are talking to him. He go to stay longer, but now, then, he is ashamed[d] and he don't want to ... to say out. ... How could you know? It's very difficult. ... Because we are now here, we are not talking to each other [the] truth. We are just ... some [are] lying, [some are] true. (Interview III/11 (2001): 12)

Je mehr Stigmatisierung erwartet wird, um so wahrscheinlicher wird der HIV-positive Status verheimlicht. Das ist oftmals die - wenigstens vorübergehend - einfachste Lösung für den Betroffenen. Doch der damit verbundene psychische Druck wird im Laufe der Zeit immer größer.

Neben der generellen Entwicklung im Ausmaß der praktizierten Ausgrenzung (s.o.) gibt es natürlich große Unterschiede, wie Menschen mit HIV-Infizierten und AIDS-Kranken umgehen. Ein Counsellor erzählt von seiner Beobachtung, daß viele derjenigen, die Betroffene am stärksten diskriminieren, häufig selbst Betroffene sind:

"And most of the time, those who are like talking too of discriminating against the others, most of them are also infected. It's just that you are in .. it's denial. You know, you don't want to see you in that stage. That's denial. [...]  
Those ones who are pointing fingers, it's just that they don't want to see them now in that condition the other one is [in]. The fright and everything."  
(Interview IV/01 (2003): 17)

Wenn diese Beobachtung zutrifft, könnte das durch einen psychischen Abwehrmechanismus erklärt werden: Die bereits geahnte eigene Betroffenheit wird

am anderen abgewehrt, auf ihn projiziert und damit die Möglichkeit der eigenen Infektion verdrängt und geleugnet.

Oder aber: Ein solches Verhalten soll andere über die eigene Betroffenheit hinwegtäuschen und damit vor Diskriminierung schützen. Durch besonders heftige Ausgrenzung von Betroffenen sollen andere vom Verdacht abgelenkt werden, man sei selbst infiziert. Dies klingt zunächst paradox, aber mit der überspitzten Reaktion gegenüber anderen Betroffenen würde man in der Tat vom vordergründigen Verdacht ablenken, selbst in der gleichen Lage (nämlich HIV-positiv) zu sein. Denn in diesem Fall wäre man schließlich mitfühlend. Ein Verhalten, das auf die eigene Betroffenheit hindeuten könnte, wird also vermieden.

Eine solche Reaktion kann im Extremfall sogar dazu führen, daß medizinische Maßnahmen gegen Krankheiten (Krankenhausbesuch) nicht in Anspruch genommen werden.

" [At the] end of the day, maybe you went to [a] clinic, you [are] just maybe sick...those people tell you: "If you want us to help you, we have to take blood first." That is why some people, they don't even want to go to hospital, but he knows [they know] that: "I'm living with the HIV now, but to go there I am scared." [...] But some they are scared, mostly .. to go there. It is better to die and nobody knows what I am dying from."  
(Interview I/16 (2000))

Also kann auch eine verzögerte oder gar nicht in Anspruch genommene Behandlung eine Umgangsweise mit dem Stigma sein.

### ***B) Selbststigmatisierung***

Ein weiterer Aspekt ist die Angst der Betroffenen vor Stigmatisierung, die sich oft zu einer Selbststigmatisierung steigert. Aufgrund des Wissens um die eigene Infektion reagieren Betroffene höchst sensibel auf alle ihnen entgegengebrachten Zuschreibungen und Urteile; Betroffene vermuten in jeder Reaktion der Umwelt eine Stigmatisierung. Zudem werden - in vorseilendem Gehorsam - bereits die Konsequenzen für eine in der Umwelt (noch) gar nicht stattgefundene Ausgrenzung gezogen. Dieses Verhalten ist Folge der aktiven Auseinandersetzung mit dem eigenen Status, dem eigenen Stigma. Hat sich das Gefühl, anders als die anderen zu sein, im Individuum verfestigt, kann eine Dynamik von Selbstisolation und Entfremdung entstehen und sich eine stigmatisierte Identität entwickeln. (Goffman 1969). Die Betroffenen antizipieren so den stigmatisierenden Blick der anderen.

Konkrete Folgen von Selbststigmatisierung können z.B. Beziehungsabbrüche sein: Man zieht sich aus der Gemeinschaft - aus der Familie, dem Freundeskreis oder der Nachbarschaft - zurück und nimmt damit eine mögliche Ausgrenzung durch die anderen vorweg. Umgangen werden soll damit das Gefühl der Erniedrigung, das eine Ausgrenzung durch andere bewirken würde. Viele Counsellor wissen von Klienten zu berichten, die sich nicht nur in ihrem gewohnten Umfeld zurückziehen, sondern alle Kontakte abbrechen und in eine völlig neue Umgebung umziehen, in der sie niemanden kennen, sondern ein völlig neues und anonymes Umfeld vorfinden (Feldnotizen II/2001, III/2001). Durch ein solches Verhalten verläßt der Betroffene die sozialen Netzwerke, die ihm möglicherweise auch helfend zur Seite stehen können. Die eigene Lage wird damit u.U. durch eigenes Handeln verschlechtert. Im Krankheitsfall kann die Versorgungslage schwierig werden, wenn Angehörige nicht mehr zur Verfügung stehen.

Die aus der Selbststigmatisierung entstehende soziale Isolation wirkt sich natürlich nachteilig auf das Befinden der Betroffenen aus. Einsamkeit, ökonomischer Druck und die Sorge um die Zukunft der Familie führen häufig zu Depressionen und körperlicher Niedergeschlagenheit. Einen Ausweg aus bzw. ein Ende dieser Zwangslage suchen viele Betroffene im Suizid (s.o.).

Die Möglichkeit, sich seinem gewohnten Umfeld (etwa durch Umzug) zu entziehen, ist natürlich in der Anonymität eines städtischen Kontextes einfacher zu realisieren als in einem ländlichen. Die Phänomene von Selbststigmatisierung wie Beziehungsabbruch, Wohnungswechsel etc. finden sich folglich vor allem in den urbanen Lebenswelten (Feldnotizen II/2001, III/2001).

Beim Kontakt mit professionellen Helfern läßt sich die Angst vor möglicher Stigmatisierung und Ausgrenzung besonders deutlich beobachten, sind doch die Kontakte zu einem Counsellor der deutlichste *Beweis* für die eigene Betroffenheit. Viele Betroffene lehnen aus diesem Grund Hausbesuche durch Counsellor oder *Home-based-Care*-Helfer grundsätzlich ab oder bitten darum, daß diese bei Hausbesuchen so auftreten, daß sie für andere nicht als solche erkennbar sind (z.B. indem sie nicht mit einem kenntlich gemachten Dienstwagen oder mit Dienstkleidung zum Besuch kommen).

### ***C) Stigmatisierung des Umfelds***

***" ... don't go there, those people, they are HIV-positive. Maybe they will try to infect you" - Die Stigmatisierung der Familienangehörigen***

Die Stigmatisierung und Ausgrenzung der Betroffenen weitet sich nicht selten auch auf deren unmittelbares Umfeld - auf die Familie oder den Haushalt - aus:

"And sometimes you may find, if you are staying at a certain place maybe and ... one of your friends want to approach your place for either any assistance. Other[s] can say: "No, no, no, don't go there, those people, they are HIV-positive. Maybe they will try to infect you. Either through food or so. Ya, if you want to be infected, go to them!" - That is what they believe."  
(Interview I/15 (2000): 12)

Theapolina (26 Jahre), deren Eltern beide an AIDS gestorben sind, berichtet von ähnlichen Ausgrenzungserfahrungen:

"I remember like us, we are also being discriminated [against], like .. in the village. They will be having meetings like about maybe .. because we have got a tap and we fetch water from there [for] the houses and they know that my father died of AIDS. They will pass words like "Oh and people who are from the AIDS-houses, I think you should take care that you don't infect other people." I mean how will I feel like you can already know that they [are] talking about us."  
(Interview IV/03: 16)

Wenn der HIV-Status eines Betroffenen innerhalb seiner Familie bekannt ist, wird daher in der Regel auch die Familie den positiven Status ihres Angehörigen versuchen zu verheimlichen.

### ***Stigmatisierung von Counsellors***

Es entspricht den geschilderten Stigmatisierungsmechanismen, daß neben der Familie auch jene, die sich professionell mit von HIV Betroffenen befassen, ebenfalls von Stigmatisierungen betroffen sind. Viele AIDS-Counsellor und *Home-based-Care-volunteers* berichten von Erfahrungen mit diesem Phänomen:

"We are also now getting discriminated against, because [we] are with people who are HIV-positive. Maybe they think we are also like HIV-positive by being with them. Because they are also like: "Ohh, those people they work with AIDS-people. They should stay away from others." "  
(Interview IV/02 (2003): 13)

"Like I don't have friends anymore, also. It's true! I don't have friends. But I don't care. Because I know like my friends are people who [are] HIV-positive. My friends

are the orphans. If I'm at home [and] I've got nothing to do. And I think of a child, or think of somebody, then I just go to that house and I'm .. you know, I'm there with them and, you know, it's like you are having your discussion, you are laughing, you are playing .. and I didn't go home. I don't even miss them, miss friends."  
(Interview IV/01 (2003): 13)

Die Tatsache, daß jeder, der in irgendeiner Form mit HIV und AIDS in Verbindung steht, stigmatisiert wird, ist auch aus anderen Berichten erkenntlich. Ein HIV-Infizierter berichtet:

"So, the sign says ... this guy is not sick, but he has this problem. But go to him and say: "Boy, there is a centre there. I am staying in a Centre that help people with this". That guy can even stand up and fight you very bad. .. Truly. .. So, to tell him is good, but how do I accept it when I tell him. He accept it .. or he .. if he is fighting me. Sometimes you have to take a real process to come to the point."  
(Interview I/16 (2000))

### ***" ... you are just a person to die tomorrow" - Stigmatisierung und die Gleichsetzung von HIV und AIDS***

Die im Rahmen der Ausführungen über Stigmatisierung bereits dargestellten Erfahrungen der Zurückweisung und sozialen Ausgrenzung werden in gewisser Weise (z.T. überhaupt erst ermöglicht) durch die mangelnde Differenzierung zwischen dem Stadium der HIV-Infektion und der Erkrankung durch AIDS akzentuiert. Durch diese Gleichsetzung von Infektionsstadium und Krankheitsstadium werden Infizierte generell als unheilbar krank - und damit als fast tot - angesehen. Wilhelm Lukas (35 Jahre, HIV-positiv) berichtet, wie er sich damit fühlt:

#### ***Seen as a half dead person***

"By that time the father can just tell that: "No, it is not a good thing to waste my money on you, because you are just a person to die tomorrow. I thought you were supposed to study and after that you will assist us, but now we're wasting our money .. and now you are just a person near to die." You are seen as a half dead person, you know. [...]

People are not believing that the person with the virus will live longer, will live either like [until] today. There is nobody who believe that maybe, we will reach the year 2001 or 2002. They just say, maybe we are just together for two weeks and one month and then they are gone. Yes, that is what they believe."

(Interview I/15 (2000): 3-4)

Die undifferenzierte Gleichsetzung von HIV-Infizierten und AIDS-Kranken verschärft die Stigmatisierung und Ausgrenzung der Betroffenen. Sie ist im alltäglichen sozialen Kontakt häufiger Anlaß für Verärgerung, Enttäuschung und

Frustration. So berichtet eine Interviewpartnerin (22 Jahre), die infiziert (aber nicht krank) ist:

"When I tell him, ... your friend or whatever, you only have [HIV], then he said: "Oh, its AIDS, its not HIV", cause ... one day I told my friend [that I am myself infected] and then he said: "No you have only AIDS, you don't have .. HIV", and then I say [said]: "No, AIDS is not HIV, HIV is only [being] infected". And then that girl, she said: "No HIV is AIDS." And then I say: "No, I will go [now]." And then I was angry and then I went home."

(Interview III/03 (2001): 9)

Doch die Gleichsetzung von HIV und AIDS entspricht oft auch der Perspektive der Betroffenen selbst, sie wird von den Betroffenen zum Teil selbst verinnerlicht. So erzählen (gesunde) HIV-Infizierte:

"... this year I decided to come here to test my blood and then I hear[ed, that] I'm sick."

(Interview III/08 (2001): 5)

"But let me say, [it] is a killer *<lacht>*, I am already killed ... ya, everytime, I don't feel nice in my heart about that story."

(Interview III/07 (2001))

Trotz guter körperlicher Verfassung betrachten sich viele HIV-Infizierte als schwer krank - als fast schon tot. Sie haben das Stigma so sehr verinnerlicht, daß es ihrem eigenen Selbstbild entspricht (Selbststigmatisierung) oder haben diese Perspektive schon vor der Gewißheit, selbst infiziert zu sein, geteilt.

Die Gleichsetzung von HIV und AIDS<sup>237</sup> ist im Hinblick auf präventives Verhalten von großer Bedeutung, denn häufig folgt daraus das Vorurteil, man könne den HIV-Infizierten ihre Infektion äußerlich ansehen:

"OK he said: .. "Aa, how [do] you know that you have HIV .. HIV positive people is [do] not look like you, like that".

(Interview III/07 (2001))

Auch Emma Tuahepa (25 Jahre, HIV-positiv) berichtet von der Erfahrung, bis zum Test geglaubt zu haben, sie könne eigentlich nicht infiziert sein, da ihre Sexualpartner gesund aussahen:

"But I did not think of really being infected, because I was having .. yes, like many people you know, judge the look of a person .. and this guy was also so good looking."

(Interview I/14 (2000))

---

<sup>237</sup> Die Betrachtung von HIV als AIDS spiegelt sich auch im medialen Diskurs (vgl. 7.2.4). HIV-Betroffene werden meist ausschließlich als "Patienten" dargestellt, die pflegebedürftig sind. Mark Gevisser stellt dazu fest: "... the media often kills people with AIDS long before they are ready to die, fuelling the public misconception that if you have it, you might as well be dead ..." (Gevisser 1995).



Diese Auffassung ist im Hinblick auf Präventionsverhalten problematisch. Die Folge ist, daß häufig beim Geschlechtsverkehr mit gesund aussehenden Partnern kein Kondom verwendet wird.

***"... I was really shocked" -***

***Reaktionen auf die Mitteilung des positiven Test-Ergebnisses***

Daß die Mitteilung eines positiven Testergebnisses Erschrecken und Angst auslöst, ist selbstverständlich. Auch betroffene Interviewpartner, die ihre Infektion längst ahnten, reagierten schockiert auf ihre Diagnose. Es gibt darüber hinaus aber weitere typische Reaktionen auf einen positiven Test.

***"... if you are not strong enough you suicide yourself" - Suizid(versuche)***

Die meisten interviewten Personen berichten davon, nach dem positiven Testergebnis, Selbstmordphantasien gehabt zu haben:

"That day I was really shocked, I was really shocked. I don't know even [what] to do. Aa, infected, it is again a [another] problem, I am in prison and I am infected. It is better to kill me. I got that mind [idea] just to end my life there."  
(Interview I/16 (2000)).

"And this disease mostly people has qualified to be ... ill-people, you must be a prostitute, a sinner, you must be a woman who sleeps around and really I would not carry the stigma. I did not see myself really continuing with anything. And I wanted to commit suicide.... really I had plans to commit suicide, which I .. I .. like two to three attempts to want to commit suicide. I remember the last time when I wanted - because the last time I wanted to shoot myself with a gun of my uncle.  
(Interview I/14 (2000))

"There are a lot of thoughts but ... I am not afraid of to be died or even to become sick, but there were some thoughts of committing suicide ..."  
(Interview III/15 (2001): 7)

In vielen Fällen bleibt es aber nicht nur bei den Phantasien. Viele Betroffene versuchen, sich das Leben zu nehmen. Ein Counsellor bestätigt: "... if you are not strong enough you suicide yourself." (Interview IV/21 (2003)) Die Suizidraten sind in Namibia in den vergangenen Jahren drastisch angestiegen (ELCIN 2000<sup>238</sup>): 1994 wurden 45 Suizidfälle registriert, etwa 100 im Jahr 1995, 165 im Jahr 1996, 132 im

---

<sup>238</sup> In der ELCIN-Studie wurden 105 Menschen befragt. Diese gaben an, in den vergangenen zwei Jahren insgesamt 213 Bekannte und Freunde durch Suizid verloren zu haben. 71% davon waren männlichen Geschlechts, die größte Anzahl im Alter zwischen 21 und 40 Jahren (74%). Innerhalb dieser Spanne waren 46% zwischen 21 und 30 Jahre alt (ELCIN 2000: 3, 17).

Jahr 1997 und 197 im Jahr 1999 (Namibian 2000b). Im Jahr 2003 wurden schon innerhalb der ersten fünf Monate 175 Fälle registriert (Namibian 2003d).

Der *Namibian* berichtete im August 2003 von einem Fall, bei dem eine Frau sich mit ihrem Säugling das Leben nahm. Diesen Fall kann man auch mit HIV in Verbindung bringen:

"A 30-year-old woman in the North yesterday hanged her 14-month-old baby, before taking her own life in the same manner. [...] Lidwina Engombe wrote in a suicide note that she had become tired of "facing many problems on earth and of being sick" and decided to die together with her daughter. The note, which was retrieved by relatives, said in part: "I cannot leave my child with you because you will treat her badly". [...] [Her sister] said Engombe, a single mother, had never complained of being sick, nor had she shown any signs of illness."  
(Namibian 2003e)

Insbesondere die Aussage der Schwester, die junge Frau habe sich niemals über Gesundheitsprobleme beschwert, noch habe sie Zeichen einer Krankheit gezeigt, sowie der Abschiedsbrief der jungen Mutter, in dem sie über "viele Probleme und Krankheit" klagte, läßt einen Zusammenhang mit HIV vermuten, in den die Angehörigen nicht eingeweiht waren.<sup>239</sup>

Entscheidend bei der Frage, ob man die Gedanken an einen Selbstmord umsetzt oder nicht, ist die Tatsache, wie und in welchem Umfang Nahestehenden die Infektion mitgeteilt wird und vor allem inwieweit diese hilfreich bei der Bewältigung zur Seite stehen und Unterstützung leisten können. In diesem Sinne berichtet ein fünfzigjähriger HIV-Infizierter:

"There are a lot of thoughts but ... I am not afraid of to be died or even to become sick, but there were some thoughts of committing suicide, but there were my brother ... My brother and my sister in law supported me psychologically. There I experienced that this is helpful."  
(Interview III/15 (2001): 7)

Hier ist es den Angehörigen, die ins Vertrauen gezogen wurden, gelungen, ihn von den Selbstmordgedanken abzubringen. In vielen anderen Fällen gelingt dies jedoch nicht. Entscheidend für den Verlauf ist, ob überhaupt jemand ins Vertrauen gezogen wird und auf welche Weise die Vertrauensperson(en) reagiert(en).

---

<sup>239</sup> Auf die Begründung für die Tötung des Kindes - nämlich, daß dieses nach dem Tod seiner Mutter schlecht behandelt werden würde - soll an späterer Stelle noch Bezug genommen werden; vgl. Kapitel 5.2.3.

*" ... by that time I refused... I thought the doctors are not telling the truth" -  
Die Zurückweisung der eigenen Infektion*

Eine Reaktion, die von verschiedenen Interviewpartnern berichtet wird, ist die Verleugnung des Testergebnisses. Wilhelm Lukas, einer der wenigen Namibier, der in der medialen Öffentlichkeit seinen HIV-Status mitgeteilt hat, berichtet, daß er, bevor er sich nach einem HIV-Test im Jahr 1995 mit dem Ergebnis auseinandergesetzt hat, auch schon 1993 positiv getestet wurde, doch damals habe er das Ergebnis nicht wahrhaben wollen:

"No, the first time was in '92 ... in '93 and I was tested HIV-positive, and by that time I refused. I thought the doctors [are] not telling [the] truth. Then I just go [left], after one year I come [came] back again: In '94, it was in December, [to] go for test the second time. I was tested HIV-positive again. I went to collect my results in 1995, because I tested in 1994 in December I went to collect it in 1995. And the result was the same, telling that I'm HIV-positive. .... I seem[s] to be [have] believed that maybe it need to be true."

(Interview I/15 (2000): 4-5)

Andere Betroffene berichten rückblickend, daß sie sich anfangs eingeredet hatten, das Labor habe einen Fehler gemacht oder das Krankenhauspersonal habe die Blutproben vertauscht etc. So wurden häufig über Jahre mehrere Tests wiederholt, bis die Person das Ergebnis annehmen konnte (Feldnotizen I/2000).

Auf dem Hintergrund des Stigmakonzepts läßt sich die Verleugnung des eigenen Status gut erklären. Das Stigma, welches eine Beschädigung der eigenen Identität bedeutet, wird nicht nur gegenüber anderen verheimlicht, sondern zuerst gegenüber sich selbst.

Es ist aber wichtig festzuhalten, daß nicht jedes Meiden der Beschäftigung mit der eigenen Infektion aus einer Zurückweisung der eigenen Betroffenheit gespeist wird, oder gar eine Verleugnung ist. Genauso wie die Verweigerung von Betroffenen, sich mit ihrer Krankheit auseinanderzusetzen, nicht grundsätzlich destruktiv sein muss. Es ist zu differenzieren zwischen einer Zurückweisung (Nicht-wahr-haben-wollen) und der Nichtbeschäftigung mit dem eigenen HIV-Status. Joanne Stein weist darauf hin, daß sich die Zurückweisung der stigmatisierten Identität, die sich in dem Versuch, möglichst normal zu sein, äußert und beinhaltet, daß man nicht ständig an seine Infektion denkt und diese thematisiert, sogar positiv auf das eigene Befinden

auswirkt. Der Versuch, nicht permanent an die Infektion zu denken ("Trying not to think about it"), kann also durchaus eine konstruktive Umgangsweise mit HIV sein (Stein 1996). Diese Bewältigung ist nicht mit Verleugnung gleichzusetzen, sondern vielmehr in gewissem Umfang notwendig, um das Befinden zu verbessern.

### ***Nicht-wahr-haben-wollen des Umfelds***

Doch nicht nur Infizierte, sondern auch ihr Umfeld entwickelt nicht selten eine ähnliche Umgangsweise mit der HIV-Infektion: Familien leugnen die Infektion - oder verweigern die Auseinandersetzung mit ihr - in gleichem Maße wie die Betroffenen selbst.

Nghipuulenga Naukushu, der im Gesundheitssektor arbeitet, stellt fest:

"The stigmas and discriminations whether conscious or unconscious are always there and only once they are removed can we talk openly about, AIDS/HIV, it is also easy for professionals like myself to tell the patients or community to talk openly about AIDS, but once it happen[s] to me it is a totally different issue, especially if the information comes so suddenly and when there is nobody to answer to any questions." (Essay by Nghipuulenga Tuma Naukushu)

Ein AIDS-Counsellor beschreibt anhand der Erfahrung in der eigenen Familie, wie unter Umständen die Angehörigen nicht wahrhaben wollen, daß ein Familienmitglied von HIV/AIDS betroffen ist:

#### ***The signs were there but I didn't really see it***

"I lost my sister last year ... And when she started to get sick I didn't noticed anything. You know, although everything was .. the signs and everything were there but I .. really it was .. I didn't pay .. not that I didn't pay any attention but I couldn't just imagine that it could happen to her also. So .. I was kind of — I don't know — blind or what. I don't know. But at the end, when we took her to the hospital — it was on a Tuesday evening when we took her to the hospital in Windhoek. They phoned the lab and the results came out as positive and blablabla. That's only where I realised that it really can happen to anyone: Your family, your sister, whoever... yourself even. And it was quite .. not a shock. I was just .. for myself .. I was just like .. I don't know why... all the signs were there but I didn't really see it. I don't know how to put this, because I have always .. when I think of her I .. this always comes up as is it, but .. that I was ignorant."

(Interview IV/01 (2003): 3)

Das Phänomen, daß eine HIV-Infektion oder AIDS-Erkrankung im Umfeld der Betroffenen manchmal gar nicht wahrgenommen wird, korrespondiert mit dem allgemeinen gesellschaftlichen Klima, das eine persönliche Rede über AIDS tabuisiert und AIDS als die *Krankheit der anderen* wahrgenommen wird - als etwas,

das nicht das eigene Leben und das eigene Umfeld betrifft.<sup>240</sup> Angesichts dessen verwundert es nicht, wenn Whiteside et al. berichten, daß - trotz der hohen Prävalenzraten - nur 40% der befragten Namibier auf die Frage "Do you know of a close friend or relative who has died of AIDS?" mit JA antworteten, 52% aber mit NEIN (die verbleibenden 8% der Befragten gaben keine Auskunft oder wußten nichts zu sagen). (Whiteside et al. 2002: 15)

### ***Die Veröffentlichung des eigenen positiven Status***

***"... they just have the fear to be isolated" -***

***Angst vor der Mitteilung an den Partner, Verwandte und Freunde***

Fragt man Betroffene, warum sie niemanden von ihrem Status erzählen, wird deutlich, daß die Angst vor Stigmatisierung eine große Rolle spielt. Simon Elago (28 Jahre, HIV-positiv) erzählt davon, wie der darüber nachdachte, mit seinen Angehörigen zu sprechen:

"One day, when I tell them that I am infected... will they cry or will they laugh about me?"  
(Interview I/15 (2000): 25)

Beatha Shipanga (27 Jahre, HIV-positiv; vgl. auch Fallstudien) erzählt von den Reaktionen ihres Vaters und ihrer Schwester, nachdem sie ihren HIV-Status mitgeteilt hat:

""Why you didn't tell me?" I say [said]: "No, I was afraid." Ya, because some people of some family, not my family, but I'm see [have seen it] many times, if you tell the people ..., they can not love you ..."  
(Interview III/07 (2001): 22)

Die Angst - oder vielmehr die subjektive Gewißheit - nicht mehr geliebt und anerkannt werden zu können, hatte sie bislang daran gehindert, über ihre Lage zu sprechen. Dabei tritt insbesondere in der Formulierung "... if you tell the people ..., *they can not love you ...*" die Zwangsläufigkeit dieses Gedankengangs und die Angst, die darin aufgehoben ist, zutage. Es wird nicht konjunktivisch formuliert "... they might not love you", sondern die extremste Variante in Worte gefaßt: ... *sie werden Dich [dann] nicht mehr lieben können* - *sie können Dich dann nicht mehr lieben*.

<sup>240</sup> Vgl. auch Kapitel 7.2, das sich mit dem öffentlichen Diskurs über HIV und AIDS befasst.

Simon Elago (28 Jahre, HIV-positiv) umschreibt seine Angst folgendermaßen:

"So, let me say if you went [go] to the doctor for blood checking and [the] doctor tells you that you are infected. Maybe your friend is a bad one and you are going to your friend as a friend. Like we now: "Matthias, you are a friend of mine. I went to hospital yesterday for blood exchange, but doctor tell me bad there. He says I am infected." This friend then says: "Oh, you are [have] AIDS, start screaming! No, man, we are no more friends man", and he starts making news for each and everyone, you see."  
(Interview I/16 (2000))

Die Angst vor Diskriminierung und Liebesentzug geht oftmals so weit, daß nicht einmal den Lebenspartnern von der Infektion erzählt wird, wie im Fall von Beatha (s.o.):

"Even the father of [my child] - my boyfriend. I didn't tell him. But I try to tell him, but I'm afraid."  
(Interview III/07 (2001))

Die zentralen Sorgen und Ängste von HIV-Infizierten, die um ihren Status wissen, kreisen also um Stigmatisierungen, Zurückweisungen, Mitleidsreaktionen, sowie um die emotionalen und ökonomischen Belastungen, die die Krankheit für die Angehörigen bedeutet.

Im Blick auf die Bedeutung ökonomischer Probleme berichtet Wilhelm Lukas:

"The problem is not only ... telling, talking about your status among family members. It is not really a taboo, but people have a fear of being isolated or rejected. Because many people in Namibia, we [are] depend on somebody else, due to the unemployment-problem. Once you telling person, that "I am HIV-positive", .. you would just discourage him to further assisting you. .. That is only the problem. That people would mind to come and tell their family members about their status, but they just have the fear to be isolated, .. rejected ..."  
(Interview I/15 (2000): 13)

Aber selbst wenn die Betroffenen eher positive Reaktionen von ihren Angehörigen erwarten, bleibt es schwierig, über die Infektion offen zu sprechen:

"It's not easy to tell ... Even my family of my sister ... my sister was also someone she worries about me and when she hear[ed that] my boyfriend has passed away she [...] ask[ed] me... "why and what .. about boyfriend and what about you and you must go and test your blood" and like that ... and I was [did] test my blood but I didn't .. I didn't tell her. [...]  
It's not easy, but she is the one, she is the person .. she also work about with the person and see ... When my boyfriend passed away, she was the one, she talked to me she was the one she counselled me and she talked to me and said: "Ya, I hear[ed] your boyfriend has pass[ed] away and you know about that HIV, my sister you must be also careful and like that." So if I tell her maybe about this problem ..."  
MR. "What do you think could be her reaction?"  
"It can be cool ... but it's not easy to do."  
(Interview III/08 (2001): 12)

Meist vergeht sehr viel Zeit, bis Betroffene - wie im Fall von Beatha - andere ins Vertrauen ziehen (s.o.):

".. but I'm .. still long time I didn't tell ... tell even my family, only me [my]self I know, that I do ... [...]  
Ya, like me and my mother. I was very ... very afraid, how can I tell my mother, because even the time we are grown up, we say my mother, she talking too much and she come to be angry, and she have a problem for the heart."  
(Interview III/07 (2001): 22, 29)

Dabei erweisen sich die Befürchtungen und Ängste meist als unbegründet. In der Mehrzahl der berichteten Fälle reagieren die ins Vertrauen gezogenen Personen positiv:

"One day, when I tell them that I am infected...will they cry or will they laugh about me? This is the kind of things I have on my mind. I have friends, they don't know that I am living with HIV/AIDS, but that is my secret. No one know even my girlfriend. No one, but at the moment I don't have a girlfriend, but at that time. I kept it as my secret, so one day when I came out and I say: "Oh, sorry for you people who know me, my friends, I am not chasing you from me, but this condition where I am living now is like this and this and this. Can you take me with your hand like it was before?" So, I don't really know what people wanted to say that day, but I see that my mama and my family they are happy with me."  
(Interview I/16 (2000): 25)

Wenn von negativen Reaktionen berichtet wird, so läßt sich meist rekonstruieren, daß das Verhältnis ohnehin nicht besonders gut war und der HIV-Status nun ein neuer Anlaß ist, alte Konflikte wieder aufleben zu lassen.<sup>241</sup>

Joseph (50 Jahre, HIV-positiv; vgl. auch Fallstudien) erzählt davon, wie hilfreich es ist, mit jemandem über die eigene Betroffenheit zu reden:

"It is good to tell somebody that "I'm HIV positive", but it's difficult on another side because there are people who are used to ... to talk and even to hate people with HIV/AIDS so because you might find the people at cuca-shops talking about you and they don't want to share even a chair with you .. even something with you, because you are HIV positive. Therefore I feel that there is a need really to tell somebody ... because it helps. It helps a lot. And now just tell .. that who is interested that can keep the secret."  
(Interview III/15 (2001): 6)

---

<sup>241</sup> Vgl. Abschnitt *AIDS als Katalysator von Modernisierungs- und Desintegrationsprozessen* in Kapitel 5.2.2, in dem diese Beobachtung analysiert wird.

Wenn Betroffene ihren positiven HIV-Status niemandem mitteilen, dann hat das zur Konsequenz, daß sie sich alleine damit auseinandersetzen müssen. Keine Unterstützung durch andere zu bekommen bedeutet allerdings eine enorme psychische Belastung und eine ständige Anstrengung, das Geheimnis nicht offenbar werden zu lassen. Darüber hinaus aber ist eine weitere Folge, daß der Schutz des Partners beim Geschlechtsverkehr meist unterbleibt, damit kein Verdacht erregt wird bzw. um einer Konfrontation mit dem Partner zu entgehen.

***Die Tabuisierung von AIDS in der Öffentlichkeit -  
das gesellschaftliche Klima, das zum Schweigen ermutigt***

Neben dem bisher geschilderten, verstärkt das allgemeine gesellschaftliche Klima die Haltung, die eigene Betroffenheit nicht mitzuteilen. Über AIDS wird in der Öffentlichkeit - wenn überhaupt- meist nur auf abstrakte Weise und nicht als persönliches Thema gesprochen. Eigene Betroffenheiten werden selten artikuliert. Eine Bewegung, wie sie sich z.B. in den 80er Jahren in Nordamerika formiert hat, bei der Personen aus dem öffentlichen Leben ihren positiv-Status publik machten, gibt es in Namibia praktisch nicht.<sup>242</sup>

Neben Angst vor Ausgrenzung und Marginalisierung spielen dabei noch andere Faktoren eine Rolle: Zum Beispiel die Tabuisierung von Sexualität. Dadurch, daß HIV vor allem über sexuelle Kontakte übertragen wird, fürchtet man, mit moralischem Fehlverhalten assoziiert zu werden. Da alles, was mit Sexualität zu tun hat, mit einem öffentlichen Tabu belegt ist, ist es für die meisten Menschen äußerst schwierig, sich zu einem HIV-Test zu entschließen und in diesem Zusammenhang womöglich noch über intime Details sprechen zu müssen.

Ein weiterer Grund dafür, daß die persönliche Betroffenheit von AIDS selten offen geäußert wird, sind Nachteile, die auf arbeits- und versicherungsrechtlicher Ebene entstehen können. Es sind zahlreiche Fälle dokumentiert, die in den Medien immer wieder aufgegriffen werden, in denen - auch wenn die rechtliche Lage dies eigentlich nicht zuläßt - Arbeitgeber Kranken gekündigt haben oder Versicherungen keine Beiträge an von AIDS Betroffene, ausgezahlt haben. Solche Berichte und Erzählungen verstärken die Sorge um die Offenlegung der Infektion; angesichts derartiger Aussichten liegt es nahe, zu schweigen und seinen Status nicht breit zu

---

<sup>242</sup> Vgl. Kapitel 7.2.



kommunizieren. So entsteht ein gesellschaftliches Klima, daß das Verschweigen einer HIV-Infektion als den Normalfall etabliert und keinerlei Aufmunterung gibt, den Status zu veröffentlichen.

***Wem wird von der eigenen HIV-Infektion berichtet?***

Es stellt sich die Frage, wer nun eigentlich von den Betroffenen ins Vertrauen gezogen wird, sollte der Entschluß gefaßt worden sein, überhaupt mit jemandem zu reden. Es ist nur folgerichtig, daß ausschließlich die Personen als Vertrauenspersonen in Frage kommen, von denen man am wenigsten negative Reaktionen erwartet. Das sind in der Regel Personen, denen der Infizierte besonders nahesteht, denen er vertraut und bei denen er davon ausgehen kann, daß sie dieses Wissen für sich behalten, ihn beraten und ihm beistehen können.

*MR: "OK and why did you select that ones to tell them?"  
"I trust in them."  
(Interview III/07 (2001): 22)*

Das sind in den meisten Fällen Angehörige aus der eigenen Herkunftsfamilie, wie auch im Fall von Beatha (s.o.):

*"... from there I go [went] to tell my ... it's three people[s]. From my father and my mothers family."  
(Interview III/07 (2001))*

Beatha erzählt, wie sie jenen Verwandten mitteilte, daß sie HIV-infiziert ist:

*"Me I have a [am] HIV positive, you must understand me, I didn't tell my mother or my father, or my sister or my brother. No, but I just come straight for you and you and you to tell you." This people understand me, they say "OK, it's nice Betty, and you must stay alone, don't take a boyfriend. Maybe if you take a boyfriend, use a condom". I say: "That's nice, that's not a problem for me." "  
(Interview III/07 (2001))*

Sehr oft sind Mütter die ersten Ansprechpartner:

*"Ya, when I told my mother, my mother just started counselling me ... "  
(Interview IV/05 (2003): 2-3)*

*"When I came out [to] my mother, she encouraged me also ... "  
(Interview I/16 (2000))*

***"It's mostly to those grown up - it's better, much better, but it's so difficult"*<sup>243</sup> -**

### ***Der Umgang Betroffener mit ihren Kindern***

Besonders schwierig ist für die Betroffenen das Gespräch mit den Kindern. Diese erfahren oft zuletzt von der Krankheit ihrer Eltern, sogar wenn sie längst selbst Erwachsene sind. Das heißt nicht, daß die Kinder nicht unter Umständen die HIV-Infektion des jeweiligen Elternteils oder beider Eltern vermuten oder deren häufiges Krank-sein auf AIDS zurückführen. Wenn die Kinder sogar die Pflegenden sind, ist für sie diese Tatsache meist unübersehbar, auch wenn sie nicht ausgesprochen wird. Gerade da in der jüngeren Generation das Wissen um HIV/AIDS und die Übertragungswege oft am umfassendsten ist<sup>244</sup>, ist auch die Sensibilität für die Wahrnehmung von AIDS im eigenen Umfeld besonders ausgeprägt.<sup>245</sup>

In diesem Sinne erzählt eine Gesprächspartnerin, die AIDS-krank ist, daß sie mit den Kindern nicht über ihre Krankheit gesprochen hat, aber vermutet, daß die Kinder ihre eigenen Schlüsse gezogen haben und Bescheid wissen:

*MR: "Do you think your children know about your disease?"*

*"I don't know, but my children are clever. They should be thinking of something. That 'my mother is sick'. Because, they understand. The other one, the big one, said once: "Oh, the mother is sick. My mother to my sister [Tante] who passed away, she was exactly having the same symptoms like my mother and I think my mother will die one day." You see: The boy is clever, the last born is very clever. ... "*

*(Interview IV/05 (2003): 7)*

Im Blick auf die Möglichkeiten des offenen Gesprächs kann man geschlechts- und regionalspezifische Unterschiede beobachten:

- Es scheint in den städtischen Regionen Namibias eher zu gelingen, mit den Kindern über die eigene Betroffenheit von HIV/AIDS zu sprechen als in den ländlichen. Ein wichtiger Grund dafür ist sicherlich die unterschiedliche Rolle, die Kinder in der traditional-ländlichen und der städtisch-modernen Lebenswelt einnehmen: Es ist nicht vorgesehen, daß Kinder sich mit den Angelegenheiten der Erwachsenen befassen. Kinder haben aufgrund der Altersautorität einen deutlichen sozialen Abstand zu den Erwachsenen. Krankheit ist eines der Themen des Gesprächs unter Erwachsenen, die nicht für Kinderohren bestimmt

---

<sup>243</sup> Interview III/15 (2001): 10.

<sup>244</sup> Den Jugendlichen und jungen Erwachsenen steht durch Schulunterricht, Peergruppen und zielgruppenspezifischen Medienangeboten (Radio- und Fernsehsendungen, Jugendbeilagen zur Tageszeitung etc.) mittlerweile ein großes Aufklärungsangebot über HIV und AIDS zur Verfügung. Auch die Auswertung der für diese Untersuchung geführten Interviews nach dem Alter zeigt, daß die jüngeren Namibier generell den besseren Informations- und Wissensstand haben.

<sup>245</sup> Wenn es auch sicher Umstände gibt, in denen man die offensichtlichen Tatsachen versucht zu verdrängen; vgl. Abschnitt *Nicht-wahr-haben-wollen des Umfelds* weiter oben.

sind, und somit weder in Gegenwart von Kindern noch ihnen gegenüber explizit thematisiert wird. Generell gilt: "The children ..., they can't listen to the grown-up's stories." (Feldnotizen VI/2003)

- Mädchen und junge Frauen sind aufgrund ihres weiblichen Geschlechts grundsätzlich eher dazu prädestiniert, in ein Gespräch über eine Krankheit einbezogen zu werden. Jungen, junge Männer und Männer überhaupt werden aus dem Tätigkeitsbereich der Pflege selbst, aber auch aus dem Bereich des Gesprächs über Krankheit und Pflege systematisch ausgeschlossen. Frauen betrachten dies selbst als ihre Aufgabe; männliche Haushaltsmitglieder werden von ihnen oft weder in das Gespräch über Krankheit und Pflege einbezogen (auch nicht in das Gespräch über die Krankheit von Nachbarn oder anderen Mitgliedern der lokalen Gemeinschaft) noch finden sie sich in der Notwendigkeit Krankenpflege auszuüben (Feldnotizen III/2001, IV/2003). Dieser Erfahrungsraum bleibt ihnen verschlossen. Angesichts dessen verwundert es nicht, daß männliche Jugendliche oft behaupten, niemanden zu kennen, der von AIDS betroffen ist, wohingegen weibliche Jugendliche häufiger von persönlichen Erfahrungen zu berichten wissen. (Feldnotizen III/2001, V/2003) Dies ist die Folge des geschlechtsspezifischen Zugangs zu Krankheit und Pflege. Eine Folge dieser Geschlechterunterschiede ist, daß auch die Mitteilung des HIV-Status an eigene Kinder oft - dieser Logik folgend - zunächst an die Töchter geschieht und nicht oder zu einem späteren Zeitpunkt an die Söhne.

Wenn die Kinder ins Vertrauen gezogen werden, dann zunächst nur die Älteren.

### ***Vom Umgang mit der Möglichkeit, andere zu infizieren***

#### ***"I have it, ... I am going to give it also" - Wissensliche Weiterverbreitung des Virus***

Viele Betroffene, die um ihren Positiv-Status wissen, diesen aber vor ihren Sexualpartnern verheimlichen, nehmen die Ansteckung des Partners in Kauf.

Dabei spielt vor allem die Furcht eine Rolle, Ausgrenzungen ausgesetzt zu werden, wenn der Partner von der Infektion erfährt:

"Even the father of .. [my child] - my boyfriend. I didn't tell him. But I try to tell him, but I'm afraid."  
(Interview III/07 (2001))

Die eigene Infektion wird aus Angst vor Zerstörung der Beziehung und Ausgrenzung verheimlicht. Die Folge ist, daß ungeschützter Geschlechtsverkehr praktiziert wird und Kondome nicht benutzt oder eingefordert werden, um nicht in Verdacht zu geraten: Benutzt man Kondome innerhalb einer Beziehung, in der man zuvor keine Kondome angewendet hat, setzt man sich dem Verdacht aus, daß man entweder dem Partner nicht traut (unausgesprochener Untreuevorwurf) oder man selbst etwas zu verheimlichen hat.

Die Interviews belegen, daß eine erhebliche Anzahl von Infizierten in festen oder wechselnden Partnerschaften mit diesem Problem konfrontiert sind und zahlreiche HIV-Übertragungen auf diese Weise zustande kommen.

Doch noch ein anderes Phänomen tauchte in den Gesprächen auf: Es wird berichtet, wie Betroffene gleichsam aus einer blinden Wut heraus absichtlich versuchen, möglichst viele Mitmenschen zu infizieren und so mit in das eigene Schicksal einzubeziehen.

"Infect[ing] the others .. it's not good. Like that it's not good. It's a big problem. You can come free and test your blood and you know where .. can you leaving, but there [are] some people they think in their mind: "Aa, I was also infect[ed] by the other person and I can give .. for this one or that."  
(Interview III/08 (2001): 11)

"There are some people who don't mind, they just say "I have it, so I don't know where does it come from, I am going to give [it] also." "  
(Interview III/16 (2001): 13)

Natürlich ist aus diesen Äußerungen nicht zu schließen, wie verbreitet dieses Phänomen tatsächlich ist. Bei den in dieser Studie ausgewerteten Interviews gibt es jedenfalls keinen Fall, in dem aus unmittelbar eigener Erfahrung von einem solchen Verhalten einer wissentlichen und gezielten Weiterverbreitung von HIV berichtet worden wäre. Es wird stets nur von Dritten erzählt, denen dies widerfahren sei oder das Phänomen wird als eine allgemein verbreitete Problematik beschrieben. Es ist durchaus möglich, daß diese Verhaltensweise eher - projektiv - aus der Angst der Befragten erwächst als es real existiert.

Die Counsellor erleben es häufig als moralische Zwangslage, wenn sie Klienten zusammen mit anderen oder neuen Partnern treffen und nicht wissen, ob bei einem möglichen Geschlechtsverkehr Verantwortung für den Schutz des Partners übernommen wird

"There is also that difficulty of confidentiality. When you know someone who is HIV-positive and you see someone who is... like you can go to parties or you can go to a club, then you see this clients. Like going out with so many guys, and you know how is that .... But there is no way you can say him: "No, please don't do this, this is not right." [...]

They should just regard each and everyone as positive. Because otherwise you risk your life. That is just how we should live in Namibia now. It's like, you have to regard everyone in your doubt as HIV-positive. This days like in Namibia a lot of people are getting infected."

(Interview IV/02 (2003): 15)

### ***"... I'm finished with the boyfriends" - Die Entscheidung zur Enthaltbarkeit***

Sehr viele Frauen, die im Rahmen dieser Untersuchung von ihrem Umgang mit der HIV-Infektion berichteten, leben in sexueller Enthaltbarkeit. Dabei haben sie meist, nachdem sie von ihrem Status erfahren haben, die Entscheidung getroffen, für den Rest ihres Lebens abstinent zu bleiben und keine sexuellen Kontakte mehr mit Männern aufzunehmen oder sich auf überhaupt keine Partnerschaften mehr einzulassen:

So berichtet Priscilla (30 Jahre, HIV-positiv) von ihrer Haltung gegenüber Männern, seitdem sie positiv getestet wurde:

"But from [then; *Zeitpunkt des HIV-Tests*] up to today I didn't take .. another one: I'm finish[ed] with the boyfriends."

(Interview III/08 (2001) :7)

Auch Janet (22 Jahre, HIV-positiv) hat sich für diesen Weg entschieden:

"Me now, I don't have a boyfriend, I don't think ... I don't drink, only drink water and cool-drinks."

MR: "So you wanna stay abstinent"

"Mmh, Ya"

(Interview III/03 (2001): 16)

Wenn Infizierte das Krankheitsstadium AIDS erreichen, tritt ohnehin der Wunsch nach Sexualität in den Hintergrund. Die Auswertung zahlreicher Fälle hat das Muster belegt, daß für viele Frauen auch schon die Auseinandersetzung mit dem positiven Testergebnis zur Entscheidung zur Abstinenz führt.

***"... that stress was very high and high." - Befindlichkeit:  
Emotionales Loch, Niedergeschlagenheit und Verzweiflung***

Es steht außer Frage, daß die geschilderten Belastungen, die mit dem Zutagetreten der Infektion einhergehen, einen psychischen Stress bewirken, den das Individuum zu bewältigen hat. Diese Bürde ist für HIV-Infizierte in der Regel um so höher, je einsamer die Betroffenen in dieser Situation sind und je mehr sie ihre Kräfte zusätzlich darauf verwenden müssen, ihren Status zu verschleiern.

"... sometimes I sleep, sometimes I wake up during the night and then don't finish [sleeping] until tomorrow. ... ya, I am not afraid of .. the death but the suffering I am facing because I am sick always, and I am having this more kids looking after that's the problem [making me] think always."  
(Interview II/02 (2002))

Der psychische Stress kann sich im Einzelfall bis hin zu erheblichen Episoden der Verzweiflung und Niedergeschlagenheit steigern.

Man kann durchaus so etwas wie ein typisches Muster im Umgang mit der HIV-Infektion beobachten, in dessen verschiedenen Phasen die psychischen Belastung unterschiedlich hoch sind:

- 1) Unmittelbar nach der Diagnose und dem anschließenden Counselling geht es den Betroffenen oft sehr schlecht, die seelische Belastung ist besonders hoch. Viele stehen unter Schock. Nicht selten geschehen Selbstmorde in den ersten Tagen nach der Diagnose (s.o.). Jetzt werden auch erste Entscheidungen getroffen, ob überhaupt jemand, und wenn ja, wer, über den eigenen Zustand informiert wird.
- 2) In einer zweiten Phase, in der die Gewißheit der Infektion akzeptiert scheint und sich das seelische Gleichgewicht wieder etwas mehr stabilisiert hat, entsteht der Wille, sich dem Schicksal der Krankheit zu stellen und die Zukunft zu meistern.
- 3) Nach wenigen Wochen bis mehreren Monaten nach der Diagnose- in der Mehrzahl im Bereich zwischen sechs Wochen und drei Monaten - folgt häufig eine erneute Tiefphase, ein emotionales Loch, das oft noch dramatischer erlebt wird als in den ersten Stunden und Tagen nach dem Erhalt des Testergebnisses. Suizidgedanken tauchen am allerhäufigsten in dieser Phase auf. Man darf vermuten, daß viele Selbstmorde tatsächlich in dieser Phase geschehen. Gerade

in dieser Zeit ist es von enormer Wichtigkeit, daß den Betroffenen jemand zur Seite steht, der sie auffängt.

(Feldnotizen I/2000, II/2001)

***"... you cannot judge anything" -  
Von der Bedeutungslosigkeit der Schuldfrage***

Bei der Betrachtung der verschiedenen Biographien Betroffener erstaunt es, in welchem geringem Maße die Frage, wer wen angesteckt hat, innerhalb von Paarbeziehungen relevant ist. In keinem der ausgewerteten Interviews wurde die *Schuldfrage* von seiten des Betroffenen thematisiert. Die Nachfrage, ob nicht Wut oder Verärgerung über den Vertrauensbruch und vor allem über dessen tödliche Konsequenzen empfunden würden, verneinten die meisten Befragten entweder direkt oder sie reagierten darauf befremdet. Meist schien es so, als sei die Frage nach der Schuld aufgehoben im Glauben. Die Krankheit wird als etwas verstanden, bei dem individuelles Verschulden keine Rolle spielt. Die religiöse Gewißheit eines Weiterlebens nach dem Tod läßt die Menschen von ihren irdischen Leiden absehen und gegenüber dem Tod gelassen sein. Die Geborgenheit im Glauben ist so stark, daß nicht der Einzelne und sein individuelles Leben im Zentrum des Denkens steht, sondern das Sich-Fügen in eine göttliche Weltordnung.

An der Stelle, an der man vermuten könnte, daß die Schuldfrage zum Thema wird, nämlich wenn eine Infektion des Partners zutage tritt, wird vom eigenen Glauben und dessen Bedeutung berichtet:

"Because to me myself I did not an HIV-test, but my husband was tested. ... OK and he was sick and sick and sick and sick, but to me I was also sick but not so serious like him because he was also in the hospital, admitted in the hospital. And then in my believe I tell you that when I saw that my husband is HIV positive, to me it's not worried to me, because I know I am a Christian. I am a Christian, then I say "OK now we are HIV-positive OK" "  
(Interview III/16 (2001): 5-6)

Es wird in dieser Sequenz auch deutlich, wieviel Sicherheit diese religiöse Option den Betroffenen geben kann: "...it's not worried to me [worrying me], because I know I am a Christian ...".

Helma (55 Jahre, HIV-positiv) erzählt im Interview, daß sie von den Frauengeschichten ihres Mannes weiß und daß es keinen Zweifel daran gibt, das er sie infiziert hat. Doch es gibt zwischen beiden kein offen-konfrontierendes Gespräch darüber. Auch als sie ihren Mann, nachdem dieser ihr zumindest seine Reue mitgeteilt hat, erneut zusammen mit anderen Frauen sieht, verurteilt sie ihn nicht:

RS: "Do you discuss with your husband about this situation now?. What is his reaction?"  
"About what?"  
RS: "About you know: "You are positive, my husband, and what is our future?" Maybe he's afraid of the future, maybe he has written something - the will for my wife, or maybe he said: "No I don't want to listen ..." "  
"Anyhow - look, many of the people, if you are telling them that you must not do that, some - I tell you the truth - that from the beginning when he was so sick ... . But now I see it only this year that he started [again]. Then I [was] warning him that: "Look what you are doing is not good!" "  
RS: "He started doing what?"  
"Doing .. to go outside again."  
RS: "With the women?"  
"Yeah, and its only the things, then I'm warning him. Then, because my experience about the word of God is so big, because I dream only, when I dream something, it's a little, then I take it to him that I dream these things, but if you do it ... God is going to punish him, he will punish him. ... Because of if you do something behind its not good."  
[...]  
RS: "Are you not feeling very bad, because he, you know he's a man, he uses to treat the women and now he come in the house, now you are also think that you are positive because your husband is positive. Are you not judging him? Get crossed with him, that looking the HIV..."  
"Do you know what? The time when he started to [be] sick, you as a human being, there is some spirit to come to there, then I said "No, its like you can not judge anything, now is the time only to care each other, to judge is not good" ... to judge is not good, anyhow, if he did wrong, ey, we both [did] that, perhaps you do wrong in this side. It's not anymore that it is the need to judge him, only to accept and to help him to be healthy. Ya, mmh, to help each other, its only that.  
To judge, aa .. its not good, it make you ... when you start to judge it gives also the pressure in the heart to you, because you started and the evil things started to come, and when you are looking for him, you see that he's my enemy he do me that ... than everything is confused. But if you accept everything, then you take him in your hand, when you take care of him, then he will take care of you too. Then you can go nicely. And I have no problem. It's true I have no problem. I feel happy"  
(Interview III/16 (2001): 9-11; Sequenz mit einem Dialog mit dem Counsellor [RS])

Es erstaunt, wie wenig Wut oder Verstörung aus der Tatsache erwächst, daß Helma von ihrem Mann betrogen wurde (und wird). Aus ihrer Perspektive steht es allein Gott zu, über das Verhalten der Menschen zu richten. Auf dieser Ebene ist es ihr dann auch möglich, die Bestrafung ihres Mannes zu phantasieren. Der Hinweis auf Gott und dessen Strafe ist aber die einzige Ebene, auf der Helma den Mann auf seine



Fehler ihr gegenüber anspricht: " ... then I'm warning him [...] God is going to punish him, he will punish him." (s.o.)

Das Thema der Schuld taucht nur innerhalb religiöser Kategorien auf. In diesem Sinne ist Helmas Reaktion exemplarisch für die ausgewerteten Interviews.

Da Gott existiert und über die Schuld der Menschen richtet, muß dieses Problem nicht direkt zwischen den Menschen verhandelt werden. Dies wäre nicht einmal angemessen; es würde dem Menschen - in dieser Sichtweise - nicht zustehen. Die Existenz einer dritten - göttlichen - Instanz, die die Menschen miteinander verbindet, ist für die Beziehungen zwischen den Menschen von zentraler Bedeutung. Die Frage von Schuld ist nicht im Kontext der Zweierbeziehung von Mensch zu Mensch zu klären, sondern wird als in der Autorität Gottes stehend begriffen: "God is going to punish him, he will punish him." (s.o.) Der Mensch hat darüber nicht zu entscheiden.

Anders als in unserer westlich-säkularisierten Lebenswelt existieren Beziehungen nicht bloß auf einer - bildlich gesprochen - horizontalen Ebene; der gemeinsame Bezug zu einem Dritten, das über das Individuum hinausweist, verbindet die Menschen auch auf einer vertikalen Ebene miteinander.

Die Bedeutung der Tatsache, daß die Infektion auf ein konkretes Handeln - im Sinne einer solchen Schuld - zurückzuführen ist, tritt damit in den Hintergrund. Der bemerkenswerte Umgang mit der *Schuldfrage* läßt sich nur auf diese Weise verstehen.

Man kann in diesem Umgang mit Fragen von individueller Schuld eine enorme Stärke einer religiös geprägten Lebenswelt lesen. Die Konsequenz aus dieser Haltung ist eine außergewöhnlich große Versöhnungsbereitschaft sowie eine Konzentration auf die Frage, wie nun in der Gegenwart mit der Situation umzugehen ist: Als bedeutsam für die aktuelle Situation wird nicht die Frage des vergangenen Handelns oder die Intention, aus dem sich dieses speiste, eingestuft. Die Aufmerksamkeit richtet sich vielmehr der Frage zu, wie im Hier und Jetzt mit der Situation angemessen umgegangen werden kann. "It's not anymore that it is the need to judge him, only to accept and to help him to be healthy." (s.o.)

Diese Art und Weise, die Schuldfrage zu thematisieren findet sich im städtischen wie im ländlichen Kontext, wenn auch in der ländlichen Situation deutlicher. Der Alltag ist hier stärker von religiösen Kategorien geprägt, als das Leben in der Stadt.

***" ... then it becomes like a barrier" - Das Klima des Mißtrauens: AIDS und die Beziehungen zwischen Männern und Frauen in den städtischen Lebenswelten***

Angesichts der hohen Prävalenzraten und dem besseren Aufklärungsstand in den urbanen Regionen ist AIDS im Bewusstsein der Menschen allgegenwärtig. Es erstaunt daher nicht, daß die AIDS-Problematik für die Beziehungen zwischen Männern und Frauen zentral ist. Auch wenn es nicht offen ausgesprochen wird: In den Köpfen ist AIDS immer präsent. Insbesondere innerhalb der städtischen, gebildeten Bevölkerungsschicht herrscht ein Klima des Mißtrauens zwischen den Geschlechtern. Besonders das Kennenlernen und die ersten Annäherungen zwischen Männern und Frauen sind von Furcht und Mißtrauen geprägt:

"Ya, you are so, so careful in everything, you know, you just ask no one to get involved, you just think about all these things. ..., you have to regard everyone in your doubt as HIV-positive."  
(Interview IV/02 (2003): 14)

"I broke up with my... with the father of my children. It was four years ago, and we are... we are both singles, you know, and everytime somebody approaches you, really you just see AIDS. ... that one was my very very first boyfriend for thirteen years almost. And then... since I started with Catholic AIDS Action, you know, and I just said: "Ach, ach, no, I can't trust ... You know, my sisters they used to say: "Think about your children, think about" I said: "Ach, ach, it will never work out. You know, there is something like HIV/AIDS." You know, and every time somebody ... or just on Monday [when I talked to my colleague]: "Oh, ..., there was this guy and what, what, what." And then she would just say: „Aha, look into his background, look into his background!" "  
(Interview IV/01 (2003): 14)

"You grow up, you learn to eat - you naturally breathe and so you go on and on and you grow up. You come to a stage where you are becoming aware of your body and you know you want to experiment with certain emotions and certain feelings and you want to kiss, you want to touch and you know sometimes you end up with sex ... All that it is kind of very innocent growing up things ... becoming the dangerous things [now] and this things are not so innocent anymore [...]  
... I actually said that this disease was like, was like the design of the perfect killer because you know it's like it is linked to love which is a need for everybody especially in this loveless world. It is linked to love and ....it is a vicious killer so nobody can stop it. [...]  
It's like telling people: "Ey, you stop loving!" ... it is for most young people it is now like that. When you say: "Ey, you guys cant have sex!" This is think it's like "Ey you don't need to .. to love!" - because this .. this two concepts has been brought together so brilliantly ... It's almost like they are saying: "You don't want me to love?" "  
(Interview III/09 (2001): 19)

Diese Interviewpassagen stammen aus den Gesprächen mit jungen Erwachsenen (im Alter von 25 bis 35 Jahren), die in einem städtischen Umfeld leben. Daß man in ländlichen Regionen ähnliche Aussagen nicht zu hören bekommt, wundert nicht, ist dieser Blick auf AIDS doch eng verknüpft mit einem deutlich individualisierten und modernen Selbstverständnis, das mit einem individualisierten Blick auch auf den eigenen Körper einhergeht, für den man nunmehr selbst die Verantwortung zu tragen hat.<sup>246</sup> Einer Haltung von schicksalhafter Hinnahme der eigenen Betroffenheit, wie sie sich in dem ausgeführten religiösen Blick auf die Schuldfrage manifestiert (der vor allem im ländlichen Bereich vorzufinden ist), begegnet man hier - im städtischen Umfeld - deutlich weniger. Die Krankheit wird stärker als ein individuelles Unglück erlebt, das einen Zusammenbruch der eigenen Zukunftsplanung bedeutet. Die religiöse Hoffnung, daß das irdische Leben nicht das Wesentliche ist, ist deutlich weniger stark als in den ländlichen Lebenswelten ausgeprägt. Dementsprechend scheinen die Menschen weitaus mehr von Verzweiflung und Gefühlen der Sinn- und Hoffnungslosigkeit ergriffen.

Das Mißtrauen zwischen den Geschlechtern und die Durchdringung aller Lebensbereiche vom Bewußtsein der AIDS-Problematik<sup>247</sup> im modernen städtischen Leben hat Susan Sontag bereits 1989 - mit Blick auf die westliche Welt - beobachtet

"Furcht vor der Sexualität ist eine neue, der Krankheit verdankte Erweiterung des Universums der Furcht, in dem wir heute alle leben. [...] ... jetzt haben wir die Furcht vor verunreinigten Menschen, die die AIDS-Angst unweigerlich verbreitet. [...] Das Leben selbst - Blut, Sexualflüssigkeit - ist der Träger der Verseuchung."  
(Sontag 1989: 77)

***Sicherheit und Hilfe bei der positiven Bewältigung:***

***"... God will give solution on this"- Die Rolle des Glaubens***

Trotz Unterschieden zwischen ländlichen und städtischen Lebenswelten im Blick auf die Religiosität, wurde in den meisten Gesprächen die zentrale Bedeutung des Glaubens beim Umgang mit der Krankheit deutlich.

Auch im Hinblick auf die Möglichkeit, die körperliche Versehrtheit, die mit der Feststellung einer HIV-Infektion postuliert ist, zu akzeptieren, spielt Religiosität und

<sup>246</sup> Vgl. auch das Design von Präventionskampagnen; Kapitel 6.

<sup>247</sup> Vgl. auch die Ergebnisse der KABP-Studien, Kapitel 1.1.2.3.

Glauben eine große Rolle. Dies wird an der Erzählung von Simon Elago (vgl. auch Fallstudien; Kapitel 5.1) deutlich, der sein *Berufungserlebnis* zum Glauben schildert:

"But I ... because I don't care [*about the infection*], I just gave my heart for my Jesus Christ. I'm so free. I don't [am not] afraid, who is just like that, only for you my parent, don't think too much. [...]

I decided that before I die I have to receive Jesus into my life. I was really scared. Before I die I have to receive Jesus, because there in prison there is lot of people to learn there. There is Red Cross School, Bible studies and so on. And I say No, before I .. I have to receive Jesus, really, because I know, this are deed, before I was a sinner, So I let me take other road. And I go for this road following Jesus and .. and I was [have been now] there in that road for one year and nine months. Take Jesus as my Saviour. Oh, when I come in this road, this spirituality for .. feeling that I am infected goes [went] also out of my heart. Now I am just feeling up normal, I have never feel, that I am infected, I have just forgotten. ....

Yes, before I was not receive Jesus, I was very scared that there was problems...there was big stone on my back I cannot carry it every time. Every time I am thinking about this...I heard now that this disease can kill and when my people came to visit me on that time and told me: "Oh, your friend is dead" "What?" "No, is this disease .." "That I also have here!" So, I have to die anytime now. Girlfriend of mine dying, so I was really scared. ...

I felt unhappy ... and I asked the people to leave know, because my friends dying and me now end up in prison, having this disease. .. It was really bad, but when I follow this Jesus I was having a good courage, God give me on that time, I forget that I am infected. And I stay up normal. I know just in my heart that I am infected but that hurt is not more there. It is not more there.

So, this is why I take this mind also: "Let me take Jesus as my saviour in my life. Maybe he will help me on this way" And I can say and I can prove it that Jesus is the only one who can encourage you and he can give you power in this road to heaven as I am affected."

(Interview III/01 (2001): 29)

Das Thema Glauben wurde in fast jedem Interview zum Thema, in einigen Fällen aufgrund expliziter Nachfrage, in den meisten Fällen aber, weil es die Gesprächspartner von sich aus erwähnten. So berichteten viele, wie sehr ihnen der Glaube an Gott bei der Bewältigung der Gewißheit von der eigenen Infektion geholfen hat:

"I was listening to the doctor. I felt there's nothing I could do. I felt helpless, but I trusted more that God knows what will happen with me and so on - but at that moment I really felt just helpless. .. I only trusted, God will lead."

(Interview II/05 (2001): 7)

"And then in my believe, I tell you that when I saw that my husband is HIV-positive, to me - it's not worried to me because I know I am a Christian."

(Interview III/16 (2001): 6)

Der Glaube ist – neben der Unterstützung durch das Umfeld - die wichtigste Hilfe für den Umgang mit der Krankheit - für die Betroffenen selbst, aber auch für die Angehörigen. Religiosität und Glauben sind eine wirkmächtige Dimension im

positiven und bewältigendem Umgang mit dem eigenen HIV-Status; die religiöse Option bietet Sicherheit im Umgang mit dem eigenen Status.

### **"Counselling" - Mentale Unterstützung in der Bewältigung der Infektion**

#### ***Ongoing Counselling***

Das Angebot einer langfristigen Betreuung wurde von den Betroffenen durchgängig als große Stütze beim Umgang mit der Krankheit beschrieben. In einigen Gesundheitseinrichtungen und bei AIDS-Service-Organisationen<sup>248</sup> besteht die Möglichkeit, ein solches *ongoing-counselling* in Anspruch zu nehmen. Dabei werden die Infizierten nach dem HIV-Test immer wieder - oft im vier-Wochen-Rhythmus - zu Counselling-Sitzungen eingeladen. Im Vordergrund steht dabei nicht die gesundheitliche Situation, sondern die mentale Verfassung. Infizierte erfahren hier eine wichtige Unterstützung, Begleitung und Beratung in alltäglichen Fragen, die aus ihrer Infektion oder Krankheit resultieren. Eine Gewährsperson berichtet:

"Once I started to have many thoughts around me, surrounding me, aa - but since I came to you helping me <deutet auf den anwesenden Counsellor> ... now aa I'm all right."

(Interview III/15 (2001): 4-5)

#### ***Counselling durch Verwandte***

Neben diesem professionalisierten Angebot kommt der Unterstützung und dem Beistand durch die näheren Angehörigen eine Schlüsselrolle für das Wohlbefinden von Infizierten zu. So wird berichtet:

"When I came out [to] my mother, she encouraged me also, because she worked with the medical .. here in Katutura hospital. She is not my real mother, but she was also born with my father [*Tante*]. She was the one who my father gave me to, after he brought me from South Africa and when I cried he said that is your mama. She was [the] one that I took as my mama now. She also encouraged me that: "Simon, there is no need to ... kill you or to put that mind that you are infected. Just stay normal. Just ask God to give you power day and night. So otherwise, me I cannot give you everything, but God is a part of love. So believe what you believe and feel what you feel." And so I saw that it is true what these people tell me, let me stay just like a man. There is no need to cry. ...

She knew that I was in prison for this crime, but she did not know that I was infected. Me myself I come in front of her and I told her: "Mom, I don't know how to say that but I just ... I asked that paper from the checking of blood, because me myself I was ashamed to speak out. And that medical service give me. They said: "No, we do not

<sup>248</sup> Etwa NGOs wie Catholic-AIDS-Action.

have the right to give this paper to you or any person to go where you stay“ So I said: “ No, this paper I just want to show my mother when she comes to visit me, so me, myself I don’t want to spread it. I just want to show the paper so that she can know and believe that I am infected“ So, that medical told me: “OK there is no problem”. On Friday come and get your paper, but she put it in a koevert <envelope>. And when I take that koevert <envelope>, I just hold it like that and when my mama came on Sunday... because we just get visit on Saturday and Sunday, those two days, or when there is holiday. On Sunday my mama came and I show her: “Mama I got a problem, watch this paper. My problem is there“ So, my mama asked: “What problem do you have?” "Oh, maybe I know, she knows medically, she knows already maybe, because I was having problem on my body. So she said: “What is in this paper you gave me?” So, I said: “No, check yourself“ So, she opened it and she checked and said "Oah, shame, boy", she started encouraging me anyway: “Now, you are scared of this Simon?” I said: “No, I am just scared because people are dying“ So she said: “No, but it is not a problem“ But every time she...every Saturday and Sunday after I tell her that I am infected she came to visit me to encourage me on this road. “Please behave yourself and stay like a guy and don’t make what and...” "

(Interview I/16 (2000))

"So the family my ... family was also very helpful to give, you know,... in encouragement."

(Interview III/10 (2000): 9)

"Ya, when I told my mother, my mother just started counselling me: I should not think, I am not a human, I should only pray to God and I can just believe ..., not leaving me sick and I can just accept that I am positive and I should learn how to live positive."

MR: "So the mother was not blaming you of being infected?"

"No, the mother was not ..., yes the mother was not blaming me. [...] Ya, the mother is always trying to give any help ... "

(Interview IV/05 (2003): 2-3)

### ***Solidarität und Unterstützung in der Selbsthilfegruppe***

Eine weitere wichtige Stütze sind die Selbsthilfegruppen für Betroffene. Wenn Betroffene Kontakt mit anderen HIV-Infizierten haben, besteht die Chance, daß diese sich gegenseitig in ihrer Befindlichkeit stützen, von ihren individuellen Problemen berichten und sich so gegenseitig Hilfestellung im Umgang mit HIV leisten können:

"When we walk together and say: “Oh, I got a little bit of problem. Who can give me two dollar?“ We help each other like that. We [are] now, one family here. I am happy, really, I am happy."

(Interview I/16 (2000))

Wichtig ist im Blick auf die Selbsthilfegruppen vor allem die Erfahrung, daß man nicht alleine ist mit seinem Schicksal. Dadurch kann etwas von der gesellschaftlichen Stigmatisierung der HIV-Infizierten und AIDS-Kranken aufgehoben werden. Im

Hinblick auf die ausgeführten Überlegungen zur Stigmatisierung ist dies nachvollziehbar, ist doch in einer Gruppe von Menschen, die über das gleiche Stigma verfügen ein höchst möglicher Normalisierungsgrad erreicht. Man sieht, daß man eben nicht der Einzige ist, sondern daß es viele weitere Mitmenschen gibt, die sich in der gleichen Situation befinden. Man zeigt, daß man andere akzeptiert und man fühlt sich akzeptiert.

Allerdings verfügen nur wenige Testzentren in den Gesundheitseinrichtungen über Selbsthilfegruppen. Aufgrund des Datenschutzes, dem natürlich die Testergebnisse unterliegen, erfahren die meisten Infizierten nichts von anderen Betroffenen. Sie wissen selten, wer in ihrer Nachbarschaft noch infiziert ist. Nur in wenigen Fällen bringen Counsellor auf Wunsch Betroffene zusammen (Feldnotizen III/2001, IV/2003). Dies geht natürlich nur in Absprache mit den Infizierten und ist daher sehr aufwendig.

### 5.2.2 Der Verlauf der Krankheit

Zu dem Zeitpunkt, an dem zu den geschilderten, vor allem psychischen und emotionalen Problemen, nun auch körperliche Krankheitssymptomatiken hinzukommen, verschärft sich die Lage in mehrfacher Hinsicht. Einerseits bringt die Erkrankung mit ihren körperlichen Symptomen eine Bürde mit sich, daneben treten zahlreiche weitere physische Belastungen für die Kranken und deren Umfeld. Der Verlauf von HIV zu AIDS entspricht dabei keineswegs der weitverbreiteten Vorstellung einer klaren Abfolge von der Infektion zum Ausbruch der Krankheit und schließlich zum Tod. Viele werden krank und erholen sich wieder<sup>249</sup>, treten sogar aus der Phase des Krankheitsvollbildes AIDS wieder in die Infektionsphase zurück, in der sie keine Krankheitsanzeichen haben. Andere Personen sind lange Zeit gesund und sterben dann nach sehr kurzem Krankheitsverlauf innerhalb von Tagen (Feldnotizen II/2001, III/2001, IV/2003).

#### *Von der Latenz zur Manifestation: Die Ersichtlichkeit des Stigmas*

Mit dem Eintritt in die Krankheitsphase wird die oben dargelegte Strategie des *Stigma-Managements* brüchig. Je deutlicher Krankheitssymptome nach außen sichtbar werden und je häufiger Betroffene krank und pflegebedürftig werden, um so weniger läßt es sich aufrechterhalten, die HIV-Infektion vor anderen zu verdecken. Der sozialen Umwelt wird immer ersichtlicher, daß die Person nicht gesund ist und tendenziell an AIDS leiden könnte. Damit eröffnet sich auch die Möglichkeit der Etikettierung des Betroffenen durch Verwandte, Freunde oder Nachbarn als *AIDS-Kranker* mit allen einhergehenden Sinnzuschreibungen und Bedeutungsaufloadungen (*sündhaftes* oder *promiskes* Verhalten etc.; s.o.). Das Stigma, die potenzielle Betroffenheit durch HIV, läßt sich nun nicht mehr verdecken. War die eigene Infektion bisher zu leugnen, tritt sie mit dem Ausbruch der Krankheit offen zu Tage. Damit ist auch stärker die Möglichkeit gegeben, Marginalisierung zu erfahren. Für das Auftreten von sozialer Ausgrenzung ist das Ausmaß der bisherigen Integration des Betroffenen die entscheidende Einflußgröße. Bei der Aktualisierung von

<sup>249</sup> Vgl. etwa Interviews III/04 (2000) oder III/05 (2000).



Einstellungen, Haltungen und Handlungen, die in Ausgrenzung münden, wird auf vorhandene Diskurse, Einschätzungen und Muster der Thematisierung zurückgegriffen.<sup>250</sup> Das bedeutet auch, daß Personen, die gut in ihre Familien oder in die lokale Gemeinschaft integriert sind und dort ein gutes Ansehen verzeichnen, in der Regel weniger stark von Ausgrenzungsphänomenen betroffen sind. Die Neigung zur Ausgrenzung ist in intakten sozialen Zusammenhängen weniger stark als in fragilen.

Johanna Sungelezi: ***Vom vernachlässigenden zum unterstützenden Umfeld***  
*Johannas Geschichte steht stellvertretend für die Auffangfähigkeit des Geschehens um AIDS durch intakte soziale Zusammenhänge:*

Johanna ist 32 Jahre alt. Sie ist in der Oshikoto-Region geboren worden und aufgewachsen. Im Alter von 18 Jahren wurde sie von ihren Eltern verheiratet. Das Verhältnis zu ihrem Mann war von Anfang an ein schlechtes. Er war als Soldat die meiste Zeit abwesend und kam nur selten zu Besuch nach Hause. Während seines Urlaubs verbrachte er die meiste Zeit mit Freunden in *Cuca-shops*. Das Verhältnis wurde noch schlechter als Johanna erkrankte und fast drei Jahre ans Bett gefesselt war. Als man sie im Krankenhaus 1996 auf HIV testete, bekam sie ein positives Ergebnis. Ihr Mann war der einzige Sexualpartner, den Johanna bis dahin in ihrem Leben hatte. Als dieser das Testergebnis erfuhr, verschlechterte sich das Verhältnis der beiden noch drastischer, bis er schließlich überhaupt nicht mehr zu Hause auftauchte und seiner Frau auch keinerlei Unterstützung zukommen ließ. So mußte Johanna schließlich 1999 in den *eumbo* ihrer Herkunftsfamilie zurückkehren, um dort von ihrer Mutter gepflegt zu werden. Sie erholte sich gesundheitlich und zog im Jahr 2001 zu ihrer älteren Schwester Elisabeth nach Windhoek. Hier lebt sie nun gemeinsam mit der Schwester, deren Kindern, einer weiteren jüngeren Schwester und einem Onkel in einem kleinen Haus in Katutura. Die Schwester sorgt mit ihrem Einkommen als Krankenschwester für das Auskommen aller fünfzehn Personen im Haus.

Johanna fühlt sich hier gut aufgehoben und hat mit allen ein gutes Verhältnis. Sie sorgt für die Kinder ihrer Schwester, führt den Haushalt und versucht mit Gelegenheitsjobs ein wenig zusätzliches Geld zu erwirtschaften.

Insbesondere mit ihrer älteren Schwester Elisabeth, aber auch mit ihrer jüngeren Schwester Maria und dem Onkel verbindet sie ein liebevolles Verhältnis. So fiel es ihr nicht sehr schwer, Elisabeth von ihrem positiven HIV-Status zu erzählen. Diese war zunächst sehr betroffen, reagierte aber unterstützend. Sie brachte die Schwester in Kontakt mit einer AIDS-Service-Organisation, wo Johanna an einem *ongoing-counselling* und an Einkommensprojekten teilnimmt. Auch die anderen Erwachsenen im Haus wissen mittlerweile von Johannas Status und versuchen, sie zu stützen. Ihr Verhältnis wurde davon nicht beeinträchtigt. Seit einiger Zeit nimmt Johanna am antiretroviralen Behandlungsprogramm des Katutura-Hospitals teil. Insbesondere die zwei Schwestern unterstützen sie bei der korrekten Anwendung der Medikamente, sie erinnern sie zweimal täglich an die pünktliche Einnahme und helfen ihr bei der Zubereitung Mahlzeiten, die Johanna vor den Einnahmen zu sich nehmen muss. (Interviews IV/28 (2003), V/02 (2003)).

<sup>250</sup> Vgl. Goods Begriff der "semantischen Netzwerke" (Good 1994: 55); näher ausgeführt in Kapitel 5.2.1.

Innerhalb solcher integrierten und kohärenten Sozialbeziehungen fällt es leichter, die Konsequenzen von HIV und AIDS zu bewältigen. Man findet derart gute und stabile Familienstrukturen in der Regel weniger im städtischen als im ländlichen Raum. Über die Familienintegration hinaus spielt auch die lokale Gemeinschaft, die Nachbarschaft eine Rolle. In vielen Interviews mit Betroffenen in Ovamboland finden sich Erfahrungen wie diese:

"... so at this time [*Erntezeit*], those people .. my neighbours, help me a lot."  
(Interview II/02 (2001))

"I have friends to visit me sometimes. Some women ... visit me, pray for me, bringing some cool-drink and then give me 10,- dollar."  
(Interview IV/06 (2003))

"People from the community, .. our neighbours help us a lot in the fields, when I have to care for Linea [*AIDS-krankte Tochter der Interviewten*]."  
(Interview IV/10 (2003))

Personen hingegen, die desintegriert sind, eine Außenseiterrolle einnehmen oder das *schwarze Schaf* der Familie sind, eine lange Streithistorie mit Nahestehenden haben oder weniger angesehen sind, werden eher zum Objekt von sozialer Ausgrenzung. Kontaktabbruch, Ausschluß und sogar psychische Gewalt sind in solchen Fällen keine Ausnahme.

**Victoria Joel: *Ausgrenzung und Marginalisierung***

*Victorias Geschichte steht stellvertretend für die Verschärfung von ohnehin desintegrierten Zusammenhängen durch das Geschehen um AIDS:*

Victoria ist 21 Jahre alt. Sie wurde in der Nähe von Ondangwa in Nordnamibia geboren. Ihre Eltern sind gestorben als sie sechs Jahre alt war, seitdem lebt sie bei ihrem Onkel, der sie auch finanziell unterstützt. Zu dessen Frau hat Victoria kein gutes Verhältnis. Sie fühlt sich von ihr vernachlässigt und aus der Familie ausgegrenzt, da die Tante sich weniger um sie kümmert als um die anderen, eigenen Kinder.

Aufgrund einer angeborenen Herzerkrankung muß sie, seitdem diese 1989 diagnostiziert wurde, regelmäßig zu Untersuchungen ins Krankenhaus. Die ärztliche Anweisung ist, daß Victoria sich bei der Arbeit nicht zu sehr anstrengen soll; sie soll keine schweren Hausarbeiten machen, insbesondere nicht in starker Hitze in den Sommermonaten auf dem Feld arbeiten, Mahangu stampfen oder kochen.

Von ihrem Onkel und seiner Frau wird sie immer wieder verdächtigt, diese ärztliche Anweisung nur als Ausrede zu benutzen. In Wirklichkeit sei sie bloß faul.

Aufgrund des schwierig gewordenen Verhältnisses entschied sich Victoria schließlich 1999 zu ihrem Freund zu ziehen. Nach einiger Zeit wurde sie schwanger. Nach Komplikationen in der Schwangerschaft wurde das ungeborene Kind aus medizinischen Gründen abgetrieben. Im Rahmen dieser Behandlung wurde Victoria einem HIV-Test unterzogen, der positiv ausfiel.

Nachdem sie aus dem Krankenhaus entlassen wurde, trennte sie sich von ihrem Freund und kehrte zu ihrer Wahlfamilie zurück. Hier ist sie aber nicht glücklich. Die angespannte Situation hat sich noch verschlechtert, seitdem sie ihrem Onkel und dessen Frau erzählt hat, daß sie HIV-positiv getestet wurde. Victoria bekommt seitdem keine finanzielle Unterstützung mehr. Insbesondere für die regelmäßigen Krankenhausbesuche zur Überwachung ihres Herzleidens ist sie auf Geld angewiesen. Sie leiht sich das Geld in der Nachbarschaft. Es findet kaum noch eine Kommunikation und ein Gespräch statt, das über den Austausch der nötigsten Informationen hinausgeht. Das Gefühl, daß sie insbesondere von der Frau des Onkels ausgegrenzt und gegenüber ihren Cousins und Cousins benachteiligt wird, hat sich seit ihrem *outing* noch verstärkt. (Interviews III/14 (2001), IV/19 (2003)).

***"HIV just makes the whole thing ten times more complicated ..." -  
AIDS als Katalysator von Modernisierungs- und Desintegrationsprozessen***

Anhand des bisher analysierten läßt sich nachzeichnen, daß das Geschehen rund um AIDS gleichsam als Katalysator von Prozessen der Modernisierung (auf der gesellschaftlichen Ebene) sowie Desintegrationsprozessen (auf der Mikroebene) wirkt:

**A) AIDS als Katalysator von Modernisierungsprozessen**

Einerseits liegt - wie in Kapitel 4.5 gezeigt - die Ursache der epidemischen Ausbreitung von AIDS in Namibia in Prozessen des sozialen Wandels, die mit der forcierten Umgestaltung der namibischen Gesellschaften durch europäische Einwanderer seit Mitte des 19. Jahrhunderts begonnen haben und sich in Etappen über Missionierung, Kolonialisierung, Apartheid, Befreiung, Liberalisierung und Globalisierung fortgesetzt haben.

Andererseits wird AIDS selbst zum Beschleuniger dieser Modernisierungsprozesse. AIDS beschleunigt die Transformationen, die seine epidemische Ausbreitung überhaupt erst ermöglicht haben.

Die erfolgreiche Vermeidung einer individuellen Infektion setzt moderne Körpervorstellungen und individualisierte Konzepte des eigenen Lebens und der eigenen Zukunft voraus.<sup>251</sup> So ist es nicht zufällig, daß die diffuse Angst vor einer Tangierung der eigenen Zukunft durch AIDS, das *Klima des Mißtrauens*<sup>252</sup>

---

<sup>251</sup> Vgl. Kapitel 6.

<sup>252</sup> Vgl. Seite 197.

in den Zentren der Modernität, den Städten, am größten ist. Hier sind die Lebenswelten am stärksten säkularisiert und moderne Vorstellungen vom eigenen Leben prävalieren.<sup>253</sup> Wer sich den modernen Vorstellungen und Überzeugungen - wie sie beispielsweise in den Präventionskampagnen artikuliert werden - unterordnet, der wird sich wahrscheinlich nicht mit dem potenziell tödlichen HI-Virus infizieren. Derjenige, der sich an das moderne ABC der Prävention anpaßt, wird überleben. Das heißt plakativ gesprochen, daß eine noch umfassendere Ablösung aus den afrikanischen Lebenswelten eine Voraussetzung für die erfolgreiche Vermeidung von AIDS ist. Pointiert könnte man damit festhalten: Das Geschehen in Folge von AIDS vollzieht, was Mission und Kolonialisierung nicht zustande gebracht haben: Die restlose Vernichtung der traditionellen Lebensverhältnisse, die vollständige Unterwerfung unter eine moderne Weltsicht.<sup>254</sup>

## **B) AIDS als Katalysator von Desintegrationsprozessen**

Andererseits läßt sich auf der Mikroebene in vielen Fällen beobachten, daß die Folgen von AIDS schon bestehende Probleme und Schwierigkeiten verschärfen. Das betrifft zum einen die ökonomische Situation von Einzelnen und Haushalten, aber auch das soziale Miteinander. Es wurde oben ausgeführt, wie die Stigmatisierung bestimmter Personen oder Personengruppen auf schon vorhandene Diskurse zurückgreift, die dann im Kontext von AIDS aktualisiert werden. Ein Gesprächspartner drückt diese Tatsache in seinen Worten aus:

"...in this very complicated situation comes HIV...now in a situation this complicated, HIV just make the whole thing ten times more complicated. [...] If the person had a respectable lifestyle and the person was like respected the person may loose Faith in a way, in a certain way, but ahm they can still be that kind of respect given. But if it was .. ah a person like a prostitute or something then everybody just say: "mmh, didn't you know?""  
(Interview III/09 (2001): 11, 13)

Wenn also schon vor dem Offenbarwerden einer Infektion oder der Krankheit die Einbettung des Betroffenen in sein soziales Umfeld oder seine Familie schlecht waren, so ist zu beobachten, daß es für den Betroffenen noch schwieriger ist, Nahestehende über den eigenen Status zu informieren. Wenn dann die ersten Krankheitssymptomaten auftreten, verschärft sich die soziale Lage meist und

---

<sup>253</sup> Vgl. zu der aus der Säkularisierung religiöser Vorstellungen resultierenden Aufladung des diesseitigen Lebens Gronemeyer 1993.

<sup>254</sup> Vgl. dazu auch Gronemeyer 2002.

die Beziehungen werden noch schlechter. Die Betroffenen werden offen ausgegrenzt, marginalisiert und schlecht oder gar nicht versorgt. Genauso läßt sich aber auch verfolgen, daß jene Personen, die in guten Beziehungen zu ihren Freunden und Angehörigen stehen, auch mit einer Infektion oder Krankheit verhältnismäßig gut zurechtkommen und diese Beziehungen in den wenigsten Fällen darunter leiden. Ist der Einzelne gut in sein soziales Umfeld integriert und unterhält er gute Beziehungen zu seinen Familienangehörigen, ist es kein Problem - wenn die eigenen mentalen Hürden überwunden sind - Angehörige in die Tatsache einzuweißen, daß man HIV-positiv ist. Diese reagieren dann auch meist unterstützend. Wenn im weiteren Verlauf der Infektion die ersten Krankheitssymptomaten auftreten, findet sich in der Regel ein Platz innerhalb der Familie, wo für den Betroffenen gut gesorgt wird. Auch während des Krankheitsverlaufs wird meist gut auf die emotionalen und physischen Bedürfnisse des Kranken eingegangen.

AIDS radikalisiert also soziale Desintegration. Man kann AIDS auf der Mikroebene auch als einen Katalysator ansehen, der schon vorhandene Prozesse der Desintegration vorantreibt, beschleunigt und verschärft, wohingegen innerhalb von intakten sozialen Strukturen oft eine konstruktive Bewältigung der Folgen von AIDS ermöglicht werden kann.

### ***Familie und Pflege***

Die Familie ist der primäre Raum, in dem die Kranken versorgt werden. Pflege findet in der Regel zu Hause, in der Familie statt. Kranke werden allenfalls in akuten Krankheitsphasen zur Behandlung in die Hospitäler gebracht. In den wenigsten Fällen gibt es hier längere Aufenthaltsphasen. Das wäre auch aufgrund der begrenzten Kapazitäten der Krankenhäuser - angesichts so vieler Kranker - nicht möglich. Chronisch kranke Patienten müssen, sobald sich der Gesundheitszustand stabilisiert hat, in das heimische Umfeld zurückkehren. Dort werden sie von Familienangehörigen gepflegt (in Ausnahmefällen mit Unterstützung von *Home-based-Care*, wenn solches verfügbar ist).

Dabei läßt sich eine charakteristische Stadt-Land-Bewegung beobachten. AIDS-Kranke, die in städtischen Regionen leben und pflegebedürftig werden, kehren -

wenn die Möglichkeit besteht - zu ihrer Herkunftsfamilie oder der eigenen Familie nach Ovamboland zurück.

***"... I could not work anymore, then I came here to Ovamboland" -  
Muster der Stadt-Land-Migration im Kontext von AIDS***

Es läßt sich innerhalb Namibias - wie im Abschnitt 4.4.2 dargestellt - eine ausgeprägte Migration vom Land in die Städte beobachten (Landflucht). Viele Menschen wandern zeitweise zur Arbeitssuche oder dauerhaft in die städtischen Gebiete ab. Im Zusammenhang mit AIDS gibt es eine gegenläufige Bewegung; die Dynamik kehrt sich wieder um. Viele Stadtbewohner, die aus dem ländlichen Norden kommen oder Familie dort haben, kehren zurück, sobald sie dauerhaft erkranken. Hier - auf dem Land - können sie von ihren Herkunftsfamilien oder den dort lebenden Partnern gepflegt und versorgt werden. Die Möglichkeit zur Versorgung durch unmittelbare Angehörige ist hier meist besser und gesicherter als in der Stadt. Es stehen zum einen mehr Personen zur Verfügung, die sich um den Kranken kümmern können, da die Haushalte in der Regel größer sind als in der Stadt. Außerdem bietet die ländlich-subsistente Lebensweise eine sicherere Versorgungslage als in der Stadt, wo man von Erwerbsarbeit abhängt. Ein AIDS-kranker 34jähriger Mann, der jahrelang in Walvis-Bay gelebt und gearbeitet hatte, illustriert dies anhand seiner Biographie:

"I went to work in the sea as a fisher. I worked there for six month only. I was feeling weak sometimes. Then I came [back] from the sea, then I go [went] back when I'm having the power ... Then I changed, ... I was changed from the work. When I was working I discovered myself that I'm too weak and could not work anymore, then I came here to Ovamboland."  
(Interview III/12 (2001): 4)

Die Umstände, unter denen diese Rückkehr in die ländliche Heimat abläuft, sind unterschiedlich: Einzelne - wie in der hier geschilderten Situation - wissen zu berichten, wie sie sich selbst zu einer Rückkehr zur Familie entschlossen haben, andere werden von der Familie zurück beordert, wenn diese erfährt, daß der jeweilige Angehörige krank ist; oder die Kranken werden persönlich zurückgeholt. Die Konsequenz ist, daß sich viele, die sich auf der Suche nach Arbeit und einer neuen Existenz jenseits der Subsistenzwirtschaft in die Städte aufgemacht haben, mit dem tödlichen HI-Virus infiziert, in die ländliche Heimat zurückkehren, um sich hier

pflegen zu lassen und zu sterben. Von den Haushalten auf dem Land wird also ein vergleichsweise höheres Maß an Pflegeleistungen erbracht als von denen im städtischen Kontext.

### ***Verschärfung der Versorgungslage***

Die Tatsache, daß in der Krankheitsphase die von HIV-Betroffenen nun pflegebedürftig werden, bringt eine Zuspitzung der Versorgungslage für den gesamten Haushalt mit sich. Je nachdem, ob der Haushalt in einen städtischen oder ländlichen Kontext eingebunden ist, finden sich unterschiedliche Dynamiken dieser verschärften Situation.

In jedem Fall werden die Kranken von der Verrichtung der sonst von ihnen geleisteten oder ihnen aufgrund ihres Geschlechts obliegenden Aufgaben zurückgestellt:

"He had TB ever since I can remember. As a result he was even exempted from performing household duties and nobody worried that he is not doing anything."  
(Essay by Nghipuulenga Tuma Naukushu)

Diese Aufgaben müssen dann von anderen Haushaltsmitgliedern übernommen werden.

#### **A) Krank sein auf dem Land**

##### ***Verlust von Arbeitskapazität***

Die Rückkehr von kranken Angehörigen in ihre auf dem Land lebende Familie hat eine zusätzliche Arbeitsbelastung innerhalb der Subsistenzlandwirtschaft zur Folge. Die kranken Personen selbst fallen - sofern sie bisher im ländlichen Kontext gelebt haben - unmittelbar als Arbeitskraft aus und können ihren Anteil an der Subsistenzwirtschaft nicht mehr erbringen. Darüber hinaus steht auch die Arbeitskraft derjenigen, die den Kranken pflegen nicht mehr oder nur noch sehr eingeschränkt für die Landwirtschaft zur Verfügung. Eine Folge ist, daß sich bei gleicher oder sinkender Produktivität, der Arbeitseinsatz der verbleibenden gesunden Personen in der Subsistenzwirtschaft erhöht. Unter Umständen fällt die Ernte geringer aus, wenn aufgrund der eingeschränkten personellen Kapazitäten nur noch

in geringerem Umfang Nahrungsmittel angebaut werden können. Dies hat einen negativen Einfluß auf die Sicherheit der Nahrungsmittelversorgung. Nicht selten müssen Kinder aus der Schule genommen werden oder die Schule vorzeitig abbrechen, um in der häuslichen Wirtschaft oder bei der Krankenpflege zu helfen. In vielen Fällen leisten Kinder - insbesondere Mädchen und junge Frauen - die Krankenpflege sogar alleine (vgl. auch Fallstudien; Kapitel 5.1).

### ***Ansteigende Ausgaben***

Insgesamt steigen für den Haushalt die monetären Ausgaben und damit der Bedarf an Geldmitteln. Medizinische Ausgaben für Krankenhausgebühren (oder Kosten für den Besuch von traditionellen Heilern<sup>255</sup>), der Transport dorthin, Arzneimittel und Pflegehilfsmittel müssen finanziert werden. Eine enorme finanzielle Belastung sind dabei die Transportkosten zum und vom Krankenhaus. Dadurch, daß die Entfernungen vom *eumbo* zum Hospital wesentlich größer sind als in der Stadt, sind auch die Transportkosten erheblich höher. Je nach Entfernung müssen bis zu 90,- N\$<sup>256</sup> für den Transport zum nächsten Krankenhaus mittels öffentlicher Verkehrsmittel aufgebracht werden.

Dabei ist zu beachten, daß ohnehin weniger Bargeld zur Verfügung steht als in städtischen Haushalten. Die Altersrente in Höhe von 250,- N\$ im Monat, die alle über fünfundsechzigjährige Namibier bekommen, ist für viele Haushalte das einzige monetäre Einkommen. Immerhin steht diese Rente rund 30% aller ländlichen Haushalte zur Verfügung (Schäfer 2002: 82). Zudem ist das Geld bedeutsam, das evtl. von Familienangehörigen erwirtschaftet wird, die in städtischen Regionen einer Erwerbsarbeit nachgehen. Ein Teil dieses Einkommens wird oft (mehr oder weniger regelmäßig) den auf dem Lande lebenden Angehörigen zugesandt (von 68% der ländlichen Haushalte befindet sich mindestens ein Mitglied auf Wanderarbeit (Schäfer 2002: 82)).

In den ländlichen Lebenswelten profitieren also mehr Personen von weniger Geld.

#### ***The money is having an impact on many***

"You know ... in this salary is where many people benefit: The children about school fees, uniforms, food, and there is this extended families on both sides. When they become sick, they come to beg money here, when something is happen[ing] there,

---

<sup>255</sup> Viele Gesprächspartner berichten von Besuchen bei traditionellen Heilern: "First of all, if they go to the hospital and the medical treatment [is] provided to them, but [if] they are not feeling better, they can go to the traditional healer." (Interview I/15 (2000): 8)

<sup>256</sup> 90,- N\$ sind etwa 9,- €. Zum Vergleich sei daran erinnert, daß die monatliche Pension für über fünfundsechzigjährige Namibier 250,- N\$ beträgt.



they come to him, bagging for money. Means that this money is ... having an impact on many, on the majority, surround[ing] them."  
(Interview III/15 (2001): 11)

Ersparnisse werden, wenn überhaupt vorhanden, schnell aufgebraucht, wenn ein Familienmitglied erkrankt; umso mehr, je stärker dies mit Krankenhausbesuchen oder -aufenthalten verbunden ist.

## **B) Krank sein in der Stadt**

Auch in städtischen Haushalten hat das Erkranken von Angehörigen zur Folge, daß sich die für die Haushaltsökonomie zur Verfügung stehenden Kräfte (mindestens temporär) reduzieren. Auch hier entsteht beim Eintreten der Krankheit die Notwendigkeit, die entsprechenden kranken Personen zu pflegen.

Außerdem fallen unter Umständen die Kranken direkt als Versorger aus, wenn sie zuvor einer Erwerbsarbeit nachgegangen sind - gleichsam der *breadwinner* des Haushalts waren.

### ***Arbeitsplatzverlust***

Andauernde Krankheit führt in den meisten Fällen zwangsläufig zum Verlust des Arbeitsplatzes. Viele interviewte AIDS-Kranke berichten in diesem Sinne:

"When I [be]came sick, they couldn't need me anymore, they sent me home."  
(Interview IV/20 (2003): 7)

Die Konsequenzen sind schwerwiegend. In der Stadt sind viele Haushalte unmittelbar von der Geldwirtschaft abhängig. Formale Beschäftigung spielt, wenn auch nur von wenigen Haushaltsmitgliedern und teilweise nur temporär ausgeführt, die zentrale Rolle in der Erwirtschaftung der notwendigen Finanzmittel. Im städtischen Umfeld ist meist eine größere Anzahl von Personen unmittelbar vom Gehalt eines Angehörigen abhängig. Der Arbeitsausfall einer solchen Schlüsselperson durch Krankheit hat für die Versorgung des ganzen Haushalts drastische Konsequenzen. Eine solche Situation ist sehr viel schwieriger zu bewältigen als der Ausfall einer Arbeitskraft in der Subsistenzlandwirtschaft. Die Arbeitskraft in der Subsistenzwirtschaft ist leichter zu ersetzen, da die Ausübung jener Tätigkeiten wenig spezialisierte Kenntnisse erfordert. Selbst Kinder können solche Aufgaben übernehmen. Die Teilhabe am Bereich der formalen Erwerbsarbeit ist dagegen stark von Fragen der Ausbildung, Qualifikation, Sprachkenntnisse, Alter,

Geschlecht, Kontakte, Zugang zu den entsprechenden Anbietern und vielen anderen Faktoren abhängig. Zudem ist Erwerbsarbeit ein knappes Gut (hohe Arbeitslosigkeit), dessen Ausübung nicht jedem möglich ist, der entsprechend qualifiziert ist. Ein durch Krankheit bewirkter Ausfall eines monetären Einkommens (Stadt) ist also weitaus schwieriger zu kompensieren als ein durch Krankheit bewirkter Ausfall von Arbeitskraft für subsistente Landwirtschaft (Land). Umso dramatischer trifft einen städtischen Haushalt folglich eine Situation, in der der *breadwinner* krank wird und bezüglich der Erwirtschaftung des für ihn und andere notwendigen Kapitals ausfällt.

Ein Beispiel für die Konsequenzen einer solchen durch Krankheit verschuldeten Arbeitslosigkeit läßt sich anhand der Geschichte von Benjamin (vgl. auch Fallstudien; Kapitel 5.1) nachzeichnen, der wegen seiner Krankheit seine Arbeit verlor und nun auch noch vor der Gefahr steht, sein Haus zu verlieren.

"I was .. ah bloodtested and then after being tested again this year, the doctor said I can't work anymore [...]

Mmh, so it is about me, when I left my job and I'm going ... I'm behind payments for the house with 400,- dollars, I ahm .. I've got only my medical [aid] now, that's all what I have with Transnamib <staatliche Eisenbahngesellschaft, ehemaliger Arbeitgeber von Benjamin> so they told me if I can't afford paying or, you know, I should just sell the house, so about the will I haven't told about that yet."

(Interview II/05 (2000): 15, 17)

### ***Ansteigende Ausgaben***

Auch im städtischen Bereich erhöhen sich die finanziellen Belastungen durch notwendig werdende medizinische Ausgaben. Insgesamt sind diese Unkosten aber geringer als auf dem Land, denn in der Stadt sind die Transportkosten nicht so hoch, da der Weg zum Krankenhaus wesentlich kürzer ist - womit ein bedeutender Kostenfaktor entfällt. Die Notwendigkeit, Arzneimittel und Pflegeprodukte zu kaufen, besteht aber natürlich in gleichem Maße wie auf dem Land.

## Vom Umgang mit Kindern

### *"... he is always feeling a little bit frustrated" - Der Umgang von Kindern mit dem körperlichen Verfall ihrer Eltern*

Gerade für Kinder stellt es eine außerordentliche emotionale Belastung dar, wenn die Erwachsenen schwer krank sind und sie derem unaufhaltsamen körperlichem Verfall hilflos zusehen müssen, insbesondere wenn es sich um die eigenen Eltern handelt.

Ein AIDS-kranker junger Vater (34 Jahre) erzählt:

*MR:* "So I think there [is] the oldest one [of your children], that twelve year old boy, he also sees that you are sick. Have you spoken to him about your .. your sickness?"  
"Hmm, yes I spoke to the biggest boy and he [is] always feel[ing a] little [bit] frustrated. Then he always comes to me: "Dad, are you going to survive? Or is it now finished, are you going to die?" And then I always say: "No, don't worry, I'm going to be better, because some money can get some medicines and it is still getting better. ... But he knows that I am maybe are blinding him, think[ing] "my fathers is not telling me really what is going to happen now." "  
(Interview III/12 (2001): 12)

Hier wird deutlich, wie auf der einen Seite der Sohn mit der Angst zu kämpfen hat, daß der Vater stirbt. Auf der anderen Seite kann der Vater ihm nicht mehr anbieten, als ihn über den Ernst der Lage hinwegzutrusten, indem er feststellt, daß es ihm schon bald besser gehen werde.

Kinder, deren Eltern AIDS-krank sind, müssen lernen mit der Angst umzugehen, daß sie die Eltern eines Tages verlieren werden. Die Ungewißheit des eigenen Schicksals ist dabei für die Kinder eine weitere Belastung. Die Kinder müssen außerdem früh lernen, die Rollen der Eltern zu übernehmen, wenn diese nicht mehr in der Lage sind, für die Familie zu sorgen - geschweige denn für sich selbst.



**Abbildung: AIDS-krankte junge Frau und ihre achtjährige Tochter (Foto: Rompel)**

### ***Die Angst vor dem Schicksal der Kinder***

Auch umgekehrt - aus der Perspektive der Kranken - betrifft eine der am häufigsten formulierten Sorgen die Zukunft der eigenen Kinder. Dies wurde von fast allen Interviewpartnern als zentral formuliert. Folgende Fragen tauchten immer wieder auf:

- wer wird sich um die Kinder nach dem eigenen Ableben kümmern?
- von wem werden sie aufgenommen?
- wird es ihnen dort gut ergehen?
- werden sie weiterhin in die Schule gehen können?

Besonders groß ist die Sorge, die Kinder könnten einer schlechten Behandlung durch andere schutzlos ausgesetzt sein:

"Ya, there is fear of that: If I die, the children will suffer. Because I think, looking into the suffering, .. my children are [already] experiencing [this] while I am alive, .. I think that maybe when I die they will suffer more, because what they have experienced is that, when somebody dies, there are some people who don't care about others children. They can take care of [their] own children, while neglecting that [other children] .. which is very bad. - And it's [that] what may make[s] many people afraid of dying."

(Interview III/15 (2001): 13-14)

***Von der Ent- zur Belastung:***

***Vom Bedeutungswandel des Kinderaustauschs innerhalb der extended family***

Das Versenden bzw. der Austausch von Kindern innerhalb der Netzwerke der *extended family* war immer ein Teil der Austauschbeziehungen zwischen miteinander in Beziehung stehenden Haushalten und Familienteilen. Dieses temporäre Entsenden von Kindern in die Haushalte der Großeltern oder anderer Angehöriger der Familie war in den vernakulären Lebenszusammenhängen nicht nur üblich, sondern wurde jeher als Geschenk und Verpflichtung den älteren Verwandten gegenüber betrachtet (Tersbol 2002: 355). Hier können die Kinder nun Aufgaben innerhalb der Haushaltsökonomie wie Wasser holen, Getreide stampfen u.s.w., mit übernehmen. Kinder leben für einige Zeit (Wochen, Monate oder auch Jahre) nicht mit ihren biologischen Eltern, sondern ihren sozialen Eltern wie Tanten und Onkel. Mit dem verstärkten Aufkommen von Arbeitsmigration auch der jungen Frauen wurden im Laufe der Zeit - an diese Tradition anknüpfend - immer mehr Kinder bei den Großmüttern und Tanten im ländlichen Raum untergebracht, wenn die Mütter auf der Suche nach Arbeit in die Städte abwanderten. Unter den Vorzeichen von AIDS tritt dieses Phänomen verstärkt auf: Immer mehr Kinder werden versendet, wenn sie nicht mehr dauerhaft versorgt werden können, beispielsweise wenn die Eltern krank sind. Damit steigt der Druck auf die familialen Netzwerke. Die Auffangpotenziale der *extended family* geraten an die Grenzen des leistbaren. So ändert sich auch der Gestus, die Anwesenheit der Kinder als Gabe wahrnehmen zu können hin zu einer Bürde: Wenn immer mehr Kinder von immer weniger Älteren versorgt werden müssen, ist nachvollziehbar, daß die Haltung einer ehemals selbstverständlichen Austauschbeziehung heute in vielen Fällen in Feindseligkeit umschlägt. Wo Tanten und Onkel früher selbstverständlich die Verantwortung für die Kinder trugen, so als seien sie die eigenen, da werden sie heute als Bürde empfunden; durch die ständig wachsende Zahl der Waisen werden sie sogar zur dauerhaften ökonomischen Belastung - denn bei den Waisen ist auch die zeitliche Begrenzung des Aufenthaltes aufgehoben.

Was früher selbstverständlich war, ja eine *Entlastung* bedeutete, wird nunmehr angesichts des gesteigerten Rückgriffs auf die Gewohnheit zu einer *Belastung*.

Viele Kinder werden so - mittlerweile - von den Verwandten nur widerwillig aufgenommen und gegenüber den leiblichen Kindern nachteilig oder schlecht behandelt. Nicht selten werden Kinder nach dem Tod ihrer Eltern innerhalb der *extended family* zwischen den Familien hin- und hergeschoben, ohne eine feste Bezugsperson zu haben :

"And imagine just, when it happens to a child who doesn't even have .. have a grandmother or a grandfather, so that child is placed from point A, B, C... You know, sometimes a sister will place a child with a sister and in the meantime that sister of her is also HIV-positive, and then in the meantime that sister will pass away also, so that child is moved again to somebody else."

(Interview IV/01 (2003): 8)

### ***Geschlechterdifferenzen bei der Pflege und Sorge für an AIDS erkrankte Angehörige***

Es gibt deutliche Geschlechterdifferenzen im Hinblick auf die Versorgung von an AIDS erkrankten Angehörigen. In den meisten Fällen sind es die Frauen, die im Blick auf die Versorgung und Pflege der AIDS-Kranken die größte Last zu tragen haben<sup>257</sup>.

Wie schon ausgeführt, sind die Haushalte im ländlichen Bereich ohnehin deutlich weiblich geprägt. Auch jenseits von AIDS tragen Großmütter häufig die Sorge für einzelne oder mehrere Kinder<sup>258</sup>, wenn die Mütter in der Städten arbeiten oder nach Arbeit suchen. Wenn die Großmütter diese Aufgabe nicht übernehmen können, kommen auch die Tanten (Schwestern der Mutter) dafür in Frage.<sup>259</sup>

Zu der Geschlechterrolle von Frauen gehört es früher wie heute, Kranke und Sterbende zu pflegen, sich um die Kinder zu kümmern und die Subsistenzwirtschaft zu betreiben. Für Männer ist es auf der anderen Seite - gerade aufgrund dieser tradierten geschlechtlichen Aufgabenteilung und der damit einhergehenden Männlichkeitsvorstellungen - schwer, in diese weibliche Domäne einzudringen. Männliche *caregiver* sind in der Stadt wie auf dem Land die Ausnahme. Selbst wenn innerhalb einer Partnerschaft die Frau krank wird, wird diese eher zu ihrer Herkunftsfamilie geschickt, um dort versorgt zu werden, als daß sich ihr Partner um

<sup>257</sup> Zu den Gründen dafür vgl. auch Kapitel 4.5.

<sup>258</sup> Dem Verwandtschaftssystem folgend oft die Frauen der mütterlichen Seite.

<sup>259</sup> In 64% aller Ovambo-Haushalte übernehmen Tanten oder Großmütter die Versorgung der Kinder (Schäfer 2002: 83-84).

sie kümmert; während umgekehrt, wenn der Mann krank wird, sich selbstverständlich die Partnerin um ihn kümmert und ihn pflegt.

### **5.2.3 Sterben und Tod - Folgen für das Umfeld**

Beim Tod eines Angehörigen treten zu den bisher beschriebenen Folgen weitere hinzu. Wichtig ist, sich zu veranschaulichen, daß meistens dieser Tod nicht als Einzelfall betrachtet werden kann, sondern sich in ein größeres Geschehen einfügt. Wenn in einer Familie jemand an AIDS stirbt, sind meist auch andere Familienmitglieder - der Partner oder die Kinder - infiziert. Der AIDS-Tod tritt daher in der Regel nicht als singuläres Ereignis auf, sondern steht innerhalb einer Reihe von bereits vorangegangenen bzw. zukünftigen Todesfällen. In der Summe kann dies zum Ableben ganzer Geschwisterreihen und Familien führen. "People are dying in Namibia", so kommentiert eine Krankenschwester das massenhafte Sterben der Menschen. In der Darstellung der verschiedenen Fallgeschichten ist dies bereits hinreichend dokumentiert.

#### ***Der Glaube und die Gelassenheit im Angesicht von Sterben und Tod***

Entsprechend der - schon im Zusammenhang mit Infektion und Krankheit - dargelegten Bedeutung von Religiosität liegt es nahe, daß auch in der Situation, in der sich die Krankheit der Betroffenen verschlimmert, die körperlichen Kräfte schwinden und der Prozeß des Sterbens beginnt, die Sicherheit und Geborgenheit, den der Glaube im Hinblick auf das eigene Lebensende bietet, eine wichtige Größe ist. Kranke formulieren dies folgendermaßen:

"Everything is coming from God ... so just take it."  
(Interview IV/20 (2003))

MR: "May I ask what your greatest fear for the future is?"  
"No, I am only thinking of God. I am ready, I am not afraid of it. I know I am sick and the disease I have is not curable."  
(Interview IV/05 (2003))

Die meisten Kranken zeigen im Endstadium der Krankheit eine erstaunliche Gelassenheit und Gefaßtheit. Das heißt nicht, daß man sich keine Sorgen um die

Zurückbleibenden machen würde. Insbesondere eigene Kinder und auf andere Weise Abhängige stehen im Zentrum von Sorgen, Gedanken und Nöten (s.o.). Im Hinblick auf das *eigene* Lebensende gibt es aber selten Furcht - zumindest wird diese nicht offen formuliert. Der Glaube an Gott und die religiöse Hoffnung auf ein Weiterleben nach dem Tod mildert die Angst vor dem Sterben, so daß sich die meisten Menschen auch in schwerster Krankheit behütet und geborgen fühlen.

***Materielle Lage:***

***Die sich fortsetzende Zuspitzung von ökonomischen Versorgungskrisen***

Die Versorgungslage eines Haushaltes verschlimmert sich in verschiedener Hinsicht, wenn ein Kranker stirbt. Dabei lassen sich wieder unterschiedliche Dynamiken dieser Folgen je nach Stadt oder Land unterscheiden.

**A) Auf dem Land - Folgen für die Subsistenzwirtschaft**

Innerhalb des Ovamboland akzentuieren sich die ökonomischen Folgen, die aus dem Tod von Familienangehörigen resultieren, vor allem im Hinblick auf die Subsistenzwirtschaft. Innerhalb der Subsistenzwirtschaft stehen mit dem Tod von Kranken nun dauerhaft weniger Arbeitskräfte und damit weniger Arbeitskapazität innerhalb der Produktionsgemeinschaft eines Haushaltes zur Verfügung. Auf der anderen Seite ist die Arbeitskraft der Personen, die zuvor die Pflege des Kranken gewährleistet haben, wieder disponibel.

Der dauerhafte Verlust an Arbeitskraft kann zur Folge haben, daß insgesamt weniger Früchte und Getreide (Hirse) angebaut werden können. Das hat zur Folge, daß der Haushalt anfälliger wird für Versorgungskrisen, z.B. durch ausbleibende oder verminderte Niederschläge, da weniger Vorratsreserven angelegt werden können. Die Konsequenz kann Minder- und Mangelernährung sein. Dadurch verschlechtert sich auch der allgemeine Gesundheitszustand der zurückbleibenden gesunden oder anderen kranken Haushaltsmitglieder. Verschiedene Autoren haben darauf aufmerksam gemacht, daß eine defizitäre Ernährung für eine generell gesteigerte Anfälligkeit für Infektionen jeglicher Couleur verantwortlich gemacht werden kann (u.a. Stillwaggon 2002: 1). Das heißt, daß aus dem Tod von an AIDS-erkrankten Haushaltsangehörigen mittelbar (durch die evtl. resultierende schlechtere



Ernährungslage) und unmittelbar (durch die direkt erhöhte Wahrscheinlichkeit sich Infektionen zuzuziehen und bei den opportunistischen Infektionen des Kranken anzustecken) auch für die übrige Hausgemeinschaft ein Gesundheitsrisiko besteht.

### **B) In der Stadt**

Im städtischen Kontext manifestieren sich durch den Tod ebenfalls die durch die Krankheit von Haushaltsmitgliedern angebahnten Versorgungskrisen.

Wenn der Verstorbene der Hauptverdiener (der *breadwinner*) war, der die Existenz des Haushalts mit seinem Einkommen gesichert hat (und meist gibt es aufgrund der Arbeitsplatzsituation nur einen Verdiener), entsteht mit seinem Tod eine erhebliche Versorgungskrise. Es wurde bereits gezeigt, daß im städtischen Raum - vor allem in den *squattercamps* von Katutura - in der Regel weniger Reserven vorhanden sind, um Krisen in der Haushaltsökonomie zu überbrücken (keine Vorratshaltung, unmittelbare Abhängigkeit von Geldwirtschaft etc.). Können nun beim dauerhaftem Ausfall eines Verdieners nicht in kurzer Zeit neue finanzielle Einkommensquellen erschlossen werden, sinkt der Lebensstandard drastisch ab und es kommt häufig zur Auflösung des Haushalts. Die Hinterbliebenen suchen Obdach und Unterstützung v.a. bei Verwandten.

War der Verstorbene nicht der Hauptverdiener, sind die unmittelbaren ökonomischen Auswirkungen natürlich weniger gravierend. Es fällt aber zumindest eine helfende Hand im Vollzug der hauswirtschaftlichen Aufgaben aus.

### ***Beerdigungskosten***

Eine große finanzielle Belastung für Familien, in denen ein Angehöriger an AIDS stirbt, sind die Beerdigungskosten. Dies trifft für die Familien im städtischen wie auch im ländlichen Bereich zu. Es entstehen Kosten für:

- die Verwaltungsgebühr für den Friedhofsliegeplatz
- evtl. die Überführung des Toten (z.B. von der Stadt in die ländliche Heimat)
- für den Sarg
- die Ausrichtung der Trauerfeierlichkeiten

und langfristig Kosten für die Grabgestaltung (Grabstein).

### *Verwaltungsgebühren*

In der Stadt sind die anfallenden Verwaltungsgebühren substantiell höher als in den ländlichen Gemeinden. In Katutura haben sich in den vergangenen Jahren die Friedhofgebühren mehr als verfünffacht, da aufgrund der massenhaften Beerdigungen der dritte neue Friedhof innerhalb von vier Jahren eröffnet werden musste. Mit jeder Ausweitung der Friedhöfe entstehen neue Erschließungskosten, die die Stadtverwaltung über die Verwaltungsgebühren wieder einzunehmen versucht. Viele Familien, die aus dem ländlichen Nordnamibia stammen und in der Stadt wohnen, bringen ihre Toten aber in ihre *Heimat* nach Ovamboland, um sie dort im Kreise der Familie und der Ahnen beizusetzen. Für die Überführung eines Leichnams entstehen dabei Unkosten in Höhe von etwa 800,- N\$ (Feldnotizen III/2001) - was in vielen Fällen einem Monatsgehalt entspricht.

### *Kosten für den Sarg*

Für einen Sarg zahlt man zwischen 600,- und mehreren tausend Namib-Dollar.

### *Trauerfeierlichkeiten*

Der größte Kostenfaktor entsteht aber durch die Trauerfeierlichkeiten. Verwandte und Freunde kommen zum Haus des Verstorbenen, um hier zwischen ein bis drei Tagen mit den Angehörigen gemeinsam zu trauern, zu beten und zu singen. In dieser Zeit müssen die Gäste verpflegt werden, was einen enormen finanziellen Aufwand bedeutet. Es existiert ein großer sozialer Druck, die Gäste während dieser Tage reichlich zu verköstigen. Nur wenn von allem genügend vorhanden ist, gilt die Trauerfeier als eine würdevolle. Oft werden daher Kredite aufgenommen oder die Familien leihen sich Geld bei Verwandten:

"We went and get a coffin for 750,- dollar credit, and then we were paying little by little, little by little, every month till we finished this coffin ... until we finished."  
(Interview IV/05 (2003))

Gerade angesichts sich häufender Todesfälle - auch innerhalb einzelner Familien, summieren sich auf diese Weise große finanzielle Lasten. Die Folge ist oftmals eine dramatische Verschuldung der Haushalte.

Neben diesen ökonomischen Aspekten, die die Häufung von Todesfällen nach sich zieht, gibt es auch emotionale und soziale Auswirkungen des andauernden Verlusts von Nahestehenden.

***"People are tired of funerals." - The business of bereavement***

Mit der Zunahme von Sterbefällen im eigenen Umfeld wird der Tod etwas immer Alltäglicheres. Es ist für viele schon nicht mehr möglich, an allen Beerdigungen von Verwandten, Freunden und Nachbarn teilzunehmen, da man sonst an jedem Wochenende unterwegs sein würde. Traditionell finden Beerdigungen in Namibia Samstags statt, da es an diesem Tag allen Angehörigen - auch jenen, die arbeiten - möglich ist, an der Beerdigung teilzunehmen und unter Umständen auch eine längere Anreise in Kauf zu nehmen, ohne dafür (bei einem formalen Beschäftigungsverhältnis) Urlaub nehmen zu müssen. Mittlerweile wird diese Praxis mehr und mehr aufgegeben. Es ist einfach nicht mehr möglich, alle Beerdigungen auf einen Samstag zu legen. Auf dem Zentralfriedhof in Katutura finden inzwischen an jedem Wochentag Beerdigungen statt.

Ein Interviewpartner beschreibt die emotionale Abstumpfung durch die andauernde Präsenz des Todes:

"... so you have a situation where one family suffers a loss and then this is lots of reactions and at the end of the day you have a bigger problem created. We experience a situation with HIV and AIDS where we experience - like count man - so many funerals on Saturdays. Every month. .. I have family here they stay here in Windhoek they've relatives here in Keetmans[hoop]. They have to budget for funeral every month to go to Keetmans and have a burial. Because friends and relatives are just dying and it is not the old people. ... It is always these things happen[ing] in our land. ... It affects the .. the immediate relatives in every way, it affects the productivity at work, it affects their social life, it affects all these different aspects that grieve normally affect but the worse part is that they don't get a change to work through it. You lose a cousin you grew up together. You lose that cousin and then you are still working through this cousin and then there is news of someone else and then you have already ... you are so busy with this too and then there's another case and another thing where you basically have a situation where you have an overload of grieve ... this .. this .. this the emotional pressure that is put on people that's so bad. It .. it becomes very hard for people to handle it. And like I say again you have the .. the whole evil cycle just snowballing, because of all this pressure have people again engaging in escapism and drugs, alcoholics and .. and then at the end of the day the cycle continues you have another possibility of being affected by HIV, so it continues and it continues. .... when you are in a safe environment, then you can relax and give yourself over to grieve, which is the environment that is normally created by funerals. Because in funerals they like especially in our African context of funerals they have the last night before the corpse is buried, the cops come to stay in the house with the family and then supporting family members from all over they stay all night long with this family and they saying all night and talk. And in some families they even have this informal culture or tradition I can say - where they sort of make jokes of .. ya .. the persons behaviour how the person used to do this and that and the other things. And all that ah

helps a lot in dealing with the situation but even that culture is busy breaking up ...so people start to form their own individual way of grieving.

My cousin, one of my cousin when his mother died ...he didn't like the idea of all to be at the funeral you know proceedings and people were asking but where's .. where's the kid, they say now he's just somehow he has gone out - and for most of that elder people it was like he has gone out? Where to? This is his mothers funeral, he supposed to be here. But even that culture is breaking up and people start to moan on their own because life is becoming so individualistic: My money is my own, my life is my own. Everything is my own, so why should I grieve with others? [...]

The process of grieve was a process where we all grieved together. Now you have a situation coming up and growing where the culture of grieving together is freed out and I want to grieve for my own now because I have my own life I do my own thing.

So why should I grieve together with the rest of the family when I don't share the rest of my life with them, you know? So why should we grieve together? [...]

But by not saying goodbye to this person by not taking time to grieve and to feel the pain ahm I am I'm actually causing damage to myself. "

(Interview III/09 (2001): 7)

Durch die immer größer werdende Zahl der Toten ist eine Trauerarbeit - im Sinne einer intensiven Auseinandersetzung mit dem Verlust - überhaupt nicht mehr möglich. Tod und Trauer werden so alltäglich, daß die Menschen emotional restlos damit überfordert sind.

Die dramatisch wachsende Zahl der Todesfälle führt auch dazu, daß der zeitliche Abstand zwischen Tod und Beerdigung schrumpft. War es vor einigen Jahren noch durchaus üblich, nach dem Tod 10 bis 20 Tage bis zur Beerdigung zu warten, um genügend Raum für Gebete im Haus des Verstorbenen zu haben, genügend Zeit für die - oft weite - Anreise der Verwandten und die Organisation der Trauerfeier zu lassen, so ist es heute durchaus normal geworden, Beerdigungszeremonien innerhalb einer Woche (bis zu einem Tag) nach dem Tod durchzuführen. Es wundert nicht, daß daraus ein Zustand emotionaler Gleichgültigkeit entsteht: "People are tired of funerals." (Feldnotizen IV/2003) Die Betroffenen wollen den Verstorbenen möglichst schnell begraben, um zu ihrem Alltag zurückzukehren, in dem der nächste Todesfall wahrscheinlich nicht lange auf sich warten läßt.

***"Why is it that both of my parents died of HIV/AIDS?" - AIDS- Waisen***

Ein großer Komplex der zu beschreibenden Folgen von Tod und Sterben betrifft die zurückbleibenden Waisen. In vielen Todesfällen bleiben Kinder zurück, die versorgt werden müssen. Aufgrund der Tatsache, daß HIV über Geschlechtsverkehr übertragen wird, stirbt oft nicht nur ein Elternteil, sondern - auf längere Sicht - meist

beide. Es entstehen für die Waisen und deren Pflegefamilien erhebliche soziale, emotionale, psychologische und ökonomische Probleme, die im Folgenden näher betrachtet werden sollen.

### ***Ökonomische Aspekte***

Auf der einen Seite entstehen für die Haushalte innerhalb der *extended family*, die Waisen aufnehmen, zusätzliche ökonomische Belastungen durch deren Versorgung. Diese Belastungen sind in den städtischen Lebenswelten noch stärker spürbar als auf dem Land. In ländlichen Regionen bringen die Kinder ihre Arbeitskraft in den Haushalt ein und tragen so selbst zu ihrer Versorgung bei. Trotzdem werden die Waisen auch hier aufgrund ihrer zunehmenden Zahl immer mehr zur Bürde (s.o.). Im städtischen Kontext ist die Versorgung der Waisen nicht so einfach zu realisieren, da man für die Ernährung eines weiteren Kindes zusätzliches Geld benötigt.

Weitere Kosten entstehen in beiden Situationen durch das aufzubringende Schulgeld und die Schuluniformen. Mit weiteren Belastungen ist insbesondere dann zu rechnen, wenn AIDS-Waisen selbst mit HIV infiziert sind und Transport-, Behandlungs- und Pflegekosten entstehen. Außerdem entsteht dann - bei selbst HIV-infizierten oder AIDS-kranken Waisen - eine höhere Pflegenotwendigkeit als bei gesunden Kindern. In solchen Fällen muß öfter das Krankenhaus aufgesucht werden oder die Kinder im häuslichen Umfeld gepflegt werden. Damit wird wiederum Arbeitskapazität aus der Subsistenzwirtschaft abgezogen oder die Sorge-tragenden müssen von ihrem Arbeitsverhältnis zu Hause bleiben (vgl. Abschnitt Krankheit).

### ***Entscheidung über den Verbleib von Waisen***

In der Regel wird bei der Beerdigung von den anwesenden Familienmitgliedern entschieden, von wem Waisen aufgenommen werden sollen. Hierzu kommen im Rahmen der Trauerfeierlichkeiten traditionell die Verwandten zusammen, entscheiden was mit der materiellen Habe des Verstorbenen geschehen soll, teilen diese auf und beraten, wer sich um die Waisen kümmern soll und diese bei sich aufnimmt. Dabei spielt natürlich das Alter der Kinder eine Rolle. Wenn die Erstgeborenen schon älter oder gar volljährig sind, ergibt sich auch die Möglichkeit, daß entschieden wird, daß die Kinder ihren eigenen Haushalt führen sollen und (je nach Besitzverhältnissen) im Haus der Eltern bzw. Mutter oder Vater wohnen bleiben, ohne das jemand unmittelbar die Rolle einer erwachsenen Bezugsperson

einnimmt. In einem solchen Fall wäre dann von einem *orphan-headed-household* zu sprechen. Der oder die Älteste in der Geschwisterreihe übernimmt den Haushaltsvorstand und alle Rechte und Pflichten, die damit verbunden sind. Allerdings sind solche Waisenhaushalte eher auf dem Land als in der Stadt zu finden. Das anonyme Klima der Stadt bringt vielfältige Gefahren und Unwägbarkeiten für einen solchen *orphan-headed-household* mit sich. In der Stadt werden Kinder in der Regel auf Familienangehörige verteilt und das Haus wird verkauft oder vermietet. Auf dem Land ist es eher denkbar, daß Jugendliche und junge Erwachsene sich selbst versorgen und nur gelegentlich von Verwandten besucht werden. Vor allem auch deshalb, weil man nicht auf Geld - und damit auf eine Erwerbsarbeit - angewiesen ist.

Manchmal werden Waisenkinder von einer einzigen Person aufgenommen, manchmal werden sie auf verschiedene Verwandte verteilt. Es kommt immer häufiger vor, daß Kinder zu Angehörigen gegeben werden, die bei der Beerdigung gar nicht anwesend waren und an den Absprachen nicht beteiligt waren. Diese werden dann erst im Nachhinein von der Entscheidung informiert (Feldnotizen I/2000, III/2001; Interview I/05 (2000)) wie z.B. im Fall von Angela. Angela konnte nicht an der Beerdigung ihrer an AIDS verstorbenen Schwester teilnehmen, da sie aufgrund einer Fußverletzung im Krankenhaus lag. Die anwesenden Familienmitglieder beschlossen in ihrer Abwesenheit, daß sie die beiden Kinder der Schwester aufnehmen solle (vgl. auch Fallstudien; Kapitel 5.1):

" ... I was there [*Katutura Hospital*] the whole Christmas and the time, when my sister was die [died]. And the funeral, I was [also] not there."

MR: "OK, and who decided then that the children of your sisters are to be cared by you?"

"You know, my father he knows my address .. everything. I just want .. I get [got] a phonecall from Oshikuku, because the small one was at Oshikuku. Then they say, [I am] supposed to go and to collect the child."

MR: ".. and to take it?"

"Yes, to take it!"

(Interview III/11 (2001): 14-15)

Ein gängiger Modus ist auch, daß die AIDS-Waisen von ihren Großmüttern<sup>260</sup> aufgenommen werden. Auch im dargelegten Fall von Angelas Nichte und Neffe hätte - wie außerhalb der zitierten Interviewsequenz dargelegt - die Mutter die Kinder aufgenommen, wenn sie nicht selbst schon zu gebrechlich gewesen wäre. In

zahlreichen anderen Fällen kümmern sich die Großmütter um die verwaisten Kinder ihrer verstorbenen Söhne und Töchter. Mit dem Sterben der mittleren Generation stehen nicht nur die verbleibenden Waisen vor der Notwendigkeit, von den Großeltern aufgezogen zu werden; für die Großeltern hat diese Aufgabe zur Konsequenz, daß sie trotz dem Älterwerden wieder stärker in Verantwortung für andere einbezogen werden. Umgekehrt steht ihnen langfristig in geringerem Maße die Unterstützung der eigenen Kinder zur Verfügung, wenn sie alt und gebrechlich werden: Anstatt von den eigenen Kindern im Alter versorgt zu werden, müssen jene nun die Kinder der Kinder versorgen.

Es gibt Fälle wie den der 65jährigen Ermgard, die in Katutura lebt und insgesamt 27 Enkelkinder versorgt. 16 davon sind Waisen, deren Eltern gestorben sind, die Mutter von den übrigen 11 liegt im Sterben und kann sich auch nicht mehr selbst um die Kinder kümmern. Insgesamt sind mittlerweile fünf der Kinder von Ermgard gestorben. Das einzig regelmäßige monatliche Einkommen ist die staatliche Altersrente. (Feldnotizen VI/2003)

### ***Behandlung der Waisen im neuen Umfeld***

Schon weiter oben wurde thematisiert, daß die Aufnahme von Kindern in den letzten Jahren mit dem Anwachsen der Notwendigkeit, mehr Kinder anzunehmen einen Bedeutungswandels erfahren hat. Eine mögliche Konsequenz ist, daß die Waisen, die in die eigene Familie integriert werden, nicht freiwillig aufgenommen werden, sondern nur aufgrund des Drucks der Verwandtschaft. Das kann auch bedeuten, daß jenen Waisen von Seiten der Erwachsenen eine schlechtere Behandlung zuteil wird als den eigenen Kindern. Dies wird von vielen Gewährspersonen bestätigt. So berichtet eine Gesprächspartnerin, die AIDS-Waisen betreut:

"I can also talk of what I saw with [my] neighbour, there is also this where we lost his mother. And he was taken by the father of the woman he [is] living with, so that poor boy is being treated as a slave. But on the other hand, you know, I always in my way... I talk to him. You know, encouraging him. Like when I was on my way to here, in this warm sun he is pushing a wheel-barrow with a lot gravel in it. But the others are in the house watching TV. And he is there out working. [...]  
Even this thing of putting children with ahm... immediate family or extended family ahm... as I see in this work here - out of experience - this thing doesn't really work out. Sometimes it's the interest of money that those children are getting. Like if I do my home-visits also, then you will see the difference. Just by entering that yard, you

---

<sup>260</sup> Bezugnehmend auf die traditionellen Verwandtschaftsstrukturen sind dies zumeist die Großmütter mütterlicherseits.

will see the difference between the children. They are always sad. Those ones look shiny and happy, but this ones are dark and like scared."  
(Interview IV/01 (2003): 8)

Ein Waise, der bei seiner Tante aufgewachsen ist nachdem sein Vater gestorben war, berichtet im Blick zurück:

"I see now, that the love they give [gave] me, was not the true love that I was get [got] from my papa."  
(Interview I/16 (2000): 4)

Das Ausmaß der Liebe ("true love"), die im Gebrauch des Begriffs hier wohl auch in einem umfassenden Verständnis, das Sorge und Pflege einschließt, erfaßt werden muß, war bei der Tante ein anderes als vorher beim eigenen Vater.

Eine weitere Konsequenz kann sein, daß Waisen mehrfach zwischen verschiedenen Haushalten der Verwandtschaft hin- und hergeschoben werden, wenn sie nicht wirklich gewollt sind und ihre Gegenwart als Bürde empfunden wird:

"The other thing is also, when you look at ahm... the people who are taking care of orphans are mostly the grandmothers. And imagine, just when it happens to a child who doesn't even have .. have a grandmother or a grandfather, so that child is placed from point A, B, C... "  
(Interview IV/01 (2003): 8)

Selbst wenn das Kind gut in ein neues Umfeld integriert ist, kann es passieren, daß es - aufgrund von weiteren HIV-bedingten Todesfällen - wieder aus dem gewohnten Umfeld gerissen wird.

"You know, sometimes a sister will place a child with a sister and in the meantime that sister of her is also HIV-positive, and then in the meantime that sister will pass away also, so that child is moved again to somebody else. Sometimes people who are not family and the abuse, which is also there, you know, it's very disturbing. ... "  
(Interview IV/01 (2003): 8)

Durch Todesfälle innerhalb einer Familie fallen also immer auch für abhängige Kinder Bezugspersonen weg und das Ausmaß an beständigen und verbindlichen sozialen Strukturen verringert sich.



***"Those African thing of extended family is coming to an end with AIDS" -  
Beziehungsabbruch und die Angst vor Überforderung***

Eine Konsequenz, die aus den vielfältigen Belastungen resultiert, die mit der zunehmenden Notwendigkeit der Aufnahme von Waisen entstehen, ist, daß sich Erwachsene mehr und mehr von Kontakten zu ihrer Familie im ländlichen Bereich abschotten. Dies ist vor allem im städtischen Kontext beobachtbar, wenn die Betroffenen eine eigene Kleinfamilie gegründet haben und Kinder haben. Dabei reduzieren die entsprechenden Erwachsenen die Beziehungen zum Rest ihrer Verwandtschaft auf ein Mindestmaß, die eigenen Eltern und Geschwister werden kaum noch besucht. Es findet ein Rückzug in die eigene Kleinfamilie statt. Das westliche Modell der Nuklearfamilie löst so das althergebrachte Modell ab, familiales Zusammenleben zu organisieren. Ein AIDS-Counsellor bezieht sich auf dieses Phänomen, wenn er feststellt: "Those African thing of extended family is coming to an end with AIDS" (Feldnotiz V/2003).

Dieser Rückzug kann als Vorbau gegen die potenzielle Be- und Überbeanspruchung interpretiert werden. Gerade im Kontext von AIDS und als Umgang mit den krisenhaften Phänomenen, die aus HIV-Infektion, AIDS-Krankheit und -Tod resultieren, nehmen die Anforderungen an die Netzwerke und Sicherungsfunktionen der Verwandtschaft zu. Gleichermaßen schwinden aber auch die Möglichkeiten und die Bereitschaft: So werden aus Angst vor Überforderung die Brücken zum Rest der Großfamilie gekappt.

***Neue Lebensweisen von Kindern am Rande der Integration***

Aus den dargelegten Anzeichen der Überforderung von familialen Strukturen geht auch hervor, daß es eine wachsende Zahl von Fällen gibt, in denen AIDS-Waisen aus dem Versorgungsraster der Familie herausfallen oder zumindest an dessen Rande stehen:

- *child-/orphan-headed-households*:

Immer öfter werden zurückbleibende Kinder nicht mehr von der Familie aufgeteilt oder einzelnen Erwachsenen zur Sorge zugeordnet, sondern verbleiben in ihrem eigenen Haushalt, insbesondere wenn ältere Geschwister als fähig eingestuft werden,

für ihre jüngeren Brüder und Schwestern Sorge zu tragen. Solche Haushaltsformen kommen vor allen in den ländlichen Lebenswelten vor, im städtischen Bereich sind sie seltener anzutreffen (vgl. auch Fallstudien; Kapitel 5.1).

- *Straßenkinder:*

"You will find some children they end up in the street and .. those who feel pity for them just take them and .. care for them."  
(Interview I/15 (2001): 10)

Im Extremfall ist es auch möglich, daß AIDS-Waisen als Straßenkinder enden, wenn sie von niemanden aufgenommen werden. Dies ist insbesondere dann wahrscheinlich, wenn die Kinder keine älteren Geschwister haben, die sich um sie kümmern können.

Die Grenzen zu anderen hier beschriebenen Formen des Zusammenlebens sind dabei natürlich fließend. Die Brüder Elifas Martin (15 Jahre) und Saki Martin (12 Jahre) etwa, deren Eltern gestorben sind, kann man Tag für Tag in den Straßen von Ondangwa (Nordnamibia) antreffen. Hier verdienen sie sich ein wenig Trinkgeld, indem sie vor der Bank abgestellte Autos waschen. Sie berichten, daß sie zwar bei der Großmutter leben, diese jagt sie aber jeden Morgen vom Grundstück. Erst am Abend dürfen sie zum Schlafen wiederkommen. Essen bekommen sie nicht regelmäßig, zur Schule gehen sie nicht. (Feldnotizen I/2000)

- *Institutionenkinder:*

"If you go there you will find many children are just accommodated in the hospital, because their fathers or their mothers had died of AIDS. There is nobody to take care of them."  
(Interview I/15 (2000): 14)

Ein weiterer Extremfall sind Kinder, die in Institutionen aufwachsen. Ein Beispiel hierfür ist die Geschichte von Heidimbi (vgl. auch Fallstudien; Kapitel 5.1). Solche Kinder sind meist in den entsprechenden Institutionen wie Waisenhäusern (von denen es äußerst wenige gibt) oder Krankenhäusern gelandet, weil die Mutter nach der Geburt gestorben ist, die Kinder ausgesetzt hat etc. und sich keine Familienangehörigen gefunden haben, die das betreffende Kind aufnehmen wollten. Eine besonders schwere Lage haben Kinder, die selbst HIV-positiv sind. Im Krankenhaus, in dem Heidimbi lebt, kommt es häufiger vor, daß Mütter bei der Geburt sterben und so Kinder zurücklassen und sich niemand aus der Familie findet, der das Kind aufnimmt. Dadurch bleiben Kinder oder Babys temporär (für wenige

Wochen oder Monate) im Krankenhaus, bis sich dann doch ein Familienmitglied oder jemand anderes gefunden hat, der das Kind bei sich aufnimmt. Sind den Kindern aber schon Krankheitssymptome anzusehen oder werden sie HIV-positiv getestet, ist ihre Lage - jemanden zu finden, der sie aufnimmt - ungleich schwerer.

In jedem der hier dargelegten Fälle kann man die Frage aufwerfen, wie wohl die Sozialisation von Kindern unter solchen äußeren Bedingungen ablaufen wird; und das unter Abwesenheit von Personen, die in engerem Sinne die Rolle von erwachsenen Bezugspersonen einnehmen würden.

Die Problematik der AIDS-Waisen wird sich in Namibia in den nächsten Jahren noch verschärfen. Die Konsequenzen, mit denen schon heute viele Kinder in solchen Situationen konfrontiert sind, werden sich damit auf immer mehr Betroffene ausweiten. Man geht davon aus, daß in Namibia schon heute 82.000 AIDS-Waisen leben. Es wird geschätzt, daß diese Zahl bis 2018 auf 200.000 AIDS-Waisen ansteigt (Namibian 2002c).

### ***Property Grabbing - Vom Umgang mit den Hinterlassenschaften des Verstorbenen***

Als ein großes Problem wird von vielen - insbesondere von im Bereich AIDS-care Tätigen - der Umgang mit dem vom Verstorbenen zurückgelassenen Hab und Gut beschrieben. So wird berichtet, wie sich in vielen Fällen die Herkunftsfamilie des Verstorbenen die Besitztümer des Toten aneignet, ohne dabei etwas für Frau und Kinder des Toten zurückzulassen.

#### ***Property Grabbing und Customary Law***

Betrachtet man das Phänomen im Lichte der traditionellen Erbregelungen, so wird klar, daß über die geschilderte individuelle Problematik hinaus ein Konflikt zwischen althergebrachten und modernen Rechtsnormen vorliegt. Hishongwa beschreibt die traditionellen Erbregelungen:

"Property rights, then, were regulated by the matrilineal system. A child never inherited from his father, although he or she could receive property from him before his death. A man's inheritance went direct to his clan mates, that is his uterine brother

and sister, his nephew or uncle. The wife (or wives) of the deceased man never inherited from her (or their) husband.

In the old days, everything that a wife had received from her husband during his lifetime, such as jewellery, clothing and tools, had to be returned to his clan mates upon his death. If some of the items were missing, substitutions had to be made. For example, if a husband had slaughtered an ox for his wife during an illness, she was obliged to return an ox to his clan mates. However, wealthy men sometimes sold their cattle to their wives for a small sum, and informed their clan relatives of the transaction. In that way, women were able to acquire some wealth."  
(Hishongwa 1992: 41)

Die Schilderungen des deutschen Missionars Hermann Tönjes sind eine der frühesten Primärquellen, in denen dieses alte Rechtsverständnis, das sich aus dem Verwandtschaftssystem herleitet, beschrieben wird:

"Die Erben eines Verstorbenen sind nur dessen Verwandte. Daraus erklärt sich der Umstand, daß beim Tode eines Mannes seine Frau und Kinder auch nicht das kleinste Erbteil erhalten, sondern dessen Mutter, Schwestern, Brüder, Onkel und Neffen mütterlicherseits sind die Erben."  
(Tönjes 1911: 130)

Das heißt, daß nach traditionalem Rechtsverständnis bei einem verstorbenen Ehemann der Ehefrau und den ehelichen Kindern kein Erbe zusteht, da sie nicht mit dem Verstorbenen verwandt sind. Ein Zustand, der nach den modernen postkolonialen Rechtsnormen als Unrecht definiert und auch in der individuellen Beurteilung (zumindest durch Nichteinheimische) meist auch moralisch aufgeladen als verwerfliches *property grabbing* bezeichnet wird.

Auf der anderen Seite fassen viele Männer - selbst wenn sie zu Lebzeiten ein entsprechendes Vorgehen vertreten hätten - kein Testament ab, in dem ihre Ehefrau und Kinder als Erben eingesetzt werden - was im Todesfall zu den entsprechenden Konflikten führen kann und im Einzelfall dann vom guten Willen der Verwandtschaft abhängig ist (im Sinne des *oshikwanyama*-Begriffs *epata* ist dies ursprünglich nur die Familie mütterlicherseits; im Laufe der südafrikanischen Protektoratszeit hat sich diese Praxis insofern verändert, als daß jeweils die Familie väterlicherseits als erbberechtigt angesehen wurde (Töttemeyer 1978: 145f.)).

Das Grundproblem ist also, daß alte Rechtsverständnisse und -auslegungen noch in Kraft sind (und von den traditionellen Autoritäten im Konfliktfall auch entsprechend umgesetzt werden) und daneben - im staatlichen Sektor - die modernen Rechtskonventionen gelten und ebenfalls praktiziert und angewandt werden.<sup>261</sup> Das

---

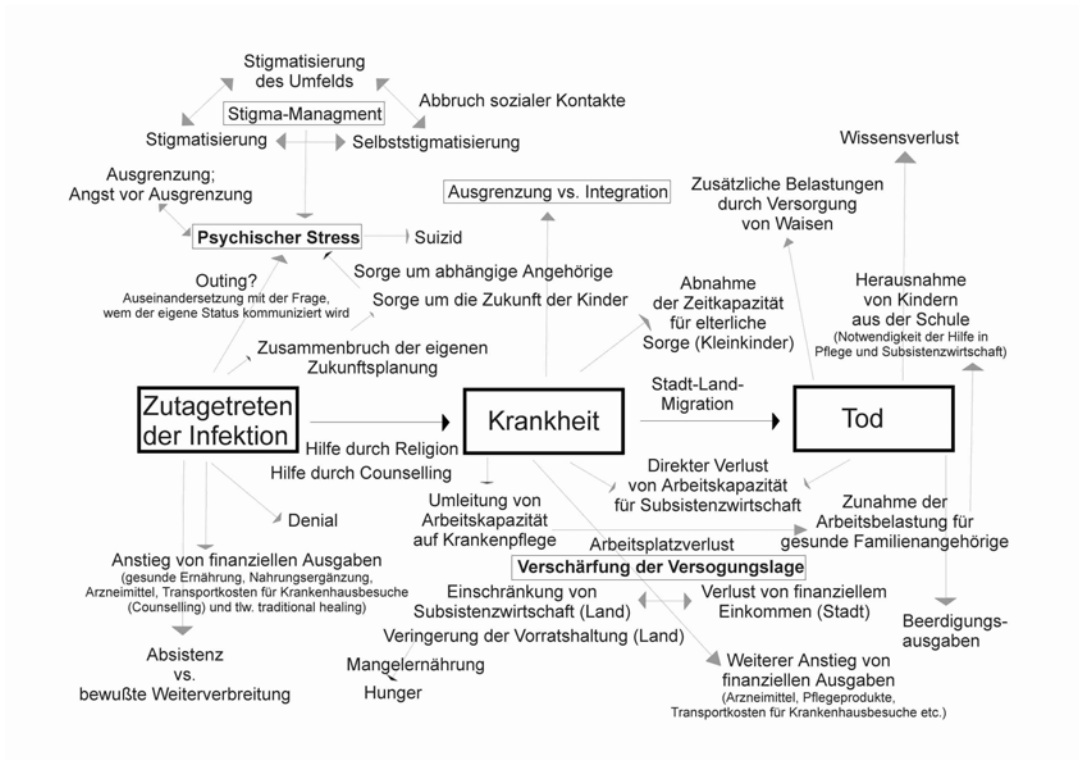
<sup>261</sup> Für die Durchsetzung der verschiedenen Rechtsnormen gibt es keine klare Handhabe. Wird eine traditionelle Gerichtsbarkeit (wie der *headmen*) angerufen, kommt dieser unter Umständen zu einer anderen Rechtsprechung als eine moderne Gerichtsbarkeit (wie etwa ein *magistrate court*).

Aufeinandertreffen dieser - letztlich drei - unterschiedlichen Rechtsnormen kann zu massiven Konflikten führen, wenn beispielsweise eine verwitwete Ehefrau ihre (aus modernen Rechtskonventionen abgeleiteten) Ansprüche auf die Habe des Mannes gegenüber den auf der "traditionellen" Praxis (bzw. den verschiedenen traditionellen Praxen) bestehenden Verwandten des Mannes durchsetzen muß. Wenn sie unterliegt, resultiert also aus den nebeneinander existierenden, verschiedenen Rechtsnormen ein *soziales Loch*. In diesem sozialen Loch finden sich dann unter Umständen die Betroffenen wieder, wenn sie schließlich gänzlich ohne Hab und Gut da stehen.

### ***Wissensverlust in der ländlichen Subsistenzwirtschaft***

Insbesondere im ländlichen Bereich läßt sich ein weiteres Problemfeld ausmachen, das mit dem Aufwachsen von immer mehr Kindern ohne ihre eigenen Eltern - oder gar in Institutionen - einhergeht. Aus dem frühen Ableben der Elterngeneration durch AIDS folgt ein dramatischer Wissensverlust. Viele Eltern haben aufgrund des Alters ihrer Kinder zu ihren Lebzeiten bzw. vor dem Ausbruch von AIDS-bedingten Erkrankungen nicht mehr realisieren können, ihren Kindern das notwendige Wissen um die richtigen Techniken subsistenter Landwirtschaft und Ernährungssicherung, Vorratshaltung, Umgang mit Krisensituationen, ausgeglichener Ernährung etc. mitgeben zu können. In der vernakulären Sozialordnung wurden die Kinder schon früh an die sie später erwartenden Aufgaben herangeführt. Sie halfen bei der Verrichtung der täglichen Hausarbeit im *eumbo* (Mädchen) und auf dem Feld oder hüteten das Vieh (Jungen). Dabei wurde ihnen automatisch auch das nötige Wissen über die Zusammenhänge der Subsistenzwirtschaft weitergegeben. Bei dem hoch komplexen System des Anbaus unter schwierigen Bewässerungsbedingungen im Ovamboland ist beispielsweise das Wissen über den richtigen Zeitpunkt der Feldvorbereitungen und der Aussaat erheblich, da dieser angesichts der variablen Regenfälle über das Wachstum der Pflanzen und dem Umfang der Ernte entscheidet. Durch die ablaufenden Prozesse des Kulturwandels (Verstädterung, Abkehr von der Subsistenzwirtschaft etc.) findet diese Wissensweitergabe ohnehin nicht mehr auf breiter Basis statt. Durch die todesfallbedingte Ausdünnung der generationalen Wissensweitergabe von Eltern auf die Kinder wird dieser Prozeß beschleunigt. Ältere Gewährspersonen wissen zu berichten, wie der Stand der Sterne die richtige Uhrzeit anzeigt, um zu Beginn der arbeitsreichen Regenzeit rechtzeitig vor

Sonnenaufgang auf das Feld zu gehen oder aber die Jahreszeiten richtig abzulesen (Feldnotizen V/2003; Interview IV/23). Solche Wissensbestände sind bei der jüngeren Generation in Nordnamibia schon heute nicht mehr anzutreffen.



**Abbildung: Schematische Zusammenschau der Folgen von AIDS in der Familie**

## 6. Exkurs: Präventionsprogramme und ihr Scheitern

"... this disease was like the design of the perfect killer because you know it is linked to love, which is a need for everybody especially in this loveless world. [...] [Prevention] is like telling people: "Ey, stop loving!" " (Interview III/09 (2001): 19)

Der potenzielle Erfolg von Prävention ist aufs Engste verknüpft mit den sozialen Voraussetzungen der AIDS-Epidemie und den kulturellen Gegebenheiten, auf welche Präventionsbemühungen treffen. In diesem Kapitel soll untersucht werden, warum die zahlreichen Präventionsprogramme, die derzeit in Namibia implementiert sind, bislang nicht in dem Maße erfolgreich waren, wie dies intendiert ist - welche kulturspezifischen Faktoren eventuell ein Scheitern von Prävention forcieren. Da dies jenseits der eigentlichen Fragestellung (was die sozialen Folgen einer HIV-Infektion sind) geschieht, die Betrachtung dieses Punkts aber für das umfassende Verständnis der sozialen Implikationen der AIDS-Epidemie unerlässlich ist, ist hier die Form eines Exkurses gewählt.

Die gewaltigen HIV-Prävalenzraten haben in Namibia eine lawinenartige Zunahme an Aufklärungskampagnen und Aktionsprogrammen ausgelöst. Ein massiver Einsatz eines zunehmend durchorganisierten Komplexes aus staatlichen Organisationen, Institutionen der Entwicklungszusammenarbeit, Nichtregierungsorganisationen, Kirchen und Stiftungen ist zu verzeichnen. Suzette Heald spricht - am Beispiel von Botswana - sogar von einer sich formierenden *AIDS-Industrie* (Heald 2001). Da es bisher weder eine Impfung noch eine (für afrikanische Verhältnisse finanzierbare) Therapie gibt, ist die Vermeidung einer Infektion - die Verhaltensprävention - die dominante Bekämpfungsstrategie gegen HIV und AIDS. Doch die Erfolge sind, gemessen an den weiter steigenden Prävalenzraten, gering. Trotz vielfältiger Präventionsprogramme, Broschüren, Plakate, Radio- und Fernsehspots, Straßentheater und Aufklärungsworkshops greifen die Bemühungen offenbar nicht: Die Zahl der Infizierten nimmt weiter zu.

Man kann die massenmedial vermittelte Verhaltensprävention als Werbung verstehen, da sie alle Merkmale aufweist, die auch Wirtschaftswerbung charakterisiert. Ich bezeichne sie daher im Folgenden als Präventionswerbung: Ziel

von Werbung ist die planmäßige Beeinflussung von Personen (oder Personengruppen), um bestimmte - freiwillige - Verhaltensweisen (Handlungen, Kaufentscheidungen, Unterlassungen etc.) zu erzielen. Werbung verdichtet und spiegelt dabei in der Regel Struktur und Kultur von Gesellschaft wider - gelegentlich ist sie gar als "wesentliche Ausdrucksform der modernen Kultur" gedeutet worden (Leiss et al. 1986). Sie bedient sich als Medium vor allem professioneller Medienerzeugnisse wie Printanzeigen, Hörfunk- und Fernsehspots oder Werbetafeln und -plakate.

## 6.1 Namibische Präventionskampagnen

Es gibt mittlerweile eine Vielzahl an verschiedenen Programmen und eine entsprechende Vielzahl an Medien, derer sich diese Kampagnen bedienen: Straßentheater, Fernseh- und Hörfunkspots, Anzeigenwerbung, Workshops, Werbetafeln, Broschüren, Handzettel, usw. Drei Präventionskampagnen, die ihre Zielgruppe mittels massenmedialer Kommunikationskanäle zu erreichen suchen, seien hier beispielhaft vorgestellt<sup>262</sup>:

### *Werbetafeln*

Es gibt zahlreiche große Werbetafeln, die sich in den größeren Städten, wie der Hauptstadt Windhoek, dem städtischem Zentrum des bevölkerungsreichen Nordens Oshakati, auf Überlandstraßen und in der Nähe bzw. auf dem Gelände staatlicher Gesundheitseinrichtungen finden. Eine auf diesen Schildern gängige Botschaft ist die des "ABC - Abstain, Be Faithful, Condomise"<sup>263</sup>. Eine solche Tafel findet sich beispielsweise auf der Haupteinfahrtstraße nach Katutura. Unter einem Werbeplakat, auf dem ein Bild eines mit riesiger Musikanlage ausgestatteten VW-Käfers zu sehen ist, mit dem für einen nationalen Radiosender geworben wird, findet sich eine etwa

---

<sup>262</sup> Neben diesen massenmedialen Kampagnen (Primärprävention) gibt es mittlerweile - und insbesondere in der Zeit seit 2002 entstanden - auch Kampagnen, die anders angelegt sind und sich der persönlichen Kommunikation (wie die "Stepping-Stones"-Projekte von UNICEF mit Jugendlichen oder auch das Counselling in den "New-Start"-Centern), dem sogenannten *Edutainment* (wie beispielsweise eine Comicbeilage des *Namibian*, die versucht zu HIV/AIDS aufzuklären) oder dem Konzept des *Social Marketing* (wie die "Cool-Ryder"-Kondome etc.) bedienen. Diese seien hier - der vollständigen Betrachtung des Präventionsbereichs halber - erwähnt.

<sup>263</sup> Sei Abstinenz, sei Treu, benutze Kondome!



zweieinhalb mal fünf Meter große Werbefläche, auf der in großen geblockten roten Lettern "AIDS IS REAL!" zu lesen ist.<sup>264</sup> Darunter sind die aktuellen HIV/AIDS-Zahlen der Region ("Khomas Region - Jan - Oct. 2000:") verzeichnet:

"People who are infected with HIV - 3.711

AIDS Patients in Hospitals - 1.038

People who died from AIDS - 301"

Darunter steht in geblockten Buchstaben:

"PROTECT YOURSELF AS FOLLOW:

A - ABSTAIN FROM SEX

B - BE FAITHFUL TO A FAITHFUL SEXUAL PARTNER

C - USE CONDOMS EVERY TIME YOU HAVE SEX"



**Abbildung: AIDS-Präventionswerbung in Katutura (Foto: Rompel)**

Das primäre Anliegen der Macher dieser Werbetafel ist offenbar, darauf hinzuweisen, daß AIDS wirklich existiert - *AIDS is real*. Damit wird auf die Tatsache Bezug genommen, daß einerseits HIV und AIDS im Alltagsdiskurs der Bevölkerung vielfach beschwiegen wird und mit vielerlei Tabus belegt ist<sup>265</sup>. Andererseits sterben von AIDS Betroffene ja tatsächlich nicht an der Immunschwächekrankheit selbst, sondern an sogenannten opportunistischen Folgeinfektionen (wie Tuberkulose,

<sup>264</sup> Diese Plakate waren bis Anfang 2002 montiert, mittlerweile finden sich hier andere Präventionsplakate.

<sup>265</sup> Zum Begriff *Tabu* vgl. Kapitel 7.2, Fußnote 284.

Lungenentzündung etc.), die die in Folge von AIDS geschwächte körpereigene Immunabwehr nicht mehr bewältigen kann.<sup>266</sup>

Darüber hinaus werden Hinweise auf Präventionsmöglichkeiten gegeben ("ABC"), auf die im Weiteren einzugehen ist.

### ***Zeitungsanzeigen***

Die "Namibian HIV & AIDS Media Campaign", ein Zusammenschluß der großen im Bereich der HIV-Prävention tätigen NGOs, Entwicklungsprogramme und staatlichen Stellen, hat unter dem Motto "take control!" eine Anzeigenkampagne ins Leben gerufen. Auf ganzseitigen zweifarbigen Printanzeigen wird in namibischen Tageszeitungen für Prävention geworben. So sieht man beispielsweise auf einem Foto im Zentrum einer solchen Anzeige zwei weibliche Jugendliche gemeinsam in eine Broschüre mit dem Aufdruck "Safer Sex" blicken. In dieses Schwarzweissbild ist in roten Buchstaben eingedruckt: "Abstain from sex, be faithful to a non-infected and mutually faithful partner, or use a Condom." Weiter unten, ebenfalls im Bildbereich, steht in weißer Schrift: "Talk about it - it's your choice!" Unterhalb des Bildes findet sich auf rotem Grund ein Textblock, in dem das *Präventions-ABC* weiter ausgeführt ist und die einzelnen Punkte (*abstinence, faithfulness, condom-use*) näher erklärt sind. Unterhalb dieses Textblocks, im unteren Viertel der Anzeige, findet sich das Logo der Take-Control-Kampagne mit einigen Telefonnummern, unter denen weitere Informationen und Konsultation angeboten werden.

---

<sup>266</sup> Vgl. Kapitel 3.

**Abstain from penetrative sex, Be faithful to a non-infected and mutually faithful partner, or use a Condom.**

**Talk about it - it's your choice!**

**A** Many young people in Namibia have decided to wait to have sex until they find someone whom they love and care for. For some this means saying no to sex until they are married or decide to live with the partner of their choice. Saying no to sex is the safest way to protect oneself from HIV infection. Young people need sexual health information and skills to address peer pressure to be able to say no to sex. This is easier with the support of family, friends and the community. **Saying no to sex is abstaining from sex. Abstaining or delaying sexual activity is the most effective way to avoid HIV infection.**

**B** When a person chooses the right partner and time to have sex, he/she needs to know that they are both not infected by HIV. Only an HIV test can show if someone is infected. If both have taken an HIV test and both are not infected by HIV, then being faithful to each other will protect both from HIV infection. **This means only having sex with each other - nobody else. This is being faithful to a non-infected and mutually faithful partner.**

**C** Many other people choose to protect themselves from HIV infection by using a condom every time they have vaginal, anal and oral sex. Before having sex, partners should discuss and agree that they will use a condom. A condom must be used properly. If a partner refuses to use a condom, it means that they will have unsafe sex. This puts them both at risk of becoming infected with HIV. Everyone has the right to say no to unsafe sex. **The use of a condom can protect those who are sexually active from HIV infection.**

**take control!**  
NAMIBIAN HIV & AIDS MEDIA CAMPAIGN

For further information, write to Question line, PO Box 1706, Windhoek, e-mail: qline@un.na  
Or call: Lifeline/Childline at Tel. (061) 23 22 21  
Or contact: your nearest Youth Office, or the Multipurpose Youth Centre for counselling services or information on the My Future is My Choice programme.  
Find out more from Tel. (091) 204 6111.  
For more information on services, contact your nearest health facility.

**Abbildung: AIDS-Präventionswerbung in der Tageszeitung *The Namibian***

### ***Flyer***

Ebenfalls als Teil der Take-Control-Kampagne ist landesweit eine Broschüre in Jugendzentren ausgelegt, die sich speziell an Heranwachsende richtet: "A young persons guide to SAFER SEX and HIV/AIDS prevention"<sup>267</sup>. In diesem Heft wird im DIN-A5-Format auf acht Seiten für HIV/AIDS-Prävention geworben: Auf der ersten Seite wird auf die medizinischen Hintergründe und Symptome von sexuell-übertragbaren Krankheiten im allgemeinen und eine Erklärung von HIV und AIDS und der Übertragungswege eingegangen. Auf der nächsten Seite wird dargestellt, wie das HI-Virus nicht übertragen werden kann. Dabei wird Verhaltensprävention als einziger Weg des Selbstschutzes unterstrichen ("There is NO vaccine to protect you from HIV. There is no cure for AIDS. The only way to prevent HIV is to avoid

<sup>267</sup> Hervorhebungen sind jeweils aus dem Originaltext übernommen.

getting infected in the first place!"). Die dritte Seite geht auf Strategien des Selbstschutzes ein ("How can I PROTECT myself from HIV?"). Dazu werden die schon oben dargestellten Optionen ("ABC") vorgestellt ("Here are three options to avoid HIV infection ... IT'S YOUR CHOICE!"). Allerdings werden diese in anderer Reihenfolge als bei den oben beschriebenen Beispielen dargestellt. Als erste Option wird die Kondombenutzung vorgestellt ("Have safer sex ... use a condom"), dann Abstinenz ("Say no to sex") und schließlich Treue ("Be Faithful"). Es folgt eine Beschreibung der korrekten Anwendung von Kondomen auf der folgenden Seite. Die fünfte und sechste Seite beschäftigt sich mit der Problematik von Alkohol in Zusammenhang mit Kondombenutzung ("Some people say that when they drink they forget about condoms, HIV and other STD's, but this is how getting drunk can get you into BIG TROUBLE!"). Abschließend werden auf der letzten Seite Tips zum Umgang mit der Vermutung einer eigenen Infektion gegeben und zu einem freiwilligen Test aufgefordert. Der Aufforderung zum Test liegt die Annahme zugrunde, daß man im Wissen um eine eigene Infektion das Virus nicht willentlich an andere weitergibt und man bei einem Negativ-Test bestrebt ist, seinen nichtinfizierten Status - mittels Vorsorge - zu erhalten.

Ich will versuchen, einige Gemeinsamkeiten der hier dargestellten Präventionswerbungen zu analysieren. Die Beispiele können dabei als stellvertretend für den gesamten Bereich der Thematisierung von HIV und AIDS im öffentlichen Raum verstanden werden. In allen dargestellten Beispielen wird auf das "Präventions-ABC" Bezug genommen. Ist Prävention wirklich so einfach wie das ABC?

## 6.2 Probleme in der Umsetzung des Präventionskonzepts

Alle hier vorgestellten Beispiele und Botschaften zielen auf die Verinnerlichung von präventiven Verhaltensweisen zum Zwecke der Vermeidung einer Infektion mit dem HI-Virus. Das dem zugrundeliegende Präventionskonzept ist aber nicht unproblematisch, wie hier zu zeigen ist.

### ***Risikoabstraktion***

Zunächst muß festgehalten werden, daß auch in Europa Präventionskampagnen nur partiell erfolgreich sind, sei es gegen Alkohol, Rauchen oder zu schnelles Fahren. Prävention - so möchte man sagen - ist auch hierzulande kein Erfolgsmodell. Das Problem, mit dem alle Präventionskampagnen zu kämpfen haben, ist die Risikoabstraktion und damit die Schwierigkeit, daß ein Individuum beim aktuellen Handeln mögliche Folgen, die in ferner Zukunft liegen, berücksichtigen muß. Dies ist umso schwieriger, je zeitlich entfernter die möglichen Folgen liegen und je unklarer die tatsächliche Gefährdung ist. Im Fall von HIV liegen die Folgen einer Infektion (mit dem Ausbruch des Krankheitsstadiums der Immunschwäche AIDS) statistisch gesehen durchschnittlich fünf bis acht Jahre in der Zukunft,<sup>268</sup> wobei im Einzelfall jeweils unklar ist, wie hoch die Infektionswahrscheinlichkeit überhaupt ist - führt doch nicht jeder ungeschützte Sexualkontakt zu einer Infektion. So steckt sich niemand mit dem Virus *nötigerweise* an, aber jedermann infiziert sich *möglicherweise*. Zudem ist der Virus unsichtbar und entzieht sich, ebenso wie die Infektion, einer sinnlichen Wahrnehmung.

### ***Verwundbarkeit***

Aus dem Umstand, daß die Folgen einer potenziellen HIV-Infektion weit in der Zukunft liegen, resultiert auch die Tatsache, daß Personen, die sich in schwierigen sozialen oder ökonomischen Verhältnissen befinden, unter Umständen in Kauf nehmen (müssen), sich zu infizieren, um in der aktuellen Lage ihr Überleben zu sichern. Sie würden dann also durchaus Entscheidungen treffen, die angesichts ihrer

---

<sup>268</sup> Vgl. Kapitel 2.1.

aktuellen Lage und kurzfristig betrachtet durchaus rational sind, auch wenn sie langfristig irrational sind (weil etwa die mögliche Infektion mit HIV in Kauf genommen wird). So kann es durchaus vorkommen, daß Einzelne bewußt eine HIV-Infektion riskieren, da es kurzfristig die einzige Möglichkeit ist, das eigene Auskommen zu gewährleisten.

Diese Bedingungen, die Einzelne aufgrund ihrer sozialen oder ökonomischen Lage verwundbarer machen als andere, werden gewöhnlich als Risikoumgebung (*risk environment*) bezeichnet (Barnett, Whiteside 2002: 84). Als ein solches *risk environment* ist beispielsweise die Situation in einem *squattercamp* in Katutura zu kennzeichnen, in dem keine Vorratshaltung betrieben werden kann, eine Abhängigkeit von Mechanismen der Geldwirtschaft besteht etc.

Zu dieser universellen Problematik, die zum Scheitern von Präventionswerbung beitragen kann, kommen weitere Schwierigkeiten, die eher in möglichen kulturellen Brüchen zwischen westlichen und afrikanischen Vorstellungswelten liegen.

### ***Kulturspezifische Prämissen der Präventionsidee (Rationalität - Gesundheit - Zukunft)***

Die Präventionsidee beruht auf der Vorstellung, eine spezifische gesundheitliche Schädigung durch gezielte Handlungen schon im Vorfeld verhindern zu können. Daß man also durch eigenes Handeln (Vorsorge) in seine Zukunft eingreifen könne, die eigene Zukunft gleichsam in der Hand des Individuums läge, das einzelne Subjekt seine Zukunft bestimmen und in Besitz nehmen könne. Prävention setzt damit den Glauben an eine individuell beeinflussbare Zukunft voraus. Das rational abwägende Individuum soll sich dabei aufgrund der ihm zur Verfügung stehenden Informationen für das als förderlich etikettierte Verhalten entscheiden (Offe 2001). Man muß davon ausgehen, daß diese Axiome der Präventionsidee in den vergangenen Jahrhunderten in den westlichen Gesellschaften entstanden sind. Grundannahme für den Export dieses Paradigmas in andere kulturelle Zusammenhänge ist die These, daß Prävention eine universal implementierbare Strategie sei. Diese Annahme der universalistischen Gültigkeit der Präventionsidee kann jedoch nicht als erwiesen gelten.

In den westlichen Gesellschaften hat die Prävention von Krankheiten mit dem Ziel der Erhaltung der individuellen Gesundheit einen hohen normativen Wert und ist positiv sanktioniert. Der Prävention liegt eine Aufladung des Werts individueller Gesundheit zugrunde.

Darüber hinaus wird die Kontrolle des Körpers mittels Vernunft vorausgesetzt. Prävention beruht also weiterhin auf rationalem Handeln. Nur auf der Grundlage eines vorausgesetzten rationalen Abwägens des hoch bewerteten Gutes Gesundheit, der angenommenen Beherrsch- und Steuerbarkeit sexueller Vorgänge und der möglichen individuellen Umsetzbarkeit der eigenen Einsicht ist Prävention denkbar.<sup>269</sup>

Weiterhin impliziert die Prävention eine Ausdeutung des Zukünftigen. In den westlichen Gesellschaften kann man von einer Kolonisierung der Zukunft sprechen. Elisabeth Beck-Gernsheim erkennt gar einen "Zwang zur Zukunft" (Beck-Gernsheim 1994). Dies spiegelt sich im individuellen Wunsch nach *Sicherheit* und *Absicherung* wieder, der sich hierzulande empirisch u.a. in einem großen Marktanteil von Versicherungen ablesen läßt.

Die Bedeutung von Zukunft läßt sich auch auf das monochrome Zeitkonzept westlicher Gesellschaften zurückführen, dessen Leitmotiv die Linearität ist. Demzufolge ist Zeit eine naturgegebene (und damit vom Menschen nicht zu beeinflussende) Kategorie, die linear aus der Vergangenheit in die Zukunft verläuft und die mit Ereignissen (oder individualistisch gesprochen mit Biografie) gleichsam aufgefüllt werden kann (Pfleiderer 1995: 192). Nur dieses Axiom eines als unendlich, naturgesetzhaft und unumstößlich sicher vorgestellten Ablaufs von Zeit ist die Grundlage für die Vorstellung, daß Zukunft determiniert ist, auch wenn der *Inhalt* variieren kann. Die Entstehungsgeschichte und -bedingungen dieser

---

<sup>269</sup> Diese Annahme findet sich auch im *Health-Belief-Model* (Becker 1974) wieder, auf dem weite Teile der modernen Gesundheitswissenschaft beruhen. Das Modell wurde in den 50er Jahren des zwanzigsten Jahrhunderts entwickelt und geht davon aus, daß Verhaltensentscheidungen mit dem Rückgriff auf individuelles Wissen, Einstellungen und Einschätzungen (*knowledge, attitudes and beliefs* = KAB, vgl. KAB/KABP-Studien, Kapitel 1.1.2) getroffen werden. Die Theorie fußt auf der Annahme, daß das Subjekt rational handelt und Verhalten unter individueller Kontrolle stattfindet. Weitere Theorien der Verhaltensänderung, die auf der gleichen Logik basieren, und auf die sich Programme der Gesundheitskommunikation beziehen, sind die *Theory of Reasoned Action* (Fishbein et al. 1975) und die *Kognitionstheorie* (Bandura 1986).

Es liegt auf der Hand, daß Programme, die in dieser Überlegung wurzeln, ein eingeschränktes Verständnis von Sexualität haben, das eher die einfachen Perspektiven experimenteller Psychologie reflektiert, als daß es die komplexen Realitäten menschlicher Sexualität in ihren sozialen und kulturellen Dimensionen fassen kann. Dies gilt insbesondere für Regionen, wo Entscheidungen nicht aus individualistischen, sondern aus stärker gruppenbezogenen Konzepten von *Person* erwachsen (vgl. Barnett, Whiteside 2002: 75; Airhihenbuwa et al. 2000: 7-8).

westlichen Konzeptionalisierungen von Zeit und Zukunft kann hier nicht weiter verfolgt werden. Es kann aber festgehalten werden, daß die Faktoren vermutlich in hohem Maße mit dem geschichtlich einmaligen Prozeß der Herausbildung einer industriekapitalistischen Produktionsweise<sup>270</sup> und dem Anbruch des in den Sozialwissenschaften gemeinhin als *Moderne* gekennzeichneten Prozesses verknüpft sind.

Die Präventionsidee setzt also die hohe Bewertung von Gesundheit - verknüpft mit dem Glauben an eine individuell steuerbare Zukunft<sup>271</sup> - und eine rationale Verfügung über den Körper des individualistisch und autonom handelnden Subjekts voraus; soviel ist festzuhalten. Das Individuum muß sich (in Kategorien der Prävention gedacht) von Bezügen zu anderen lösen, um im Dienst des eigenen zukünftigen Seins für das heutige Verhalten Verantwortung zu übernehmen. Die Gegenwart ist damit nicht auf die Vergangenheit ausgerichtet (und/oder orientiert sich wie in der traditionellen afrikanischen Kosmologie an den Ahnen), sondern sie ist auf die eigene Zukunft ausgerichtet.

Die Voraussetzung für eine solche Konstruktion ist eine hohe Individualisierung, die mit kulturellen Vorstellungen, wie man sie in afrikanischen Kontexten findet (und die sich in einem Verständnis von kollektiver Eingebundenheit in die Familie, die Reihe der Ahnen usw. ausdrückt), zunächst einmal nicht vereinbar - in jenen Kategorien vielleicht sogar als unanständig zu begreifen wären. Airhihenbuwa stellt in diesem Sinne fest:

"Western cultures, to varying degrees, tend to view the self as a Production of the individual, whereas many other cultures view the self as a Production of the family, community, and other environmental influences for which we do not have, nor desire, total control."

(Airhihenbuwa et al. 2000: 11)

Präventionskampagnen setzen demnach Konzepte und Planungsgewohnheiten voraus, die so nicht vorhanden sein müssen. Es bleibt festzustellen, daß die Annahme, Prävention sei ein universalistisches Konzept und der Transfer von

---

<sup>270</sup> Kößler weist darauf hin: "Die Entbettung der Ökonomie, ihre Herauslösung aus gesellschaftlichen Kontrollen und Einschränkungen [...] ließ die Vorsorge für die Zukunft zu einem akuten, individuell zu meisternden Problem werden. ... Zukunft wurde so zum Gegenstand systematischer und rationalisierter, wenn auch sicherlich nicht immer effizienter Sicherheitsstrategien." (Kößler 1998: 12). Verschiedene andere Autoren sehen die Grundlage dieses spezifischen Umgangs mit der Zeit grundlegender im "judäo-christlichen Mythos mit seinem fortlaufendem Erlösungsdenken" (Pfleiderer 1995: 194).

<sup>271</sup> Das oben dargestellte Motto der namibischen Medienkampagne "take control!" verdichtet anschaulich die Präsumpion, daß Zukunft gestaltbar sei mit der Aufforderung, in den Verlauf dieser Zukunft aktiv einzugreifen.



westlichen Präventionsstrategien nach Afrika sei per se möglich und erfolgreich, angesichts der skizzierten Überlegungen und dem (partiellen) Scheitern von Präventionswerbung zumindest unwahrscheinlich ist.<sup>272</sup>

Aus dem bisher Geschilderten erwachsen Fragen in Bezug auf den Entwurf der Präventionswerbung; zudem lassen sich Spekulationen zur Rezeption dieser Werbebotschaften im namibischen Kontext anstellen: Goffman bemerkt, daß Werbung als teleologische Verdichtung *primärer* Alltagswirklichkeit verstanden werden kann (Goffman 1981). Werbung greift also auf gemeinsam geteilte Wissensbestände und Sinnstrukturen zurück. "In ihr und mit ihr, d.h. mit organisierten Sinnselektionen, Sinntransformationen und Sinnfiktionen, reproduzieren sich wiederum kulturelle Grundlagen der Gesellschaft, ..." (Willems 1999: 115). Wenn aber - wie gezeigt - schon das Grundkonzept (Prävention) zunächst ein abendländisch (d.h. in den industriekapitalistischen Gesellschaften) gewachsenes ist, von dem aus nicht geschlossen werden kann, daß es als universalistisch (und damit auch in anderen Gesellschaften wie den postkolonial-afrikanischen erfolgreich implementierbar) zu begreifen ist, entstehen Fragen zur vorausgesetzten Billigung der Werbebotschaften. Es steht zu vermuten, daß es einen massiven kulturellen Bruch zwischen den Botschaften und der intendierten Wirkung der Macher der Präventionskampagnen (die zum Großteil aus dem Bereich der Entwicklungszusammenarbeit, damit zumeist aus dem Ländern des Westens stammen) und der Aufnahme dieser Botschaften durch die Rezipienten (die kulturell im postkolonialen Namibia verwurzelt sind) gibt. Diese vermutbaren Kulturbrüche lassen sich auch - wie zu zeigen ist - an anderen Strukturelementen der Präventionswerbung festmachen.

Darüber hinaus kann aufgrund der oben dargelegten Tabuisierung von AIDS in der Öffentlichkeit in Bezug auf die Präventionswerbung angenommen werden, daß diese kaum öffentlich diskutiert wird, oder als Diskursimpuls dient, sondern tendenziell vom einzelnen Individuum aufgenommen wird ohne interindividuell diskutiert und rezipiert zu werden. Dies spiegelt sich insofern in der Präventionswerbung wider, als daß diese soziale Bezüge vollkommen ausblendet.

---

<sup>272</sup> Dabei ist festzuhalten, daß die hier dargelegten Faktoren *mögliche* Gründe für das Scheitern von Präventionsprogrammen sind. Es wird keine notwendige Kausalität unterstellt. Man könnte vielleicht von Problemfeldern für massenmedial vermittelte *Health Communication* bzw. Prävention sprechen.

### ***Technische Verkürzung und Vernachlässigung von Beziehungsaspekten***

Die hier betrachtete Präventionswerbung ist weitgehend auf die technischen Aspekte der Infektionsverhütung reduziert und blendet kommunikative und soziale Bezüge aus. In der dargestellten Broschüre für Jugendliche (Flyer) wird nicht etwa darauf eingegangen, wie denn die Benutzung von Kondomen (oder Abstinenz) mit dem jeweiligen Partner besprechbar ist. Die Problematik der potenziellen HIV-Infektion wird auf den *Vorgang* des Geschlechtsverkehrs verengt.<sup>273</sup> In den Präventionsbotschaften wird auf Sexualität ausschließlich als technischem Vorgang Bezug genommen. Die Einbindung von Geschlechtsverkehr in Beziehungen und soziale Bezüge wird vernachlässigt. In den realen sozialen Machtverhältnissen und Rollenbeziehungen, die individuelles Handeln determinieren, spielen aber gerade diese sozialen Strukturen eine bedeutende - wenn nicht die entscheidende Rolle. Handeln und Denken der Individuen wird von ihren jeweiligen sozialen Beziehungen geprägt, die in Form von Interdependenzen, Abhängigkeiten und Machtbeziehungen auf Entscheidungsspielräume und das Handeln einwirken. So haben - wie schon zuvor ausgeführt - insbesondere viele Frauen gegenüber Männern oftmals überhaupt keine Möglichkeit ein "Nein" zum Geschlechtsverkehr zu formulieren. Andererseits wäre die Forderung nach Kondomgebrauch ein ausgesprochener Untreuevorwurf, weswegen sie unterbleibt.

Auch andere Momente, wie die ökonomische Abhängigkeit von Frauen (vgl. das *sugar-daddie*-Phänomen) oder die Betrachtung von Cofaktoren der Ausbreitung, wie Alkohol, werden in den Präventionsbotschaften nicht reflektiert.

Im Rahmen der Kampagnen findet keinerlei Debatte über diese sozialen Dimensionen von AIDS statt. Die emotionalen und über-individuellen Konsequenzen und Dramen von AIDS in Familien, Freundschaften und Beziehungen werden ebensowenig thematisiert wie die möglichen Einflüsse von Interdependenzen, Abhängigkeiten und Machtstrukturen auf individuelles Handeln. Der Blickwinkel reduziert sich auf das einzelne Individuum und seine von der sozialen Welt abgetrennte Lebensplanung. Seine sozialen Netzwerke, Bezüge, Eingebundenheiten und Zwänge werden nicht zur Kenntnis genommen. Es wird vom individuell

---

<sup>273</sup> Dazu kommt die Tatsache, daß in den bisherigen Kampagnen ausschließlich auf heterosexuellen, *vaginal-penetrativen Geschlechtsverkehr* Bezug genommen wird, der damit mit *normalem* Geschlechtsverkehr gleichgesetzt wird. Damit wird angenommen, dies sei der einzig mögliche oder zumindest der hauptsächlich praktizierte Modus von Geschlechtsverkehr. Es gibt keine Differenzierung zwischen den verschiedenen anderen Möglichkeiten von Intimkontakten, die ja auch jeweils unterschiedliche HIV-Übertragungsrisiken mit sich bringen. (vgl. auch Talavera 2002: 17)

entscheidenden und handelnden Subjekt ausgegangen, das unabhängig von anderen oder äußeren Zwängen ist (seien diese sozialer oder ökonomischer Natur).

### ***Körperkonzepte***

In der Präventionswerbung in ihrer derzeitigen Gestalt wird eine Spaltung von Sexualität und Fruchtbarkeit vorausgesetzt, die einem westlichen Verständnis des *Konsumguts* Sexualität entspricht. Es wird angenommen, Geschlechtsverkehr sei überhaupt ohne fertile Bedeutung möglich. Damit wird an ein modernes Muster angeknüpft, in dessen Verständnis Sexualität nur im Ausnahmefall zu einer Schwangerschaft führt. In den vernakulären Lebenswelten des Südlichen Afrika läßt sich jedoch eine hochgradige soziale Erwünschtheit von Kindern lesen, die Fruchtbarkeit in den Vordergrund rückt. Man kann wohl davon ausgehen, daß in vielen Kulturen Sexualität und Fertilität auf das Engste miteinander verschmolzen waren und sind. Nye (1999) stellt fest:

"Ancient civilisation owed their survival to their ability to wrest a living from the soil. It is not surprising that they associated sexuality with reproduction and with general fertility of nature. [...] Linking penetration, procreation and the fertility of nature may be sound."

Kinder werden nicht als potenzielle Last oder Karriererisiko verstanden, sondern drücken - im Gegenteil - den Reichtum einer Familie oder den Status einer Person aus. Die Verhinderung von Nachwuchs (Verhütung) ist kein Ziel.

In diesem Sinne stellt eine Gewährsperson, die 13 Kinder hat, fest:

"So, you always feel lucky if there is a new child. [...] Always you make .. - if you make a child you feel happy."  
(Interview IV/20 (2003): 6)

Schon an anderer Stelle wurde auf den Dialog zwischen einer im urbanen Raum sozialisierten jungen Frau mit *modernem* Selbstverständnis und einem Kind (AN) und ihrer etwa gleichaltrigen Gesprächspartnerin aus dem ländlichen Ovamboland (SL) mit sieben Kindern eingegangen, der diesen Zusammenhang ebenfalls illustriert:

AN: "I think you should go for family planning. Don't you think you have enough children?"  
SL: "Children are never enough."  
(Feldnotizen VI/2003)

Dazu kommt der diametrale Widerspruch lokaler Vorstellungswelten mit der biomedizinischen Konstruktion von AIDS. So wird in manchen lokalen Konzeptionen dem Austausch von Körpersäften (wie er beim *richtigen* Geschlechtsverkehr stattfindet) eine reinigende Wirkung zugeschrieben, die lebenserhaltend und -erzeugend (nicht nur im Hinblick auf potenziellen Nachwuchs) - damit notwendig - ist.<sup>274</sup> Die biomedizinische Vorstellung von Geschlechtsverkehr impliziert hingegen, daß dieser potenziell gefährlich ist, da Schwangerschaft *droht* oder die Infektion (also Verunreinigung) mit HIV möglich ist. Diese Konzeptionen, die sich in der Präventionsforderung verdichten, beerben folglich abendländische Vorstellungen und Konstruktionen von Gesundheit und Muster der Körper- und Sexualitätskontrolle, die mit den lokalen Konzepten unter Umständen nicht vereinbar sind.

### ***Bilderlosigkeit und Kriegsmetapher***

Grundsätzlich hat die AIDS-Präventionswerbung mit dem Problem der Visualisierung zu kämpfen. Gerade für einen biologisch so hoch komplexen - und zudem für die menschlichen Sinne nicht wahrnehmbaren - Vorgang wie der, einer immunologischen Infektion oder eines Krankheitsausbruchs, gibt es wenig Bilder. Diese Bilderlosigkeit spiegelt sich in den oben dargestellten Präventionswerbungen wieder. Es gibt - neben technizistischen Abbildungen der korrekten Handhabung von Kondomen - keine Bilder, mit denen das Geschehen um AIDS adäquat visualisiert werden könnte. So findet sich in der Tafelwerbung nur ein sprachlicher Zugang zum Adressat und gar keine Bilder (s.o.). In der dargestellten Anzeige ist ein Foto abgebildet, das jedoch eine soziale Situation (eine Interaktion) zeigt, die ohne ihre Betitelung nicht auf einen Zusammenhang mit AIDS verweisen würde. Auch in dem Flyer finden sich Comics von kommunikativen Situationen, die nicht ausschließlich an das Geschehen um AIDS geknüpft sind (bzw. *technische* Hinweise zum korrekten Einsatz von Kondomen).

Je weniger prägende Bilder zur Darstellung des Geschehens um HIV und AIDS zur Verfügung stehen, umso mehr besteht die Chance für Metaphern, visuell nicht unterfütterte Sprachräume in Besitz zu nehmen. Die biomedizinische

---

<sup>274</sup> In anderen Sexualitäts-Konzepten, wie bei den Ovahimba und Ovaherero, ist die Tatsache, daß der männliche Samen wieder aus der weiblichen Vagina entfernt wird (wie bei der Kondombenutzung),

Konzeptionalisierung der Krankheit AIDS greift vor allem auf die Kriegsmetapher zurück: Der HI-Virus wird als *Eindringling* betrachtet, der vom körpereigenen Immunsystem *bekämpft* wird. Die *Bekämpfung* des Virus geschieht mittels der *Immunabwehr*. Die Krankheit AIDS wird als *Kampf* gegen den HI-Virus gedacht. "*Laßt uns zurückschlagen, laßt uns einen Krieg, einen totalen Krieg gegen HIV/AIDS erklären*" (Africa Recovery 2001), erklärte so Kenneth Kaunda - Sambias ehemaliger Präsident - auf dem afrikanischen Entwicklungsforum in Addis Abeba.<sup>275</sup>

Darüber hinaus kann eine hochgradig unterschiedliche Kulturgeschichte des Bildes und der Abbildung zwischen namibischen und westlichen Rezipienten unterstellt werden. Das Medium Bild in Form von Fotos und Fernsehen ist in Namibia wesentlich jünger als in Europa. Eine Nichtlesbarkeit der Bilder kann vermutet werden, wenn die abgebildeten Personen nicht in sozialen Bezügen dargestellt werden, also nicht als konkrete Person, sondern als Gattung (*Jugendlicher*) in Szene gesetzt sind. Dann ist für den Betrachter meist weder Name, Status noch Geschichte der Person erkennbar, ein für afrikanische Verhältnisse ungewohnter Bruch, der nur schwer erkennbar werden läßt, was mit den entsprechenden Abbildungen eigentlich gemeint ist.

### ***Sprachprobleme***

Ein grundsätzliches Kommunikationsproblem zeigt sich in der Wahl der Sprache der Präventionswerbung. Die Sprache aller hier vorgestellten Kampagnen ist Englisch. Englisch ist in Namibia zwar Amtssprache aber nicht die Alltagssprache der Bevölkerung, sondern für die überwiegende Mehrheit allenfalls die Zweitsprache. In Namibia finden sich elf verschiedene Sprachen, die sich zum Teil noch erheblich in unterschiedliche Dialekte differenzieren (Maho 1998). Damit stellt sich für die englischsprachigen Kampagnen das Erschwernis, daß sie sich nicht in der Muttersprache an die jeweiligen Zielgruppen wenden - Begriffe und Konzepte werden damit nicht notwendigerweise verstanden. Eine plakative Illustration für

---

kulturell nicht akzeptiert. So darf auch nicht außerhalb der weiblichen Vagina ejakuliert werden; Samen gehört in die weibliche Vagina. (Talavera 2002: 93)

<sup>275</sup> Vgl. zur Rolle der Kriegsmetapher auch Gronemeyer 2001b.

diese Tatsache ist das Ergebnis einer USAID-Studie<sup>276</sup>, die die potenziellen Mißverständnisse, die diese Sprachbarriere aufwirft, dokumentiert:

"Most young people believed "abstinence" meant "to be absent", and "faithfulness" meant faith in a religious sense, rather than being faithful to one sexual partner. [...] [The study] found that while the word "monogamy" was understood by only one-quarter, 75 percent had never heard the word."  
(UNIRIN 2003)

Kampagnen aber, die in die jeweilige afrikanische Sprache übersetzt werden, stehen darüber hinaus vor dem Problem, moderne Begriffe wie *Kondom* oder *Immunsystem* angemessen übersetzen zu müssen, für die es in der Regel keinen entsprechenden lokalen Wortschatz gibt.<sup>277</sup>

Ich habe in diesem Kapitel versucht zu verdeutlichen, welche kulturspezifischen Prämissen die Präventionswerbung in sich vereint und welche Brüche damit zwischen den Überlegungen der Macher und der Praxis der Rezipienten entsteht. Diese Diskrepanzen zwischen Erwartungen und lokalen kulturspezifischen Prämissen können wohl zumindest zu einem Teil für die Erklärung des (partiellen) Scheiterns der Präventionsprogramme herangezogen werden, das sich an anhaltenden Neuinfektionen ablesen läßt.

---

<sup>276</sup> Befragt wurden im Auftrag von USAID (United States Agency for International Development) 100 junge Namibier im Alter von 15 bis 25 Jahren durch die "Suzie and Shafa-Show" von Radio UNAM (University of Namibia).

<sup>277</sup> Und erst recht keine Entsprechung in den jeweiligen lokalen Medizinsystemen.

## **7. Die Makroebene - Debatten und Diskurse**

In der soziologischen Theoriebildung ist oft diskutiert worden, wie sich soziale Mikrophänomene auf der gesellschaftlichen Makroebene abbilden. In diesem Sinne gibt es selbstverständlich auch Rückkopplungsprozesse zwischen den in den vergangenen Kapiteln dargestellten Auswirkungen von HIV/AIDS für das Individuum (Mikroebene) und gesamtgesellschaftlichen Dynamiken (Makroebene). Dies wird nachfolgend im Hinblick auf die gesellschaftlichen Diskurse dargestellt (7.2).

Einleitend wird das erstaunliche Ausmaß der bislang vorfindbaren gesellschaftlichen Kohärenzkräfte der namibischen Gesellschaft angesichts der Folgen der AIDS-Epidemie beleuchtet. Dabei wird die Frage angerissen, inwieweit formale Institutionen zu einer Lösung der sich dennoch andeutenden Überlastungsphänomene beitragen können (7.1).

### **7.1 Kohärenzkräfte und die Notwendigkeit neuer Institutionen**

Bisher wurde in der Debatte um HIV und AIDS in Afrika nur zu gerne übersehen, in welchem Ausmaß die betroffenen Gesellschaften bisher die krisenhaften Phänomene aufzufangen imstande waren. Dies wurde nicht zuletzt im Rahmen dieser Untersuchung dargelegt. Tausende von AIDS-Waisen finden Unterkunft bei Verwandten (Namibia hat heute schon 82.000 AIDS-Waisen, und dies bei einer Gesamtbevölkerung von 1,8 Millionen Menschen (Namibian 2002c)), Kranke werden von ihren Angehörigen gepflegt, Essen wird geteilt, für sterbende Familienmitglieder wird Raum in der noch so kleinsten Vorstadthütte gefunden, die Feldarbeit auf dem Land wird für Kranke und die sie Pflegenden von Nachbarn mit erledigt. Auch unter schwierigsten finanziellen Bedingungen und Verschuldung wurde bislang immer noch für eine würdige Beerdigung gesorgt. Selbst wenn Teller und Trinkgefäße geliehen werden mußten, fand doch immer eine Begräbnisfeier statt.

Angesichts der Tatsache, daß die lokalen Sozialstrukturen seit der Ankunft der ersten Weißen in Namibia systematisch zerstört worden sind und seither ein Erosionsprozeß

vernakulärer Lebenswelten deutlich nachzuvollziehen ist<sup>278</sup>, verwundert es, wie umfangreich und gut familiäre Netzwerke bisher die Herausforderungen von ökonomischer Versorgung und immaterieller Fürsorge bewältigen konnten.

Und dennoch - zu diesen Geschichten, die von einer unglaublichen sozialen Stärke zeugen, treten in immer stärkerem Maße Phänomene, die von der Überschreitung der Grenzen der Belastbarkeit zeugen. Dies ist unter Bezugnahme der hier dargelegten Fallstudien nachvollziehbar. Wie in Kapitel 5 dargelegt, trifft dies insbesondere auf schon nicht mehr voll intakte soziale Strukturen zu. Hier wirkt AIDS zum Katalysator von Destruktionsprozessen: Wo ohnehin schon krisenhafte Zustände und Ausgrenzung zu verzeichnen waren, verschärft sich die Lage angesichts von AIDS.

Ein deutliches Beispiel für diese Überlastungsphänomene ist etwa die Geschichte von Heidimbi<sup>279</sup>. Diese Überforderung der Netzwerke der *extended family* ist allerorten spürbar. "Those African thing of extended family is coming to an end with AIDS" (Feldnotiz V/2003), formuliert es ein AIDS-Counsellor, der im Bereich von *Home-based-Care* tätig ist. Selbst wenn der Wille zu Hilfe und Unterstützung da ist, überschreitet mittlerweile die Notwendigkeit in vielen Situationen die Grenzen des Möglichen.

Einige Konsequenzen hieraus wurden in dieser Arbeit dargelegt:

- Etwa, daß sich viele - vor allem in den Städten - aus Angst vor der wachsenden Beanspruchung und Überforderung in ihre eigene Kleinfamilie zurückziehen und die Brücken zum Rest der Großfamilie kappen.
- Oder, daß gänzlich neue Familientypen entstehen. *Orphan-headed-households*<sup>280</sup>, von Waisen geführte Haushalte, in denen die Zurückgebliebenen nach dem Tod ihrer Eltern alleine für ihre Geschwister sorgen, sind keine Einzelfälle mehr.
- Das Aufkommen neuer Formen des Zusammenlebens läßt sich auch beobachten, wo sich Fremde zu neuen Notgemeinschaften zusammenschließen, um ihre

---

<sup>278</sup> Wie in Kapitel 4.5 dargelegt wurde, ist ja die epidemische Ausbreitung von AIDS in Namibia auch nur auf der Basis dieser Zerstörung vernakulärer Sozialstrukturen verstehbar.

<sup>279</sup> Vgl. Fallstudien in Kapitel 5.1.

<sup>280</sup> Wie schon zuvor ausgeführt, liegt es nahe, anstatt vom *child-headed-household* vom *orphan-headed-household* zu sprechen: In Nordnamibia ist es mittlerweile schon fast eine Normalität, daß der oder die älteste Waise den Rest der Geschwister versorgt ohne an einem anderen Ort einen eigenen Haushalt zu gründen. Er oder sie ist dann aber evtl. auch schon über 18 Jahre alt, wodurch man eigentlich nicht mehr von einem "*child*"-headed-household sprechen kann.



Existenz zu meistern, da aus der eigenen Familie niemand mehr zur Verfügung steht.

Dabei sind die Frauen diejenigen, die die größten Lasten zu tragen haben, aber auch die größten Risiken und Unsicherheiten. Frauen versorgen ihre Familienmitglieder - Söhne, Töchter, Enkelkinder und Ehemänner - wenn diese an der Immunschwäche oder opportunistischen Folgeinfektionen erkranken. Sie haben aber auch die geringeren Chancen einer formalen Beschäftigung nachzugehen; sind aber trotzdem einem höheren ökonomischen Risiko ausgesetzt und verwundbarer für eine HIV-Infektion.

Angesichts des geschilderten Drucks, der auf familialen Netzwerken liegt, tritt die sich andeutende Notwendigkeit von neuen gesellschaftlichen Institutionen mittlerweile offen zu Tage. Es drängen sich Fragen auf:

- Wer wird sich in Zukunft um die Kranken kümmern?
- Vom wem sollen die Sterbenden versorgt werden, wenn niemand aus der Verwandtschaft oder Nachbarschaft sich ihnen annimmt - annehmen kann?
- Wo sollen die 200.000 AIDS-Waisen (die es in Namibia im Jahre 2018 geben soll) unterkommen, wenn sie keine Familienangehörigen mehr haben, oder sich keiner um sie kümmern will?

### **Neue Institutionen?**

Die *policy* der namibischen Regierung war es bisher, auf formal verfaßte Institutionen wie Waisenhäuser und Hospize zu verzichten und die bestehenden informellen Strukturen, die bislang die soziale Absicherung gewährleisten, zu stützen - und das aus gutem Grund. Zum einen stellt sich die Frage der langfristigen Finanzierbarkeit von formal verfaßten Institutionen. Darüber hinaus ist es ein offenes Geheimnis, daß Institutionen ihren eigenen Bedarf generieren und die Tendenz haben, lokales Engagement und Selbsthilfe im Keim zu ersticken.

### **... zum Beispiel Home-based-Care**

Die Problematik der Überführung von sozialen Problemen in institutionelle Lösungen läßt sich am Beispiel von *Home-based-Care* verdeutlichen. Es liegt offen zu Tage, daß die wachsende Zahl an AIDS-Fällen ein Problem für das staatlich

verfaßte Gesundheitswesen darstellt. Große und vor allen Dingen wachsende Kapazitäten werden benötigt, um mit den vielen an opportunistischen Infektionen erkrankten AIDS-Patienten umzugehen. Viele Krankenhausbetten werden hierdurch belegt. Da scheint es naheliegend, die häusliche Versorgung als eine Lösung zu propagieren, gleichsam das eigene Heim als Verlängerung des Gesundheitssystems zu begreifen; zumindest für die Menschen, die sich im Endstadium befinden, der Phase, die die Mediziner als *full-blown-AIDS*, als volles Krankheitsbild, bezeichnen. In diesem Sinne empfiehlt auch die Weltgesundheitsorganisation (WHO): "Promote, through public health, the adoption of a paradigm in which the home is seen as an extension of the health-care system." (WHO 2002) Und man kann sich ja auch jenseits solcher gesundheitsplanerischen Überlegungen fragen, ob es nicht auch für den Kranken selbst schöner und angemessener ist, seine letzten Tage im häuslichen Umfeld, innerhalb seiner Familie, zu verbringen und von seinen Angehörigen versorgt zu werden, als in anonymer Atmosphäre in einem Krankenhaus zu sterben? Wie schon ausgeführt darf man sich die Funktionsweise dieses System der häuslichen Krankenpflege auch nicht wie die ambulante Versorgung eines Alten oder Kranken durch beispielsweise eine Sozialstation in Deutschland vorstellen. Wenn *Home-based-Care* gut funktioniert, geht es nicht nur um ein Auslagern des Kranken in sein heimisches Bett, während die gleiche medizinische Versorgung durch Pflegekräfte wie im Krankenhaus beibehalten wird. Vielmehr übt die Familie des Betroffenen die Pflege aus und wird hierzu angeleitet. Wenn der *Home-based-Care*-Pfleger zu der Familie kommt, unterstützt er die Familie oder den jeweiligen unmittelbar Versorgenden und leitet diese an, berät sie in Fragen der praktischen Pflege und hilft nicht zuletzt bei der psychosozialen und emotionalen Aufarbeitung des Krank-seins und Sterbens.

Aber auch in jenem Fall stellt sich nichtsdestoweniger die Frage der langfristigen Finanzierbarkeit. Sei der Ansatz noch so gut und der Versuch noch so gelungen, nicht die lokale Selbsthilfe und Eigeninitiative der Angehörigen zurückzudrängen, sondern sie zu fördern: Auf lange Sicht wird die Institutionalisierung jener unspektakulären Hilfe, die in der heimischen Pflege von AIDS-Kranken genauso selbstverständlich und allgegenwärtig ist wie vielerorts im afrikanischen Alltag, eine Entwertung - wenn nicht gar Zerstörung - der Fähigkeit oder Bereitschaft zur Selbsthilfe mit sich bringen. Wo institutionelle Helfer bereitstehen, wird individuelle

Hilfe ins Abseits gedrängt<sup>281</sup>. Damit wird eine Eigendynamik entstehen, die eine Nachfrage schaffen wird, die in Zukunft weniger befriedigt werden kann als heute, da die finanziellen Ressourcen nicht zur Verfügung stehen werden. (Eine weitere Frage angesichts begrenzter finanzieller Ressourcen ist, ob man die zur Verfügung stehenden Mittel nicht viel mehr zum Ausbau einer medikamentösen Therapie verwenden sollte, um somit den Ausbruch des Krankheitsvollbildes überhaupt hinauszuzögern und Leben zu retten.)

Aber all dies ist wohl kein Argument gegen *Home-based-Care*, gegen Institutionen wie Waisenhaus oder Hospiz, ist doch in vielen Fällen kein anderer Ausweg in Sicht - zumindest aber sei damit die Problematik jenes Weges benannt.



**Abbildung: Home-based-Care-Besuch eines Counsellors (links) bei einer kranken Frau (rechts) und ihrer Familie in Ovamboland (Foto: Rompel)**

Betrachtet man die einzelnen Schicksale derjenigen, die aus dem Netz der funktionierenden Versorgung herausgefallen sind, wie das von Heidimbi, so fragt man sich, welche Lebensläufe wohl aus einer solchen Sozialisation hervorgehen werden. Andererseits weiß man eben auch nicht, was man Kindern wie Heidimbi wünschen soll: Das Heranwachsen in einem Krankenhaus? Die Zukunft in einer Pflegefamilie neben zahlreichen anderen AIDS-Waisen? Das Leben in einem Waisenhaus mit professionellen Fürsorgern?

---

<sup>281</sup> Ivan Illich hat diese Dynamik an zahlreichen Beispielen aus Entwicklungsländern belegt. Vgl.

## 7.2 Diskurse

### 7.2.1 Vorbemerkung: "Katastrophe" oder "Krise"?

Angesichts der hohen Prävalenzraten in Namibia und der unmittelbaren Fassbarkeit des Phänomens in nahezu jeder Familie, liegt zunächst die Vermutung nahe, daß die HIV/AIDS-Problematik als das zentrale gesellschaftliche Problem konzeptionalisiert wird und somit auch im Alltagsdiskurs der Bevölkerung und in den Medien intensiv thematisiert wird.

Wie nachfolgend gezeigt wird, ist dies nicht der Fall. Die angesichts der vorliegenden quantitativ-empirischen Schätzungen (Prävalenzraten) und der Tatsache, daß Menschen in anwachsendem Maße krank werden und sterben, erwartbare Einschätzung, daß AIDS im Alltags- und Mediendiskurs als gesellschaftliche Katastrophe oder zumindest Krise gewertet wird, findet sich so nicht vor. AIDS wird zwar in unterschiedlichem Ausmaß als Problem wahrgenommen, aber nicht als *das* zentrale Problem. Ganz in diesem Sinne kann Whiteside (et al. 2002) feststellen, daß HIV/AIDS von den Menschen als Problem neben vielen anderen, wie Armut und Arbeitslosigkeit, gesehen und bewertet wird. Die Bürger Namibias sind besorgter über wachsende Armut und um sich greifende Arbeitslosigkeit, Kriminalität und Unsicherheit als denn über eine große, aber mehr oder wenig unsichtbare, Epidemie. Auf die Frage, was die wichtigsten gesellschaftlichen Probleme in Namibia sind<sup>282</sup>, antworteten 54% der Befragten "Job creation", 46% "Education", 21% "General Services", 18% "Health" und nur 14% "AIDS". (Whiteside 2002: 3, 27)

Die AIDS-Epidemie wird also keinesfalls als eine nationale Katastrophe angesehen oder so rezipiert. Sie wird allenfalls als krisenhaftes Phänomen betrachtet aber als jenes wohl eher auf der Ebene von Individuen, Familien und lokalen Gemeinschaften, denn auf der nationalstaatlichen Ebene.

Im folgenden soll analysiert werden welche Diskurse sich im Alltagsdiskurs der Bevölkerung und in den Medien vorfinden und wie dies interpretiert werden kann.

---

Illich 1970 (darin insbesondere: Geplante Armut als Frucht technischer Hilfe), 1978 u. 1988.

<sup>282</sup> Die Frage lautete: "What are the most important problems facing this country that government should address?" (Whiteside et al. 2002: 27).

### 7.2.2 Alltagsdiskurse

Es gibt eine allgemeine Ebene, auf der man mit fast jedermann über HIV und AIDS ins Gespräch kommen kann: *"Ja, es sei schon eine schreckliche Sache und es müsse einfach mehr getan werden ..."* ist der sinngemäße Inhalt einer jeden solchen Konversation. Wenn man aber versucht, auf persönliche Erfahrungen und Betroffenheiten zu sprechen zu kommen, wendet sich meist das Blatt. *"Man selbst habe damit natürlich nichts zu tun und auch in der eigenen Familie sei HIV oder AIDS noch nie vorgekommen."*<sup>283</sup>

In den Alltagsdiskursen der Bevölkerung ist die persönliche Rede über AIDS tabuisiert.<sup>284</sup> Das gängige Diskursmotiv ist AIDS als *Krankheit der anderen* zu konzeptionalisieren.<sup>285</sup>

Das Tabu, über die Krankheit zu sprechen, reflektiert sich auch in den Bezeichnungen von AIDS: Von "the disease" oder "the three-letter-illness" ist oft die Rede, selten nur wird HIV oder AIDS direkt benannt. In Oshivambo wird AIDS gar als "omukithi gwonena", das heißt übersetzt als "modern disease" oder "development disease" bezeichnet. Diese Etikettierungen folgen der Deutung, daß HIV/AIDS aufs Engste mit modernen Lebenszusammenhängen verknüpft sei - sie geben dem vagen Empfinden Raum, daß AIDS irgendetwas mit der Moderne zu tun hat.<sup>286</sup>

Folgt man dieser Deutung, kann man die These aufstellen, daß HIV und AIDS in den Alltagsdiskursen der Bevölkerung als ursächlich außerhalb der traditionellen

---

<sup>283</sup> Wie in Kapitel 5.2.1 dargelegt, findet man oft selbst innerhalb der betroffenen Familien keine offene Rede über die Infektion oder Krankheit von Familienmitgliedern.

In einer von Whiteside et al. durchgeführten Studie antworteten auf die Frage "Do you know of a close friend or relative who has died of AIDS?" 40% der befragten Namibier *JA*, 52% *NEIN*, der Rest wollte nicht antworten oder wusste nichts zu sagen. (Whiteside et al. 2002: 15)

<sup>284</sup> Der Begriff *Tabu* wird hier nicht in einem ethnologisch-kulturanthropologischen Verständnis verwendet, sondern als allgemeine Bezeichnung eines sozialen Verbots (hier, nicht in der Öffentlichkeit über eine persönliche Infektion zu sprechen). Es kann davon ausgegangen werden, daß sich dieses Tabu, seinen HIV-Status mitzuteilen aus verschiedenen Quellen speist: Die Scham, anderen einzugestehen, daß man infiziert ist; die Norm, nicht über Sexualität zu sprechen; die Angst, persönlich stigmatisiert und isoliert zu werden oder die Familie in Bedrängnis zu bringen; und ein sozialer Sinn, die Betroffenheit für sich zu behalten (wenn beispielsweise Versicherungen keine Beiträge an AIDS-Kranke auszahlen, dann ist es geradezu vernünftig zu schweigen und den eigenen Status für sich zu behalten). Man kann, anschließend an Bartlett, die Tabuisierung des Themas HIV/AIDS im Alltagsdiskurs als Versuch der Reduktion von potenziellen sozialen Konflikten verstehen (Bartlett 1923). Vgl. auch Seite 184.

<sup>285</sup> Vgl. auch Sontag 1989.

afrikanischen Lebenswelten verwurzelt gedacht werden. Die Überspitzung dieses Diskurses findet sich in der Erklärung von Staatspräsident Sam Nujoma, die Vereinigten Staaten hätten HIV/AIDS als Teil eines biologischen Waffenentwicklungsprogramms während des Vietnamkriegs entwickelt.<sup>287</sup>

" "I know who produced HIV-AIDS - the Americans." ... "During the Vietnam war, Nujoma charged, the United States created the killer virus and disease as part of a biological warfare programme. They then "tested some of it on homosexuals, some of whom slept with women". Thus started the HIV-AIDS epidemic, according to the President."  
(Namibian 2001a)

Susan Sontag hat diese Verknüpfung des Ursprungs von HIV/AIDS mit den entwickelten Ländern des Nordens im afrikanischen Diskurs folgendermaßen interpretiert: Der Rückzug auf Stereotype in der Diskussion um das Sexualverhalten von schwarzen Afrikanern in Europa und Nordamerika – das mit "sexueller Freizügigkeit" und "animalischer Promiskuität"<sup>288</sup> assoziiert wird – hat in Afrika eine Gegenreaktion ausgelöst. In Folge dieser Gegenreaktion hat sich die Überzeugung herausgebildet, das HI-Virus sei von den USA oder zumindest von den Ländern des Nordens als Akt der Eindämmung der afrikanischen Geburtenraten entwickelt worden (Sontag 1989: 55-56).

Dieser von Sontag vorgetragene Gedankengang ist sicher eine Ebene in der gesellschaftlichen Konzeptionalisierung der AIDS-Epidemie, aber diese Erklärung greift meines Erachtens zu kurz. Der sozialen Konstruktion von AIDS, wie sie in der Bezeichnung als „omukithi gwonena“ ausgedrückt wird, liegt nicht nur eine Gegenreaktion auf eine europäische (nordamerikanische) Rezeption der Epidemiologie von AIDS in Afrika zugrunde, sondern ein Verständnis von HIV/AIDS als Bestandteil einer modernen Welt, in der traditionelle Verhaltensnormen nicht mehr prägend sind und autochthone Lebensmodelle von allochthonen abgelöst werden. AIDS wird als Anteil bzw. Ergebnis von gesellschaftlichen Modernisierungsprozessen erlebt und auch so rezipiert.

Auch das Phänomen des *Outing*, mittels dessen sich betroffene Prominente und Künstler in Nordamerika und Europa an die Spitze der Präventionsarbeit gestellt

---

<sup>286</sup> Und in der Tat ist die Ausbreitung von HIV/AIDS eben aufs Engste mit modernen Lebenszusammenhängen verknüpft. Wie in Kapitel 4.5 dargelegt, wäre die epidemische Ausbreitung in Namibia ohne gesellschaftliche Modernisierungsprozesse nicht denkbar gewesen.

<sup>287</sup> Vgl. zu den Ursprungsdebatten um die Herkunft von HIV auch Kapitel 2.1.

haben, findet sich in Namibia praktisch nicht. Kaum jemand berichtet in der medialen Öffentlichkeit über seine persönlichen Erfahrungen, seine Wünsche und Ängste angesichts der Immunschwächekrankheit. Man kann die Personen, die sich offen in den Medien zu ihrem Status bekannt haben, an zwei Händen abzählen. Personen des öffentlichen Lebens finden sich darunter keine.

Auch in der politischen Sphäre setzt sich diese unpersönliche, allgemeine Rede fort. Von AIDS ist unablässig die Rede und kommt doch kaum vor. Die Wichtigkeit des Themas wird bei unzähligen Festivitäten, Reden und Eröffnungen unterstrichen und doch ist damit Nichts gesagt. Es ist ein offenes, dennoch nie öffentlich ausgesprochenes Geheimnis, daß selbst bis in die höchsten Ebenen politischer Entscheidungsträger Sterbefälle zu beklagen sind, die auf das Konto der Immunschwächekrankheit gehen - wie könnte es auch anders sein?

So bleibt die öffentliche Debatte in weiten Teilen auf abstrakte Feststellungen der Ausmaße der AIDS-Epidemie beschränkt. Dadurch erscheint das Geschehen um AIDS auf eine seltsame Weise erfahrungs- und gesichtslos.

### **7.2.3 Mediendiskurse**

Wagen wir aber nun - nach den Alltagsdiskursen der Bevölkerung - einen detaillierteren Blick auf die Konstruktion und Rezeption des Geschehens AIDS in den namibischen Medien. Moderne Massenmedien – wie Radio, Fernsehen und Zeitungen – gehören zu den primären Informationsquellen für einen wachsenden Anteil der Bevölkerung. Aufgrund der Kolonialgeschichte findet sich in Namibia eine vergleichsweise umfangreiche Medienlandschaft. Von den Deutschen, später den Südafrikanern, wurde dem Ausbau der Informations- und Medieninfrastruktur, gemessen an der Situation von Nachbarländern wie Botswana, relativ viel Aufmerksamkeit geschenkt (von Nahmen 1999).

Das Medium mit der besten landesweiten Reichweite ist heute in Namibia sicher das Radio. 97% der Bevölkerung haben Zugang zu diesem Medium und geben an,

---

<sup>288</sup> Auf diese Sichtweise referierte etwa Gloria Fürstin von Thurn und Taxis, als sie in einer Talkshow in der ARD am 16.5.2001 lapidar feststellte: "Afrika hat ein AIDS-Problem, weil der Schwarze gerne schnackst."

regelmäßig darauf zurückzugreifen. Fernsehen findet sich vor allem in den urbanen Bereichen. Darüber hinaus spielen Tageszeitungen eine bedeutende Rolle. Jedes Exemplar wird von bis zu 10 Lesern genutzt (Namibian 2001b). Auch wenn der Zugang zu allen der genannten Medien je nach Alter, Geschlecht, Ethnizität, Bildungsgrad und Ort differieren dürfte, kann angenommen werden, daß eine wachsende Zahl der namibischen Bevölkerung<sup>289</sup> Zugang zu Zeitungen hat. Für eine sozialwissenschaftliche Analyse sind Daten aus Tageszeitungen zudem besser zugänglich und recherchierbar als audio-(visuelle) Daten. Ich beziehe mich im Folgenden auf eine Analyse von Artikeln zu HIV und AIDS, die in der größten und überregionalen namibischen Tageszeitung erschienen sind.

Der Diskurs in den populären Medien überschneidet sich in einigen Bereichen mit den geschilderten Alltagsdiskursen, in anderen Aspekten weicht er deutlich davon ab.

Das oben dargelegte Element des Alltagsdiskurses, HIV/AIDS als Teil oder Ergebnis "moderner" Lebensstile zu begreifen, findet sich im medialen Diskurs nicht wieder. Versucht man eine Kategorisierung der Artikel anhand der thematischen Trends vorzunehmen, so kann man die verschiedenen Berichte zu vier Hauptkategorien zusammenfassen:

1) Zum einen sind da die Berichte, die die Massivität des Problems beschreiben. Hier werden aktuelle Zahlen und Erhebungen vorgestellt, die die Reichweite der AIDS-Problematik schildern. Typische Formulierungen sind „AIDS is wiping out the nation“ und „the AIDS toll rises“. HIV und AIDS werden als „number one killer“ beschrieben, die mittlerweile „mass epidemic proportions“ erreicht haben, und: „cases of HIV and AIDS are continuing to increase“. Diese Kategorie macht mengenmäßig bei weitem die stärkste Gruppe der Berichte aus, auf die nahezu zwei Drittel aller Presseberichte zum Thema entfällt.

Die Schärfe des Problems wird mit Formulierungen wie „everybody's problem“ etc. veranschaulicht, was jedoch unangemessen erfahrungslos bleibt. Der Beweis solcher Aussagen liegt in erster Linie in der statistischen Information selbst, die aus einer

---

<sup>289</sup> Dies kann auch - wenn auch nicht in gleichem Umfang wie in urbanen Gebieten - für die Bevölkerung der ländlichen Gebiete angenommen werden. Der "Namibian" ist die einzige Tageszeitung, die einen Teil der Auflage in einer afrikanischen Lokalsprache (Oshivambo) publiziert und damit auch eine Ausbreitung bis in die stark bevölkerten Gebieten des ländlichen Nordens erreicht.



Vielzahl nationaler und internationaler Studien hergeleitet wird. Dabei entsteht fast automatisch das Problem, daß bei einer Vielzahl unterschiedlicher Bezugsgruppen und statistischer Größen geradezu eine Spannbreite frei flotierender Zahlen entsteht, die sich mal auf AIDS-Fälle, mal auf AIDS-Hospitalisationen, mal auf durchgeführte HIV-Tests, mal auf geschätzte HIV-Fälle, etc. beziehen und somit unter Umständen dazu angetan sind, die Öffentlichkeit über die tatsächlichen Ausmaße der Epidemie eher zu verwirren. Dies ist um so mehr der Fall, je weniger der Einzelne in der Lage ist, die Zahlen mit seinem eigenen Erfahrungsraum in Übereinstimmung zu bringen.

2) Eine zweite Kategorie schließt sich inhaltlich an die erste Gruppe an, stellt aber im Anschluß an die Zahlen daraus entwickelte Projekte, Kampagnen und Gesetzesvorhaben vor. Auf diese Kategorie entfallen am zweithäufigsten Artikel. Inhaltlich korrespondiert diese Gruppe stark mit den Artikeln der ersten Kategorie. Es werden hier ebenfalls die Ausmaße der Epidemie mit den einschlägigen Zahlen belegt, aber es werden im Anschluß Projekte und Kampagnen von Regierung und NGOs vorgestellt, die dem HIV-Problem oder einzelnen Aspekten entgegenwirken sollen. Charakteristische Formulierungen sind „Government acts on AIDS“, „plan of action to combat HIV/AIDS launched“ etc.

3) Eine dritte Kategorie befasst sich mit HIV und AIDS im Kontext von Verbrechen. Hier werden die Auswirkungen von häuslicher Gewalt, Vergewaltigungen und Alkoholismus in Zusammenhang mit HIV dargestellt. Es werden hierbei vor allem anonymisierte Fälle aus dem Alltag der Polizei wiedergegeben, mit Formulierungen wie beispielsweise „AIDS rape case postponing“.

Es finden sich in dieser Kategorie auch Artikel, in denen traditionelle Heiler stigmatisiert und in die Nähe von Verbrechern gerückt werden. So fragt der Namibian in einer Überschrift: "Another baby raped - Are witchdoctors encouraging sexual abuse of virgins?" Der Artikel führt weiter aus, "there are unconfirmed reports that some witchdoctors are telling patients who are infected with the HIV virus, which causes AIDS, to defile babies and virgins, so that they can be cleansed of the incurable disease." (Namibian 1997)

Allein die Bezeichnung als "witchdoctor" wertet traditionelle Heiler als Scharlatane ab.<sup>290</sup> Die in Artikeln dieser Art wiedergegebenen Gerüchte werden meist nicht belegt. Sie werden als "unconfirmed reports" oder "rumours" gekennzeichnet.

4) Die vierte und mengenmäßig kleinste Gruppe der Artikel befasst sich mit neuesten Entwicklungen auf dem Gebiet der medizinischen Forschung und Behandlungsfortschritten. Es finden sich auch einige wenige Beiträge, in denen positiv (oder zumindest neutral) konnotiert vom Umgang von traditionellen Heilern mit HIV und AIDS berichtet wird. Klar bleibt dabei immer die Grundtendenz in der Aussage (wie bei den Artikeln, die traditionelle Heiler in die Nähe von Verbrechern rücken), daß traditionelle Medizin nicht so erfolgreich heilen könne wie die moderne Biomedizin. So wird in einigen Beiträgen der Besorgnis darüber Ausdruck verliehen, daß Heiler kundtäten, AIDS heilen zu können ("the traditional doctors claimed they could cure the killer virus ... [these opinions] are of grave concern to the health authorities").

Betrachtet man die Gesamtheit der zu HIV und AIDS erscheinenden Artikel, so kann man einige übergreifende Gemeinsamkeiten feststellen: Fast alle Artikel sind nach dem gleichen Schema aufgebaut. Zunächst erfolgt eine Darstellung der unglaublichen HIV-Prävalenzraten gefolgt von einer Beschwörung der Präventionsnotwendigkeit. Persönlich gefärbte Berichte oder die Darstellung von Einzelfällen bleiben dagegen höchst selten. Die Berichterstattung folgt damit dem Motiv der Alltagsdiskurse, AIDS als eine *Krankheit der anderen* zu verstehen und zu thematisieren. Der mediale Diskurs folgt also diesem Muster der Tabuisierung. Auch wenn permanent massive Zahlen zitiert werden: Diese Statistiken werden in fast keinem Fall mit persönlichen Erfahrungen und Schicksalen angereichert. Allgemeine Feststellungen und Abstraktionen bestimmen in weiten Teilen die Darstellung von AIDS in der Tageszeitung. So bleibt das Geschehen um AIDS auf eine seltsame Weise erfahrungs- und gesichtslos. Es wird beim Leser geradezu der Anschein erweckt, als existiere die Immunschwächekrankheit nur in Statistiken und Surveys, habe aber mit dem wahren Leben kaum etwas zu tun.

---

<sup>290</sup> Dieses moderne Diskursmuster schließt durchaus an koloniale Diskreditierungen von traditionellen Heilern an, die pauschal als "witchdoctors" bezeichnet und verboten wurden (LeBeau 2002: 361).

An diese Abstraktion und Entkörperlichung von AIDS als persönlichem Problem schließt sich in gewisser Weise die Form an, in der über Betroffene gesprochen wird. HIV-positive werden - gesetzt dem Fall, es wird überhaupt über konkrete Schicksale berichtet - gewöhnlich als Objekte dargestellt, denen HIV "widerfahren" ist. Betroffene werden kaum als Subjekte eigener Entscheidungen beschrieben. Die Rolle der Akteure wird hingegen für gewöhnlich den HIV/AIDS-Experten oder Regierungsoffiziellen zugeschrieben, die die Rolle der Handelnden einnehmen (CADRE 2001: 7).

Damit korrespondiert, daß das Infektionsstadium von HIV und die Immunschwächekrankheit AIDS vielfach nicht differenziert werden. HIV-Betroffene werden meist ausschließlich als "Patienten" dargestellt, die pflegebedürftig sind. Mark Gevisser stellt dazu fest: "... the media often kills people with AIDS long before they are ready to die, fuelling the public misconception that if you have it, you might as well be dead ..." (Gevisser 1995).

In gewisser Weise spiegelbildlich zum Alltagsdiskurs verhält sich die Darstellung der Medien - wie gezeigt - an einem anderen Punkt. HIV/AIDS wird nicht wie im oben dargelegten Bevölkerungsdiskurs als Ergebnis oder Ausdruck "modernen" Lebens konzeptionalisiert. In den Medien - respektive der größten Tageszeitung - wird die AIDS-Krise eher als Modernitätsdefizit verstanden (die beispielsweise von traditionellen Heilern und anderen Anhängern von "Traditionen" verursacht werde), dem mit Modernisierung (das heißt dem Ausbau biomedizinischer Behandlungsmethoden und der Rückdrängung traditioneller Heilbehandlungen) zu begegnen sei.

Es bleibt abschließend festzuhalten, daß die Medien die gesellschaftlichen Konzeptionalisierungen von HIV und AIDS widerspiegeln und auf sie zurückgreifen (Tabu), auch wenn sie in manchen Punkten deutlich davon abweichen (AIDS als moderne Seuche). AIDS wird erfahrungslos mittels statistischer Abstraktionen dargestellt als das, was den *Durchschnittsnamibier*, den Nachbarn, den anderen betrifft. Dadurch, daß die Medien diesen Alltagsdiskurs aufgreifen, reproduzieren sie ihn gleichzeitig und wirken so stabilisierend auf diesen dominanten Diskurs.

Auch wenn in der wissenschaftlichen Literatur immer wieder die wichtige Rolle von modernen Massenmedien zur Informationsdarbietung und Aufklärung über AIDS hervorgehoben wird<sup>291</sup>, dürfte der Beitrag der medialen Berichterstattung, über HIV und AIDS durch eine konstruktive Aufklärung hin zu einer Einstellungsänderung der Konsumenten beizutragen, in der momentanen Form als höchst begrenzt angesehen werden. Die Medien können - wie hier am Beispiel des "Namibian" dargestellt - dieser Rolle nur zum Teil gerecht werden. Denn auch sie sind eingebunden in gesellschaftliche Tabus und Diskursmuster.

---

<sup>291</sup> Vgl. beispielhaft CADRE 2001.

## 8. **Schlußbemerkung:**

### *"... trying to get a slice of the cake" - AIDS als Big Business*

Die gewaltigen HIV-Prävalenzraten haben in Afrika zu einer wachsenden Aufmerksamkeit auf AIDS durch internationale Organisationen, staatliche Strukturen, Institutionen der Entwicklungszusammenarbeit und Privatfirmen geführt. Es läßt sich eine stetige Zunahme an Programmen und Kampagnen aller Couleur feststellen. Der Einsatz eines anwachsend durchorganisierten Komplexes aus staatlichen Organisationen, Institutionen der Entwicklungszusammenarbeit, Nichtregierungsorganisationen, Kirchen und Stiftungen ist zu verzeichnen. Suzette Heald spricht - am Beispiel Botswanas - von einer sich formierenden *AIDS-Industrie* (Heald 2001).

Diese Entwicklung ist zunächst einmal begrüßenswert. Die AIDS-Problematik scheint endlich in ihren dramatischen Ausmaßen gesehen zu werden. Insbesondere in der Entwicklungszusammenarbeit ist der Kampf gegen AIDS erklärtermaßen eine der ersten Prioritäten geworden - *AIDS-mainstreaming* ist das Gebot der Stunde. Während die Finanzen für beinahe alle anderen Bereiche der Entwicklungshilfe zurückgehen, wird für den Kampf gegen AIDS in Afrika immer mehr Geld ausgegeben.

Leider gibt es aber auch Kehrseiten dieses zunehmenden Engagements. Natürlich können durch den Mittelzuwachs für den AIDS-Bereich sinnvolle Projekte und Programme finanziert werden. Dennoch darf man nicht übersehen, daß sich mit dem Thema AIDS inzwischen auch sehr viel Geld verdienen läßt. Während überall die öffentlichen Kassen leer zu sein scheinen - *für AIDS gibt es noch Geld*, AIDS ist sogar zu einem großen Geschäft geworden. Im Blick auf HIV-Präventionsprogramme berichtet Edward Green:

"AIDS prevention has become a billion dollar industry. Under President Bush's global AIDS initiative, the US will spend US \$15 billion, partially on prevention. It would be politically naïve to expect that those who profit from the lucrative AIDS-prevention industry would not be inclined to protect their interests. Those who work in condom promotion and STD treatment, as well as the industries that supply these devices and drugs, do not want to lose market share, so to speak, to those few who have begun to talk about behaviour. Put crudely, who makes a buck if Africans simply start being monogamous?"  
(Green 2003: 9)



**Abbildung: *The future of your family ...?* - Werbeplakat für Beerdigungsversicherungen (Foto: Rompel)**

Daß es beim Kampf gegen AIDS also auch um finanzielle Interessen geht, liegt auf der Hand. Auch Vertreter der namibischen HIV-Selbsthilfe-Organisation *Lironga Eparu* klagen:

"Most of the money meant for AIDS sufferers has ended up being gobbled up by salaries and transport costs for NGO staff. "Millions and millions of funds have been given, but where are they? Probably, they end up in ridiculously high salaries for the co-ordinators and consultants. You have members of my organisation who don't even know what they will eat the next day," said Conny Samaria of Lironga Eparu. [...] "I guess it's normal with any pandemic that you get more people trying to get a slice of the cake," said Samaria. [...] Samaria complained that some NGOs hire a person who is HIV-positive as "a token" in order to attract donations.[...] The Deputy Director for Social Welfare Services which registers non-profit organisations, Petronella Masabane, said several reasons have led to the rapid growth in the number of HIV-AIDS organisations - among them are increased awareness and "availability of resources (financial, technical)". But, she added, "nobody will come and tell you that 'I'm doing it for money'". "

(Namibian 2003h)

Eine weitere Folge ist, daß sich das Gesundheitspersonal immer stärker umorientiert. Aus Südafrika wird berichtet, wie in einem Tuberkulose-Bekämpfungsprogramm (DOTS) mittlerweile ein Personalengpass entstanden ist, da alle Beschäftigten in den AIDS-Bereich abgewandert sind, denn dort sind die Gehalts- und Karrierechancen besser: "DOTS workers have migrated to HIV/AIDS because there is money to pay them." (Procaare 2003)

Man darf deshalb natürlich nicht die positiven Seiten der AIDS-Bekämpfung ausblenden. Dennoch, ich habe schon in Kapitel 7.1 darauf hingewiesen, wie hoch das Zerstörungspotential von Hilfsmaßnahmen sein kann. Dies ist durch zahlreiche Projekte der Entwicklungszusammenarbeit belegt<sup>292</sup>: Wo institutionell-organisierte Helfer bereitstehen, da wird individuelle Hilfe ins Abseits gedrängt<sup>293</sup>. Wo fertige Lösungen von außen herangetragen werden, wird die Selbsthilfekraft der lokalen Gemeinschaft geschwächt. Das darf nicht als generelles Argument gegen Hilfe mißverstanden werden; sehr wohl aber als Argument gegen unüberlegte und kurzfristig angelegte Vorgehensweisen<sup>294</sup>.

---

<sup>292</sup> Vgl. u.a. Dirmoser et al. 1991; im Bezug auf AIDS auch Gronemeyer 2003.

<sup>293</sup> Vgl. auch Illich 1970 (darin insbesondere: Geplante Armut als Frucht technischer Hilfe), 1978 u. 1988.

<sup>294</sup> Die Geschichte der Entwicklungshilfe - oder besser die Geschichte der Beziehungen der sog. Industrieländer zur sog. Dritten Welt - ist wahrlich voll von solchen Irrtümern. Auch die epidemische Ausbreitung von AIDS kann generell aus diesem Blickwinkel betrachtet werden, wie in Kapitel 4.5 dargelegt wurde.

## **Dritter Teil: Schluß**

### **9. Ausblick**

Ich habe im Rahmen dieser Arbeit den Versuch gemacht, die aktuellen Herausforderungen darzustellen, vor denen Einzelne und deren Familien in Namibia angesichts von AIDS stehen. Natürlich ist diese Darstellung nur eine Momentaufnahme, in der die Ursachen von und die Umgangsweisen mit AIDS festgehalten, dargelegt und analysiert werden. Soziale Zusammenhänge, Gruppenbeziehungen, Geschlechterrollen, Einstellungen, Haltungen, kulturelle Praktiken etc. haben die Eigenschaft, sich zu wandeln - mal schneller und mal langsamer. Einiges spricht dafür, daß viele der grundlegenden Dynamiken, die hier zusammengetragen wurden, sich auf absehbare Zeit nicht wesentlich ändern werden. Anderes ist bereits im Wandel: So hat die namibische Regierung seit Anfang 2003 ein nationales Behandlungsprogramm aufgebaut, das es ermöglichen soll, AIDS-Kranke mit den in den Ländern der Nordhemisphäre schon länger zur Verfügung stehenden AIDS-Medikamenten zu behandeln. Die ersten Erfolge dieses Programms sind zu verzeichnen: Eine beachtliche Anzahl von Betroffenen wird inzwischen behandelt<sup>295</sup> und kann erste gesundheitliche Besserungen verzeichnen. Erfolge sind also greifbar. Bis die Behandlung allen zur Verfügung steht, wird es aber wohl noch einige Jahre dauern.

Und: Auch die Möglichkeiten einer umfassenden antiretroviralen Behandlung bringen natürlich keine endgültige Lösung der komplexen Problematik von HIV/AIDS in Namibia. Die Behandlung wird zwar einige Probleme lösen: Beispielsweise ist absehbar, daß Menschen nicht in so großen Zahlen an den Folgen von AIDS sterben werden, sondern ihre Lebenserwartung deutlich erhöht werden kann. Damit stehen HIV-positive Eltern länger ihren Kindern zur Verfügung; die Kinder werden nicht so früh zu AIDS-Waisen werden etc.

Aber die Probleme und Krisen des sozialen Umfelds, in denen sich Infektion, Pflege und Versorgung der Menschen abspielt, werden durch die medizinischen Behandlungsmöglichkeiten nicht wesentlich verändert. Die Frage nach Integration



und Ausgrenzung wird auch in Zukunft im Blick auf die Folgen von AIDS eine entscheidende Rolle spielen. Für das Wohlbefinden und für das soziale und ökonomische Überleben der Betroffenen sind die sozialen Beziehungen neben der antiretroviralen Therapie weiterhin existentiell wichtig.

Es kommen außerdem, und nicht in geringem Umfang, neue Problemfelder hinzu, die vorher nicht vorhanden waren. Beispielsweise das Problem der Resistenzen: Werden die Medikamente nicht regelmäßig und ordnungsgemäß eingenommen, besteht die Gefahr, daß sich medikamentenresistente Virusmutationen bilden, die über die normalen Ansteckungswege weitergegeben werden können und die dann - breiten sie sich in einem anderen menschlichen Organismus aus - nicht mehr erfolgreich therapiert werden können. Weitere schwierige Fragen stellen sich im Zusammenhang mit der Behandlung: Wer in den verarmten Wellblechsiedlungen Katuturas ist in der Lage eine Stunde vor jeder Medikamenteneinnahme eine vollwertige Mahlzeit einzunehmen? Dies ist eine wesentliche Voraussetzung, daß der Körper die starken Medikamente überhaupt verkraften kann. Die Einnahmen müssen - lebenslang - bis zu drei mal täglich erfolgen und zwar pünktlich. Abgesehen davon, daß nicht jeder im Besitz einer Uhr ist, gehört der Blick auf die Zeit, der für unsere Lebensgewohnheiten ganz selbstverständlich ist, nicht zur Alltagsrealität eines jeden Namibiers.

Um eine umfassende Behandlung aller AIDS-Kranken möglich zu machen, müsste also zunächst das Problem von Hunger und Unterernährung gelöst werden. Daß mehr *Entwicklung* und *Modernisierung* des Landes diese Probleme lösen können, wenn man sie nur ernsthaft genug angeht, gilt für viele als selbstverständlich. In dieser Arbeit sollte jedoch gezeigt werden, wie gerade die gesellschaftlichen Modernisierungsprozesse zur Erosion der sozialen Lebenswelten und zu Verarmung geführt haben, und daß diese sozialen Folgen erst den Boden bereitet haben für die epidemische Ausbreitung von AIDS. Nicht *Unterentwicklung* ist also eine bedeutende Ursache für die AIDS-Katastrophe, sondern *Entwicklung*. Gleichzeitig wird durch AIDS der Prozeß von Verarmung, Verelendung und des Verlusts subsistenter Lebensmöglichkeiten verschärft. Ob also die als Patentlösung gefeierte *Entwicklung* im Sinne eines politisch weiter forcierten Modernisierungsprozesses die Antwort auf die Krise sein kann, darf bezweifelt werden.

---

<sup>295</sup> Mit Stand September 2003 befanden sich landesweit insgesamt etwa 160 Personen im Programm

Damit sind nur ein paar der Fragen und Probleme angedeutet, die im Zusammenhang mit der antiretroviralen Behandlung neu entstehen.

Ein kritischer Blick soll die gegenwärtigen Entwicklungen im Blick auf AIDS in Namibia nicht grundsätzlich in Frage stellen. Doch die Schattenseiten der Entwicklung dürfen trotz allem positiven Engagement nicht ignoriert werden. Leider gibt es keine einfachen Lösungen für den Umgang mit AIDS in Afrika.

## 10. Zusammenfassung

### *Überblick*

Die vorliegende Arbeit beschreibt, diskutiert und analysiert die sozialen Folgen von AIDS in Namibia aus einer Akteursperspektive. Dazu wurde ein qualitatives Vorgehen gewählt. Es wurden Interviews mit HIV-infizierten und AIDS-kranken Betroffenen und deren Familien geführt, um nachzuzeichnen, was auf der Ebene von Einzelnen, deren Haushalten und Familien passiert, wenn eine HIV-Infektion, eine AIDS-Erkrankung oder ein Todesfall zu bewältigen sind. Die Untersuchung wurde in einem urbanen Kontext in Windhoek-Katutura und in einer ländlichen Situation in Nordzentralnamibia (Ovamboland) durchgeführt. Sie stützt sich auf fünf Monate Feldforschung, in denen nahezu 80 Interviews erhoben wurden, die in der Studie ausgewertet wurden.

### *Ergebnisse*

Die tiefgreifende Umgestaltung lokaler Sozialstrukturen und Wirtschaftsweisen, die sich in einer Linie von dem ersten Eintreffen von Händlern, Missionaren und Forschungsreisenden ab Mitte des 19. Jahrhunderts über die Etablierung von Missionsbemühungen, dem Ausbau von deutsch-kolonialer Herrschaft, der Etablierung des Apartheidssystems, des Befreiungskriegs bis hin zur Unabhängigkeit und der Errichtung eines modernen Staatswesens zieht, hat in Namibia auf breiter Basis eine gesellschaftliche Modernisierung bewirkt. Das Massenphänomen AIDS, das nahezu ein Viertel der erwachsenen Bevölkerung HIV-positiv hinterläßt, hat seine Ursachen in diesen Modernisierungsprozessen, die eine Dynamik von sozialer und geografischer Mobilisierung und Enttraditionalisierung entfesselt haben und so die Grundlage für die Ausbreitung darstellen. Außerdem wirkt AIDS selbst als Katalysator von Modernisierungsprozessen, indem im Rahmen von Maßnahmen der Bekämpfung der Ausbreitung von HIV moderne und individualistische Körperkonzepte, Planungsgewohnheiten und Lebensmodelle befördert werden, die die Loslösung von traditionellen Elementen sozialer Organisation und kultureller Identität beschleunigen.

Für die Bewältigung von Infektion, Krankheit und Tod spielt der soziale Nahraum der *extended family* die entscheidende Rolle. Hier werden die Kranken gepflegt und versorgt; hier findet die Unterstützung und Fürsorge von Infizierten statt; hier werden zurückbleibende Waisen aufgenommen.

Dabei fällt auf, daß innerhalb von kohärenten Sozialbeziehungen in den familialen Netzwerken die durch AIDS ausgelösten Krisenphänomene gut bewältigt werden können; in latent destruierten und labilen Sozialbeziehungen führt AIDS zum weiteren Auseinanderbrechen von Beziehungen, was über Ausgrenzung und Marginalisierung bis hin zu physischer Gewalt führt. AIDS wirkt als Katalysator von sozialen Desintegrationsprozessen.

Es gibt entscheidende Geschlechterunterschiede im Umgang mit einer eigenen Infektion und in der Pflege von Kranken und der Versorgung von zurückbleibenden Waisen. Dabei wird an traditionale Geschlechterrollen angeknüpft; die Erosion von geschlechtlichen Aufgabenbereichen (insbesondere der männlichen) ist aber ebenso beobachtbar und führt zu Anomie-Phänomenen wie Selbstmord und Gewalt.

Zahlreiche Stadt-Land-Unterschiede lassen sich beobachten: Es gibt eine ausgeprägte Stadt-Land-Migration, bei der im Krankheitsfall die gängige

Abwanderungsbewegung vom Land in die Stadt umgekehrt wird. Kranke Stadtbewohner kehren in ihre ländliche Heimat zurück, da hier die personellen Möglichkeiten der Versorgung wesentlich besser sind als im städtischen Kontext. Ein Resultat ist, daß viele AIDS-Kranke in ihrer ländlichen Heimat sterben.

Der Zugang zu Gesundheitseinrichtungen ist in der Stadt wesentlich besser als auf dem Land. Insbesondere im Krankheitsfall entstehen erhebliche finanzielle Belastungen für die pflegenden Familien; diese Ausgaben sind auf dem Land höher, da große Mittel für Transportkosten aufgewendet werden müssen.

Die Ernährungslage ist für viele in den ländlichen Situationen besser, da hier durch die funktionierenden Mechanismen der Subsistenzwirtschaft ein breites Angebot an Nahrungsmitteln zur Verfügung steht. Insbesondere in den städtischen Squattercamps gibt es diese Versorgungsmöglichkeit nicht. Die Einwohner sind den Mechanismen der Geldwirtschaft ausgeliefert, obwohl zugleich die wenigsten - durch formale Beschäftigung abgesichert - voll daran partizipieren können.

Für die Bewältigung von Krankheit und Tod spielt Religiosität eine entscheidende Rolle. Auch hierbei lassen sich Stadt-Land-Differenzen beschreiben, die auf den

Umgang mit einer eigenen Infektion oder der des Partners - auf Mißtrauen und Schuldzuweisungen - einen erheblichen Einfluß haben.

Generell fällt auf, daß trotz aller Bewältigungsfähigkeit die familialen Netzwerke - insbesondere aufgrund der ansteigenden Belastung durch zahlreicher werdende Krankheits-, Pflege- und Todesfälle - an vielen Stellen die Grenzen der Leistungsfähigkeit erreicht haben bzw. überschritten sind. Unter diesem Druck wandeln sich Gebräuche wie etwa das zeitweise Entsenden von Kindern zwischen miteinander verbundenen Haushalten, von einer entlastenden Funktion zu einer Bürde. Konsequenz sind neue Lebenssituationen, in denen etwa Kinder auf der Straße leben oder in Institutionen aufwachsen.

### *Kapitelübersicht*

Im ersten Kapitel wird das Forschungsgebiet sozialwissenschaftlicher AIDS-Forschung grundlegend dargestellt. Besondere Aufmerksamkeit wird dabei auf die Situation im subsaharischen Afrika gelenkt; auf dieser Basis wird die Fragestellung und die Methodik der Untersuchung entwickelt.

Im zweiten Kapitel wird ein Überblick über die Geschichte von HIV/AIDS gegeben. Zudem werden - für das Verständnis von Gesundheit und Krankheit im interkulturellen Kontext - grundlegende Konzepte vorgestellt. Außerdem wird die globale Dynamik der AIDS-Epidemie beschrieben. Im dritten Kapitel wird der Verlauf und Status der Epidemie in Afrika dargelegt.

Im vierten Kapitel wird in die namibische Situation eingeführt; neben einem geschichtlichen Überblick, einer Darstellung der Gesellschafts- und Sozialstrukturen und des Aufbaus des Gesundheitswesens, werden die Rahmenbedingungen der AIDS-Epidemie in Namibia erörtert. Schließlich werden die Lokalitäten, in denen die Studie durchgeführt wurde, vorgestellt und die Ursachen für die erheblichen HIV-Prävalenzraten diskutiert.

Im fünften Kapitel wird der Frage nachgegangen, welche Folgen für das Subjekt und sein Umfeld aus der HIV/AIDS-Problematik erwachsen. Dazu werden Fallstudien diskutiert und die Umgangsweisen mit Infektion und Krankheit entlang des Verlaufs einer HIV-Infektion vom Zutagetreten der eigenen Betroffenheit bis zum Tod und den Folgen für das Umfeld geschildert, analysiert und bewertet.

Im sechsten Kapitel wird schließlich in Form eines Exkurses erörtert, warum die zahlreichen Präventionsbemühungen, die in Namibia zu verzeichnen sind, bisher nicht in dem Maße Erfolg zeigen, wie es wünschenswert wäre.

Im siebten Kapitel werden gesellschaftliche Diskurse zu HIV und AIDS in den Medien und im Alltagsgespräch der Bevölkerung aufgearbeitet.

Die Arbeit wird abgerundet durch eine Schlußbetrachtung zur Kommerzialisierung des Kampfes gegen die AIDS-Epidemie und einen Ausblick, der die aktuellen Bemühungen zur Ausweitung der Verfügbarkeit der antiretroviralen Therapie in Namibia reflektiert.

## 11. Literaturverzeichnis

Aarni, Teddy (1982): *The Kalunga Concept in Ovambo Religion from 1870 onwards*. Stockholm.

Achmat, Zackie (1995): "Judges and policy on AIDS - Prisons and medical ethics" In: *South African Law Journal*, 112 (1995) 1, S. 1-9.

Achmat, Zackie; Cameron, Edwin (1995a): "Workplace discrimination - Helping the spread of HIV. AIDS in the Workplace" In: *South African Labour Bulletin*, 19 (November 1995) 5, S. 8-19.

Achmat, Zackie; Cameron, Edwin (1995b): "HIV/AIDS and employment, Code of Good Practice - Draft for the National Economic Development and Labour Council - August 1995" In: *South African Labour Bulletin*, 19 (November 1995) 5, S. 21-26.

Africa Recovery (2001), Vol. 14, No. 4, 01/2001, S. 1.

Agandzi, V. (1989): *AIDS - The African Perspective of the Killer Disease*. Accra.

Ainsworth, Martha; Over, Mead (1994): "AIDS and African development" In: *The World Bank Research Observer*, 9 (July 1994) 2, S. 203-240.

Airhihenbuwa, Collins O.; Obregon, Rafael (2000): "A Critical Assessment of Theories/Models Used in Health Communication for HIV/AIDS" In: *Journal of Health Communication*, Vol. 5 (Supplement), S. 5-15.

Akeroyd, Anne V. (1994): "HIV/AIDS in eastern and southern Africa" In: *Review of the Political Economy*, 21 (June 1994) 60, S. 173-184.

Alonzo, Angelo A.; Reynolds, Nancy R. (1995): "Stigma, HIV and AIDS: An Exploration and Elaboration of a Stigma Trajectory" In: *Social Science and Medicine*, 41. Jg. (1995), H. 3, S. 303-315.

Anarfi, John K. (1994): "HIV/AIDS in sub-Saharan Africa - demographic and social-economic implications" In: African Population and Environment Institute (Hg.) (1994): *African Population Paper*, No. 3, Nairobi.

Andersson, Charles John (1956): *Lake Ngami or Explorations and Discoveries during four Years of Wanderings in the Wilds*. London.

Ankrah, E. Maxime (1989): "AIDS: Methodological Problems in studying its Prevention and Spread" In: *Social Science and Medicine*, 29. Jg. (1989), H. 3, S. 265-276.

Angebauer, Karl (1927): *Ovambo. 15 Jahre unter Kaffern, Buschleuten und Bezirksamtännern*. Berlin.

- Balter, Michael (1998): "Virus From 1959 Sample Marks Early Years of HIV" In: *Science*, Jg. (1998), H. 279, S. 801.
- Bandura, A. (1986): *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs.
- Bardeleben, H.; Fieberg, R.; Reimann, Bruno W. (1995): *Abschied von der sexuellen Revolution. Liebe und Sexualität der "Nach-68-er-Generation" in Zeiten von AIDS*. Berlin.
- Bardeleben, H.; Reimann, Bruno W.; Schmidt, Peter (1988): "Studenten, Sexualität und AIDS. Erste Ergebnisse einer empirischen Untersuchung an Gießener Studenten" In: Burkel, Ernst (Hg.) (1988): *Der AIDS-Komplex. Dimensionen einer Bedrohung*. Frankfurt, S. 166-195.
- Barnett, Tony (1994): *The effects of HIV/AIDS on farming systems and rural livelihoods in Uganda, Tanzania and Zambia*. Rom. (=FAO)
- Barnett, Tony et al. (1995): "The social and economic impact of HIV/AIDS on farming systems and livelihoods in rural africa - Some experience and lessons from Uganda, Tanzania and Zambia" In: *Journal of International Development*, 7 (1995) 1, Special Issue, S. 163-176.
- Barnett, Tony; Whiteside, Alan (2002): *AIDS in the Twenty-First Century. Disease and Globalisation*. Houndmills.
- Barnett, Tony; Blaikie, Piers (1992): *AIDS in Africa. Its present and future impact*. London.
- Becker, Heike (1999): "Männer, Sex und AIDS. AIDS ist in Namibia nicht nur ein Gesundheitsproblem" In: *Afrika Süd*, Jg. 1999, H. 1, S. 30-32.
- Becker, Heike (1997): "Voreheliche Sexualität und traditionelles Recht in Nordnamibia" In: *Peripherie*, 65/66, S. 157-187.
- Becker, H.M. (1974): "The health belief model and personal health behaviour" In: *Health Education Monographs*, 2 (1974), S. 324-508.
- Beck-Gernsheim, Elisabeth (1994): "Zukunftsplanung und Sicherheitsstreben. Strategien der Lebensführung in der individualisierten Gesellschaft" In: Holst, E.; Rinderspacher, J.P.; Schupp, J. (Hg.) (1994): *Erwartungen an die Zukunft. Zeithorizonte und Wertewandel in der sozialwissenschaftlichen Diskussion*. Frankfurt, S. 139-156.
- Bichmann, Wolfgang (1995a): "Medizinische Systeme Afrikas" In: Pfleiderer, Beatrix; Greifeld, Katarina; Bichmann, Wolfgang (Hg.) (1995): *Ritual und Heilung. Eine Einführung in die Ethnomedizin*. Berlin, S. 33-65.
- Bichmann, Wolfgang (1995b): "Gesundheitssysteme im internationalen Kontext. Der Blick nach draußen." In: Pfleiderer, Beatrix; Greifeld, Katarina; Bichmann,



Wolfgang (Hg.) (1995): *Ritual und Heilung. Eine Einführung in die Ethnomedizin*. Berlin, S. 139-162.

BIDPA: Botswana Institute for Development Policy Analysis (2000): *Impacts of HIV/AIDS on Poverty and Income Inequality in Botswana*. Gaborone, Unveröffentlichtes Manuskript.

Bleibtreu-Ehrenberg, G. (1989): *Angst und Vorurteil. AIDS-Ängste als Gegenstand der Vorurteilsforschung*. Reinbek.

Brewer, Devon D.; Brody, Stuart; Drucker, Ernest; Gisselquist, David; Minkin, Stephen F.; Potterat, John J.; Rothenberg, Richard B; Vachon, Francois (2003): "Mounting anomalies in the epidemiology of HIV in Africa: Cry the beloved paradigm" In: *International Journal of STD & AIDS*, H. 14/3 (2003), S. 144-147.

Brincker, P.H. (1900): *Unsere Ovambo-Mission sowie Land, Leute, Religion, Sitten, Gebräuche, Sprache usw. der Ovakuanjama-Ovambo*. Barmen. (Reprint Ulm 1998)

Brincker, P.H. (1891): *Lehrbuch des Oshikuanjama*. Stuttgart, Berlin.

Brookmeyer, R.; Gail, M. (1994): *AIDS Epidemiology: A Quantitative Approach*. Oxford.

Brown, Lynn R.; Webb, Patrick; Haddad, Lawrence (1994): "The role of labour in household food security - Implications of AIDS in Africa" In: *Food Policy*, 19 (December 1994) 6, S. 568-573.

Boulogne, G. (1995): "AIDS. A social science perspective with special reference to anthropology" In: *South African Journal of Sociology*, 26. Jg. (1995), H. 2, S. 39-46.

CADRE (2001): The Centre for AIDS Development, Research and Evaluation: *HIV/AIDS and the Media. A Literature Review*. Johannesburg.

Caldwell, John C. (1994): "The neglect of an epidemiological explanation for the distribution of HIV/AIDS in sub-Saharan Africa - Exploring the male circumcision hypothesis" In: *Health Transition Review* (Canberra), 4 (1994), Suppl., S. 23-46.

Caldwell, John C. (1993): "The nature and limits of the sub-Saharan African AIDS epidemic - Evidence from geographic and other patterns" In: *Population and Development Review* (New York), 19 (December 1993) 4, S. 817-848.

Caldwell, John C. (1989): "The social context of AIDS in sub-Saharan Africa" In: *Population and Development Review* (New York), 15 (1989) 2, S. 185-234.

Caldwell, John C.; Caldwell, Pat; Orubuloye, I. O. (1992a): "The Family and Sexual Networking in Sub-Saharan Africa. Historical Regional Differences and Present-Day Implications." In: *Population Studies*, 46. Jg. (1992), H. 3, S. 385-410.

Caldwell, John C.; Caldwell, Pat; Orubuloye, I. O. (1992b): "Underreaction to AIDS in Sub-Saharan Africa" In: *Social Science and Medicine*, 34. Jg. (1992), H. 11, S. 1169-1182.

Caldwell, John C.; Caldwell, Pat; Quiggin, Pat (1991): "The African Sexual System. Reply to Le Blanc et al." In: *Population and Development Review*, 17. Jg. (1991), H. 3, S. 506-515.

Campbell, Catherine (1997): "Migrancy, masculine identities and AIDS - The psychosocial context of HIV transmission on the South African gold mines" In: *Social Science and Medicine* (Oxford), 45 (1997) 2, S. 273-281.

CDC: Center for Disease Control and Prevention (1981): *Morbidity and Mortality Weekly Report*, vom 5.7.1981.

Chin, James (1992): "The global epidemiology of the HIV/AIDS pandemic and its projected demographic impact in Africa" In: *World Health Statistics Quarterly*, H. 45 (1992) 2-3, S. 220-227.

Chin, James; Sato, P.A.; Mann, Jonathan M. (1990): "Projections of HIV infections and AIDS cases to the year 2000" In: *Bull WHO*, H. 68 (1990), S. 1-11.

Chirwa, Wiseman Chijere (1998): "Aliens and AIDS in Southern Africa - The Malawi - South Africa debate" In: *African Affairs* (Oxford), 97 (January 1998) 386, S. 53-79.

Comaroff, Jean; Comaroff, John (Hg.) (1993): *Modernity and its Malcontents. Ritual Power in Postcolonial Africa*. Chicago.

Courtenay, W.H. (2000): "Constructions of masculinity and their influence on men's well being: A theory of gender and health" In: *Social Science and Medicine*, 50 (2000), S. 1383-1401.

CSO: Central Statistics Office (1996): *Living Conditions in Namibia*. Windhoek

Cuddington, John T. (1993a): "Further results on the macroeconomic effects of AIDS - The dualistic, labor-surplus economy" In: *The World Bank Economic Review*, 7 (1993) 3, S. 403-417.

Cuddington, John T. (1993b): "Modelling the macroeconomic effects of AIDS, with an application to Tanzania" In: *The World Economic Review*, 7 (1993) 2, S. 173-189.

Cuddington, John T.; Hancock, John D.; Rogers, Carol Ann (1994): "A dynamic aggregative model of the AIDS epidemic with possible policy interventions" In: *Journal of Policy Modeling*, 16 (1994) 5, S. 473-496.

Davies, Gwyneth (1994): *The Medical Culture of the Ovambo of Southern Angola and Northern Namibia*. Kent, PhD Dissertation.

de Rosny, Éric (1998): *Heilkunst in Afrika. Mythos, Handwerk und Wissenschaft*. Wuppertal.

- Dirmoser, Dietmar; Gronemeyer, Reimer; Rakelmann, Georgia A. (Hg.) (1991): *Mythos Entwicklungshilfe*. Gießen 1991.
- Dilger, Hansjörg (1999): *"Besser der Vorhang im Haus als die Fahne im Wind" Geld, AIDS und Moral im ländlichen Tanzania*. Hamburg.
- Dresruesse, Guenter; Hubert, Klemens (1999): "AIDS als Entwicklungshemmnis. Ein Querschnittsthema der Entwicklungszusammenarbeit" In: *Entwicklung und Zusammenarbeit*, 40. Jg. (1999), H. 5, S. 128-130.
- Dube, Linda (1997): "AIDS-risk patterns and knowledge of the disease among children in Harare, Zimbabwe" In: *Journal of Social Development in Africa*, 12 (1997) 2, S. 61-73.
- Duden, Barbara (1993): "Bevölkerung" In: Wolfgang Sachs (Hg.) (1993): *Wie im Westen so auf Erden. Ein polemisches Handbuch zur Entwicklungspolitik*. Reinbek, S. 71-88.
- Dunn, Kate (1994): "Killing the ripest crop" In: *Ceres - FAO Review*, H. 26 (1994) 5/149, S. 35-41.
- Eirmbter, Willy H.; Hahn, Alois; Jacob, Rüdiger (1997): *AIDS-Vorstellungen in Deutschland. Stabilität und Wandel*. Berlin.
- Eirmbter, Willy H.; Hahn, Alois; Jacob, Rüdiger (1996): *Krankheitsvorstellungen in Deutschland. Das Beispiel AIDS*. Opladen.
- Eirmbter, Willy H.; Hahn, Alois; Jacob, Rüdiger (1993): *AIDS und die gesellschaftlichen Folgen*. Frankfurt.
- Eirmbter, Willy H.; Hahn, Alois; Jacob, Rüdiger (1992): "Zum Alltagswissen über AIDS" In: *Soziale Probleme*, 3 (1992), S. 45-78.
- Eirola, Martti (1992): *The Ovamboefahr. The Ovamboland Reservation in the Making. Political Responses of the Kingdom of Ondonga to the German Colonial Power 1884-1910*. Rovaniemi.
- Estermann, Carlos (1976): *The Ethnography of Southwestern Angola. Volume I: "The non-Bantu Peoples. The Ambo Ethnic Group."* New York.
- ELCIN: Evangelical Lutheran Church in Namibia, Paulinum Seminary (2000): "Responding Pastorally to the Rising Number of Suicides in Namibia. A qualitative and quantitative analysis of reported deaths by suicide." Unpublished Manuscript.
- El Obeid, Selma; Mendelsohn, John; Lejars, Marc; Forster, Norbert; Brulé, Gérard (2001): *Health in Namibia. Progress and Challenges*. Windhoek.
- Fairweather, Ian (2002): "'Without Culture there is no Future': The performance of heritage in post-apartheid northern Namibia. In: LeBeau, Debie; Gordon, Robert J. (Hg.) (2002): *Challenges for Anthropology in the 'African Renaissance'. A Southern African Contribution*. Windhoek, S. 32-43.

- Fiala, Christian (1998): "Die Statistik-Seuche. Zweifelhafte Diagnosen und Zahlenspiele zeichnen eine AIDS-Katastrophe in Afrika" In: *Blätter des Informationszentrums Dritte Welt*, Jg. 1998, H. 231, S. 8-10.
- Fisch, Jörg (1990): *Geschichte Südafrikas*. München.
- Fishbein, M.; Ajzen, I. (1975): *Belief, attitude, intention, and behavior: An introduction to theory and research*. Reading.
- Flick, Uwe (1999): *Qualitative Forschung. Theorie, Methoden, Anwendungen in Psychologie und Sozialwissenschaften*. Reinbek.
- Fortin, Alfred J. (1987): "The politics of AIDS in Kenya" In: *Third World Quarterly*, H. 9 (1987) 3, S. 906-919.
- Frayne, Bruce (1992): "Urbanisation in post-Independence Windhoek". Namibian Institute for Social and Economic Research Research Report No. 6. Windhoek.
- Friedell, Egon (1958): *Kulturgeschichte der Neuzeit. Die Krisis der europaeischen Seele von der schwarzen Pest bis zum ersten Weltkrieg*. München.
- Fuchs-Heinritz, Werner; Lautmann, Rüdiger; Rammstedt, Otthein; Wienold, Hans (Hg.) (1994): *Lexikon zur Soziologie*. Opladen.
- Galton, Francis (1889): *Narrative of an Explorer in Tropical South Africa*. London.
- Garner, Robert C. (2000): "Safe Sects? Dynamic Religion and AIDS in South Africa" In: *The Journal of Modern African Studies*, 38. Jg. (2000), H. 1, S. 41-69.
- Gevisser, Marc (1995): "AIDS and the Media" In: *AIDS-Bulletin*, 4 (1), S. 6-9.
- Gilgen, Denise; Campbell, Catherine; Williams, Brian et al. (2000): *The Natural History of HIV/AIDS in South Africa. A biomedical and social survey in Carltonville*. Johannesburg.
- Gisselquist, David; Potterat, John J. (2003): "Heterosexual Transmission of HIV in Africa: An empiric estimate" In: *International Journal of STD & AIDS*, H. 14/3 (2003), S. 162-173.
- Goffman, Erving (1981): *Geschlecht und Werbung*. Frankfurt.
- Goffman, Erving (1967): *Stigma. Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität*. Frankfurt.
- Goffman, Erving (1963): *Stigma. Notes on the Management of Spoiled Identity*. Prentice-Hall.
- Goncalves, Fernando (1994): "The Scourge of HIV and AIDS in Africa" In: *Southern African Political and Economic Monthly*, 7. Jg. (1994), H. 9, S. 5-8.

- Good, Byron (1994): *Medicine, Rationality, and Experience. An Anthropological Perspective*. Cambridge.
- Good, Charles (1988): "Traditional Healers and AIDS Management" In: Miller, Norman; Rockwell, Richard C. (Hg.) (1988): *AIDS in Africa. The Social and Policy Impact*. Lewiston, Queenston, (=Studies in African Health and Medicine. 1) S. 97-113.
- Green, Edward C. (2003): "Culture Clash and AIDS Prevention" In: *The Responsive Community*, Vol. 13(4), S. 4-9.
- Greifeld, Katarina (1995): "Einführung in die Medizinethnologie" In: Pfeleiderer, Beatrix; Greifeld, Katarina; Bichmann, Wolfgang (Hg.) (1995): *Ritual und Heilung. Eine Einführung in die Ethnomedizin*. Berlin, S. 11-31.
- Gronemeyer, Marianne (1993): *Das Leben als letzte Gelegenheit*. Darmstadt.
- Gronemeyer, Reimer (2003): "Die Bibel, der Staudamm und das Kondom: Vom schrittweisen Absterben der Entwicklungsidee in Afrika" In: Schmidt, Bettina E. (Hg.) (2003): *Wilde Denker. Unordnung und Erkenntnis auf dem Tellerrand der Ethnologie*. Marburg, S. 281-290.
- Gronemeyer, Reimer (2002): *So stirbt man in Afrika an AIDS. Warum westliche Gesundheitskonzepte im Südlichen Afrika versagen. Eine Streitschrift*. Frankfurt.
- Gronemeyer, Reimer (2001a): "Gesundheitskrieger in Afrika. Über einige Folgen der AIDS-Epidemie" In: *Die Wochenzeitung*, Nr. 20 vom 17.5.2001.
- Gronemeyer, Reimer (2001b): "Infizierte Lebenswelten. Zu den sozialen Folgen von AIDS in Afrika" In: *Palaver - Kleine Schriften zum südlichen Afrika*, Nr. 7/01, S. 5-26.
- Gronemeyer, Reimer (Hg.) (1991): *Der faule Neger. Vom weißen Kreuzzug gegen den schwarzen Müßiggang*. Reinbek.
- Gronemeyer, Reimer; Rakelmann, Georgia A.; Rompel, Matthias (2002): "The Social Impact of HIV/AIDS on Families in Botswana and Namibia." Paper presented to the XIV. International AIDS-Conference, Barcelona, Juni 2002.
- Gronemeyer, Reimer; Rakelmann, Georgia A.; Rompel, Matthias (2001): "AIDS im südlichen Afrika. Die sozialen Folgen einer Epidemie" In: *Spiegel der Forschung*, 18. Jahrgang, Nr. 2.
- Gronemeyer, Reimer; Rompel, Matthias (Hg.) (2003): *"Today it's your family, tomorrow it's you..." Essays by Young Namibians on the Social Impact of HIV and AIDS*. Windhoek.
- Gronemeyer, Reimer; Rompel, Matthias (2001): "Omukithi gwonena - die moderne Krankheit. AIDS in Namibia" In: *Palaver - Kleine Schriften zum südlichen Afrika*, Nr. 7/01, S. 27-36.

Hahn, C.H.L.; Vedder, H.; Fourie, L. (1928): *The Native Tribes of South West Africa*. Cape Town.

Hahn, Robert A., Kleinman, Arthur (1983): "Biomedical Practice and Anthropological Theory: Frameworks and Directions" In: *Annual Review of Anthropology*, Vol. 12, S. 305-333.

Halbach, Axel J. (2000): *Namibia. Wirtschaft, Politik, Gesellschaft nach zehn Jahren Unabhängigkeit*. München, Windhoek.

Hammer, Annerose (1999): *Aids und Tabu. Zur soziokulturellen Konstruktion von Aids bei den Luo in Westkenia*. Hamburg. (= Berliner Reihe zu Gesellschaft, Wirtschaft und Politik in Entwicklungsländern)

Hangula, Lazarus (1997): "A Note on the Impact of Christian Missions in Former Owamboland, Namibia" In: *Folk. Journal of the Danish Ethnographic Society*, Vol. 39, S. 163-170.

Haoses, Lischen; van der Veen, Fred (2000): "Knowledge and sexual practices of University students in Windhoek, Namibia." Paper presented to the XIII. International AIDS-Conference, Durban, 9.-14. July 2000.

Haoses, Lischen; van der Veen, Fred (1999): *Awareness on HIV/AIDS and Sexually Transmitted Diseases (STDs) among Students of the University of Namibia (Windhoek Campus)*. Windhoek.

Haram, Liv (1991): "Tswana Medicine in Interaction with Biomedicine" In: *Social Science and Medicine*, 33. Jg. (1991), H. 2, S. 167-175.

Haraway, Donna (1989): "The Biopolitics of Postmodern Bodies: Determinations of Self in Immune System Discourse" In: *Differences - A journal of feminist Cultural Studies*, 1, 1 (1989), S. 3-42.

Hauck, Gerhard (1996): *Evolution, Entwicklung, Unterentwicklung*. Frankfurt.

Heald, Suzette (2001): "It's Never as Easy as ABS: Understandings of AIDS in Botswana" Paper presented to the Conference "AIDS in Context". University of Witwatersrand, Johannesburg, 4.-7. April 2001.

Helle-Valle, Jo (1999): "Sexual Mores, Promiscuity and "Prostitution" in Botswana" In: *Ethnos*, 64. Jg. (1999), H. 3, S. 372-395.

Herrell, Richard K. (1991): "HIV/AIDS Research and the Social Sciences" In: *Current Anthropology*, 32. Jg. (1991), H. 2, S. 199-203.

Hethcote, H.W.; Yorke, J.A. (1984): "Gonorrhoe: Transmission Dynamics and Control; Lecture Notes" In: *Biomath*, H. 56, S. 1-105.

Hirschmann, Olaf (2003): *Kirche, Kultur und Kondome. Kulturell sensible HIV/AIDS-Prävention in Afrika südlich der Sahara*. Münster.

Hishongwa, Ndeutala (1992): *The Contract Labour System and its Effects on Family and Social Life in Namibia. A Historical Perspective*. Windhoek.

HRP: History Research Project UNAM Northern Campus (2002): *Keep Our Fire Burning. The Traditional Homestead*. Windhoek

Hooper, Edward (1999): *The River. A Journey back to the source of HIV and AIDS*. London.

Hooper, Ed (1987): "AIDS in Uganda" In: *African Affairs*, H. 86 (October 1987) 345, S. 469-477.

Hope, Kempe Ronald (Hg.) (1999): *AIDS and Development in Africa A Social Science Perspective*. New York.

Hope, Kempe R. (1997): *African political economy. Contemporary issues in development*. Armonk, London.

Hubbard, Dianne (1995): *Maintainance. A Study of the Operation of Namibia's Maintainance Courts*. Windhoek.

Hunter, Susan S. (1991): "The impact of AIDS on children in sub-Saharan African urban centers" In: *African Urban Quarterly*, 6 (January-May 1991) 1-2, special Issue, S. 108-128.

Illich, Ivan (1995): *Die Nemesis der Medizin. Die Kritik der Medikalisierung des Lebens*. München.

Illich, Ivan (1988): *Medical Nemesis: The Expropriation of Health*. London.

Illich, Ivan (1978): *Fortschrittsmythen*. Reinbek.

Illich, Ivan (1970): *Almosen und Folter*. München.

Ingstad, Benedictine (1990): "The Cultural Construction of AIDS and its Consequences for Prevention in Botswana" In: *Medical Anthropology Quarterly*, 4. Jg. (1990), H. 1, S. 28-40.

Institut für Afrikakunde Hamburg (Hg.) (2001): *Afrika Spectrum*, Special Issue: AIDS in Africa Broadening the Perspectives Hamburg.

Isaak, Paul John (1997): *Religion and Society. A Namibian Perspective*. Windhoek.

Jackson, Helen (1994): "The socioeconomic impact of AIDS" In: *Journal of Social Development in Africa*, 9 (1994) 1, S. 73-82.

Jackson, Helen (1992): *AIDS - action now - Information, prevention and support in Zimbabwe*. Harare.

Jackson, Helen (1991): "AIDS and Social Work in Africa" In: *Journal of Social Development in Africa*, 6. Jg. (1991), H. 1, S. 47-62.

Jankielsohn, Roy (1996): "AIDS and inter-state relations in Southern Africa" In: *Acta Academica*, 28 (August 1996) 2, S. 79-95.

Kabou, Axelle (1995): *Weder arm noch ohnmächtig. Eine Streitschrift gegen schwarze Eliten und weiße Helfer*. Basel.

Katjavivi, Peter H. (1988): *A History of Resistance in Namibia*. Paris.

Katz, Alison (2003): "AIDS, individual behaviour and the unexplained remaining variation" In: *African Journal of AIDS Research*, January 2003.

Kaya, Hassan O. (1999): "Beyond the Statistics: HIV/AIDS as a Socioeconomic Epidemic in Africa" In: Hope, Kempe Ronald (Hg.) (1999): *AIDS and Development in Africa. A Social Science Perspective*. New York, S. 37-45.

Kirby, Michael (1993): "A focus on AIDS - Political and juridical impacts on AIDS in South Africa" In: *South African Journal of Human Rights*, 9 (1993) 1, S. 1-164.

Kloss-Quiroga, Barbara (1999): "Sexualverhalten junger Menschen in Afrika - und AIDS. Ein Seminar der DSE-Zentralstelle für Gesundheit" In: *Entwicklung und Zusammenarbeit*, 40. Jg. (1999), H. 5, S. 140.

Kleinman, Arthur (1980): *Patients and Healers in the Context of Culture. An Exploration of the Borderland between Anthropology, Medicine and Psychiatry*. Berkeley, Los Angeles, London.

Knop, Daniel (1988): *Von Pest bis Aids. Die Infektionskrankheiten und ihre Geschichte*. Tenningen.

Köhl, Albrecht; Schürhoff, Roland (2001): *AIDS im gesellschaftlichen Bewußtsein - Aspekte der Stigmatisierung von HIV-Infizierten und Risikogruppen*. Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades an der JLU Giessen. Giessen.

Konde-Lule, Joseph K.; Musagara, M.; Musgrave, S. (1993): "Focus Group Interviews about AIDS in Rakai District of Uganda" In: *Social Science and Medicine*, 37. Jg. (1993), H. 5, S. 679-684.

Koschnik, Wolfgang J. (1992): *Standardwörterbuch für die Sozialwissenschaften - Standard Dictionary of the Social Sciences*. München, New York, London, Paris.

Köbler, Reinhart (1998): *Entwicklung*. Münster.

Köbler, Reinhart; Schiel, Tilman (1996): *Auf dem Weg zu einer kritischen Theorie der Modernisierung*. Frankfurt.

Kreft, Dieter; Mielenz, Ingrid (1988): *Wörterbuch soziale Arbeit*. Weinheim.

Kunene, Raymond (1971): *Die Großfamilie. Eine afrikanische Gesellschaftstheorie*. Stein.



Köster-Lösche, Kari (1995): *Die großen Seuchen. Von der Pest bis AIDS*. Frankfurt.

Kreile, Renate (1997): "Politisierung von Ethnizität in Afrika" In: *Aus Politik und Zeitgeschichte*, B9 (1997), S. 12-18.

Krüger, Fred W. (1997): *Urbanisierung und Verwundbarkeit in Botswana Existenzsicherung und Anfälligkeit städtischer Bevölkerungsgruppen in Gaborone*. Pfaffenweiler.

Lau, Brigitte (1987): *Namibia in Jonker Afrikaner's Time*. Windhoek.

Le Blanc, Marie-Nathalie; Meintel, Deirdre; Piché, Victor (1991): "The African Sexual System Comment on Caldwell et al." In: *Population and Development Review*, 17. Jg. (1991), H. 3, S. 497-505.

LeBeau, Debbie (2002): "Traditional and Western medical knowledge systems in Namibia - is collaboration in diversity possible?" In: Winterfeldt, Volker; Fox, Tom; Mufune, Pempelani (Hg.) (2002): *Namibia - Society - Sociology*. Windhoek, S. 361-372.

LeBeau, Deborah Leah (1999): *Seeking Health. The hierarchy of Resort in Utilisation Patterns of Traditional and Western Medicine in Multi-Cultural Katutura, Namibia*. Rhodes University, Unpublished PhD Dissertation.

LeBeau, Debie; Fox, Tom; Becker, Heike; Mufune, Pempelani (1999): *Taking Risks - Taking Responsibility. An Anthropological Assessment of Health Risk Behaviour in Northern Namibia*. Sociology Department, University of Namibia. Manuskript. Windhoek.

Lebzelter, Viktor (1934): *Eingeborenenkulturen in Südwest- und Südafrika. Wissenschaftliche Ergebnisse einer Forschungsreise nach Süd- und Südwestafrika in den Jahren 1926-1928*. Leipzig.

Leclerc-Madlala, Suzanne (1997): " "Die Geißel unserer Generation" - Junge Südafrikaner in Natal riskieren bewußt, AIDS zu verbreiten" In: *Der Überblick*, 33 (Dezember 1997) 4, S. 39-42.

Leiss, William; Kline, Stephen; Shelly, Sut (1986): *Social Communication in Advertising. Persons, Products and Images of Well-Being*. Toronto.

Lentz, Carola (1994): „Tribalismus“ und Ethnizität in Afrika. *Ein Forschungsüberblick*. Berlin.

Leslie, Charles; Young, Allan (Hg.) (1992): *Paths to Asian Medical Knowledge*. Berkeley.

Lentz, Carola (1992): "Quantitative und qualitative Erhebungsverfahren im fremdkulturellen Kontext. Kritische Anmerkungen aus ethnologischer Sicht" In: Reichert, Christoph; Scheuch, Erwin K.; Seibel, Hans Dieter (Hg.) (1992): *Empirische Sozialforschung über Entwicklungsländer. Methodenprobleme und Praxisbezug*. Saarbrücken, Fort Lauderdale, S. 317-339.

Lenz, Ilse (1990): "Geschlechtssymmetrische Gesellschaften. Neue Ansätze nach der Matriarchatsdebatte" In: Lenz, Ilse; Luig, Ute (Hg.) (1990): *Frauenmacht ohne Herrschaft. Geschlechterverhältnisse in nicht patriarchalen Gesellschaften*. Berlin, S. 17-74.

Liebowitz, Jeremy (2002): "The Impact of Faith-Based Organisations on HIV/AIDS Prevention and Mitigation in Africa" Paper prepared for the Health Economics and HIV/AIDS Research Division, University of Natal. Durban, Manuskript.

Loeb, Edwin Meyer (1962): *In Feudal Africa*. Bloomington.

Loeb, Edwin Meyer (1956): "Kuanyama Ambo Magic" In: *The Journal of American Folklore*, 68/69, S. 35-50.

Loeb, Edwin Meyer (1951): "Kuanyama Ambo Folklore" In: *Anthropological Records*, Vol. 13, No. 4, S. 289-335.

Loeb, Edwin Meyer (1950): "The Kuanyama Ambo " In: *Scientific American*, H. 183, S. 52-55.

Luckmann, Thomas; Berger, Peter L. (1969): *Die gesellschaftliche Konstruktion der Wirklichkeit*. Frankfurt.

Luiz, John; Roets, Leon; Smart, Hiske (1995): "The Aids threat in South Africa. What lies ahead?" In: *Africa Insight*, 25. Jg. (1995), H. 1, S. 31-36.

MacDonald, David S. (1996): "Notes on the socio-economic and cultural factors influencing the transmission of HIV in Botswana." In: *Social Science and Medicine*, 42. Jg. (1996), H. 9, S. 1325-1333.

MacLean, G. R. (1996): "HIV infection and a limit to confidentiality" In: *South African Journal on Human Rights*, 12 (1996) 3, S. 452-466.

Maho, Jouni F. (1998): *Few People, Many Tongues. The languages of Namibia* Windhoek.

Malan, Johan S. (1998): *Die Völker Namibias*. Göttingen, Windhoek.

Matheson, Alastair (1998): "AIDS in Africa - Alarming spread of the deadly virus" In: *African Contemporary Record* 1990/1991, No. 23, S. A39-A49.

Mathews, Catherine (1995): "Learning to listen - Formative research in the development of AIDS education for secondary school students" In: *Social Science and Medicine*, 41 (1995) 12, S. 1715-1724.

May, Hans-Christoph (1992): "Du kannst nicht von der Hoffnung leben." In: *DED-Brief*, Jg. 1992, H. 1, S. 29-31.

McFadden, Patrica (1994): "Re-negotiating African sexuality." In: *Southern African Political and Economic Monthly*, 7. Jg. (1994), H. 9, S. 9-10.

- McKittrick, Meredith (2002): *To Dwell Secure. Generation, Christianity and Colonialism in Ovamboland*. Portsmouth, Oxford, Cape Town.
- McKittrick, Meredith (1998): "Generational Struggles and Social Mobility in Western Ovambo Communities 1915-1954" In: Hayes, Patricia; Silvester, Jeremy; Wallace, Marion; Hartmann, Wolfram (Hg.) (1998): *Namibia under South African Rule. Mobility and Containment. 1915-46*. Oxford, Windhoek, Athen, S. 241-262.
- McKittrick, Meredith (1995): "Conflict and Change in Northern Namibia 1850-1954" Unpublished Dissertation. Stanford.
- McNeill, William H. (1976): *Plagues and Peoples*. New York.
- Miller, Norman; Rockwell, Richard C. (Hg.) (1988): *AIDS in Africa. The Social and Policy Impact*. Lewiston, Queenston. (= Studies in African Health and Medicine 1)
- MHSS: Ministry of Health and Social Services (2003): *Report of the 2002 National HIV Sentinel Survey*. Windhoek.
- MHSS: Ministry of Health and Social Services (2001a): *Report of the 2000 HIV Sentinel Sero Survey*. Windhoek.
- MHSS: Ministry of Health and Social Services (2001b): *HIV/AIDS Home Based Care Handbook* Windhoek.
- MHSS: Ministry of Health and Social Services (2000a): *Epidemiological Report on HIV/AIDS for the Year 1999*. Windhoek.
- MHSS: Ministry of Health and Social Services (2000b): *Report on KAP Study related to HIV/AIDS*. Windhoek, Duesseldorf, Unveröffentlichtes Manuskript.
- MHSS Working Group on HIV/AIDS Impact Modelling (Hg.) (2000c): *Projecting the Impact of HIV/AIDS in Namibia*. Windhoek, Unveröffentlichtes Manuskript.
- Moorsom, Richard (1995): *Underdevelopment and Labour Migration: The Contract Labour System in Namibia*. University of Namibia, Namibian History Trust at the Department of History, Histroy Research Paper No. 1. Manuskript. Windhoek.
- Monduzzi Editore (Hg.) (2000): *XIII International AIDS Conference - Extended version of the abstracts Social Science, Rights, Politik, Commitment and Action*. Bologna.
- Moritz, Walter (1980): *Erkundungsreise ins Ovamboland 1857. Tagebuch Carl Hugo Hahn*. Werther. (=Aus alten Tagen in Südwest Heft 4)
- Mufune, Pempelani (1999): "Social Science Explanations of the AIDS Pandemic in Africa" In: Hope, Kempe Ronald (Hg.) (1999): *AIDS and Development in Africa. A Social Science Perspective*. New York, S. 21-35.

- Mufune, Pempelani (2001): "Agencies and Structures facilitating the Transmission of HIV/AIDS in Northern Namibia." Windhoek, Manuskript.
- Mupedziswa, Rodreck (1996): "Reaching out to the unreached - Peer educations as a strategy for the promotion of HIV/AIDS awareness among street children" In: *Journal of Social Development* (Harare), 11 (1996) 2, S. 73-88.
- Mwale, Genevieve; Burnard, Philip (1992): *Women and AIDS in rural Africa - Rural women's views of AIDS in Zambia*. Avebury.
- Namibian (2003a): "Govt to supply drugs to HIV patients" In: *The Namibian*, 28. Februar 2003.
- Namibian (2003b): "Govt's anti-AIDS project generates positive news" In: *The Namibian*, 16. Mai 2003.
- Namibian (2003c): "Namibian firm will produce AIDS drugs, says Minister" In: *The Namibian*, 10. Juni 2003.
- Namibian (2003d): "175 take own lives so far this year " In: *The Namibian*, 25. August 2003.
- Namibian (2003e): "Woman hangs baby, self" In: *The Namibian*, 22. August 2003.
- Namibian (2003f): "Pharmacists ready to offer advice on AIDS drugs" In: *The Namibian*, 8. September 2003.
- Namibian (2003g): "AIDS drugs roll out" In: *The Namibian*, 26. September 2003.
- Namibian (2003h): "AIDS funds 'missing target' " In: *The Namibian*, 9. Oktober 2003.
- Namibian (2002a): "Govt dallies on AIDS drugs for rape victims" In: *The Namibian*, 23. Juli 2002.
- Namibian (2002b): "Swapo urges Govt to up efforts on providing AIDS drugs" In: *The Namibian*, 2. September 2002
- Namibian (2002c): "Brave orphans carry the burden of HIV-AIDS" In: *The Namibian*, 3. Dezember 2002.
- Namibian (2001a): "President accuses Americans of creating HIV-AIDS" In: *The Namibian*, 9. April 2001.
- Namibian (2001b) "The Namibian tops news paper survey" In: *The Namibian*, 10. Oktober 2001.
- Namibian (2000a): "Close to 50% of Namibian girls have children by age of 19" In: *The Namibian*, 25. Juli 2000.
- Namibian (2000b): "Suicides plague North" In: *The Namibian*, 25. Juli 2000.

Namibian (1997): "Another baby raped - Are witchdoctors encouraging sexual abuse of virgins?" In: *The Namibian*, 27. August 1997.

NDT; CASS (Hg.) (1994): *Improving the Legal and Socio-economic Situation of Women in Namibia*. Windhoek.

NM: Namibia Magazin 3/03 (2003), 14. Jahrgang .

NNPC: Namibia National Planning Commission, Central Bureau of Statistics (Hg.) (2002): *Census Preliminary Results in Brief*. Windhoek

Ng'weshemi, Japheth (Hg.) (1992): *HIV prevention and AIDS care in Africa - A district level approach*. Amsterdam.

Nxumalo, Mamane (1999): "Women's Health, Sociocultural Practices and HIV/AIDS in Swasiland" In: Hope, Kempe Ronald (Hg.) (1999): *AIDS and Development in Africa. A Social Science Perspective*. New York 1999, S. 59-67.

Nye, Ra (1999): *Sexuality*. New York.

Odebiyi, A.I. (1991): "Shame has fallen on the earth now. AIDS in Africa - psychosocial and economic analysis. In: *Scandinavian Journal of Development Alternatives*, No. 10 (March-June 1991) 1-2, S. 45-57

Offe, Johanna A. (2001): " "Smart guys plan for the future!" Cultural Concepts of time and the prevention of AIDS in Africa" In: *Afrika Spectrum*, 36 (2001) 1, S. 53-72.

Ogo, K.; Delany, M. (1997): "Economic and Demographic Consequences in Namibia - Rapid Assessment of the Costs" In: *International Journal of Health Planning and Management*, Vol. 12 (1997) No. 4, S. 315-326.

Over, M. (1992): *The Macro-economic Impact of AIDS in Sub-Saharan Africa*. New York. (= The World Bank, Technical Working Paper No. 3, 1992)

Packard, Randall M.; Epstein, Paul (1991): "Epidemiologists, Social Scientists, and the Structure of Medical Research on AIDS in Africa" In: *Social Science and Medicine*, 33. Jg. (1991), H. 7, S. 771-794.

Paine-Conant, Francis (1988): "Evaluating Social Science Data relating to AIDS in Africa" In: Miller, Norman; Rockwell, Richard C. (Hg.) (1988): *AIDS in Africa. The Social and Policy Impact*. Lewiston, Queenston. (=Studies in African Health and Medicine 1), S. 197-209.

Pendleton, Wade C. (1997): *Katutura - A Place where we stay*. Windhoek.

Pfleiderer, Beatrix (1995): "Der Blick nach Drinnen: Zur kulturellen Konstruktion medizinischen Tuns und Wissens" In: Pfleiderer, Beatrix; Greifeld, Katarina; Bichmann, Wolfgang (Hg.) (1995): *Ritual und Heilung Eine Einführung in die Ethnomedizin*. Berlin, S. 163-198.

Pfleiderer, Beatrix; Greifeld, Katarina; Bichmann, Wolfgang (Hg.) (1995): *Ritual und Heilung. Eine Einführung in die Ethnomedizin*. Berlin.

Philipson, Tomas J.; Posner, Richard A. (1995): "The microeconomics of the AIDS epidemic in Africa" In: *Population and Development Review*, 21 (December 1995) 4, S. 835-845.

Phororo, Hopolang (2002): *HIV/AIDS - Who Suffers in Namibia?* Windhoek (= NEPRU Working Paper No. 84).

Pollak, Michael; Paichler, Geneviève; Pierret, Janine (1992): *AIDS. A problem for Sociological Research*. London, Newbury Park, New Delhi.

Pörksen, Uwe (1997): *Weltmarkt der Bilder. Eine Philosophie der Visiotype*. Stuttgart.

Prah, K.H. (Hg.) (1993): *Social Science Research Priorities for Namibia*. Western Cape.

Procaare (2003): "TB Increases as DOTS Workers Migrate to HIV", Health-E News, 21.02.2003. [Internetposting]

Rachier, A. D. O. (1995): "AIDS and the Law" In: *The Nairobi Law Monthly*, (August 1995) 56, S. 34-40.

Rahnema, Majid (1997): "Development and the People's Immune System: The Story of Another Variety of AIDS" In: Rahnema, Majid; Victoria Bawtree (Hg.) (1997): *The Post-Development Reader*. London, S. 111-131.

Rakelmann, Georgia A.; Rundle, Stella (Hg.) (2001): *AIDS in my home, AIDS in my neighbourhood*. Francistown.

Rakelmann, Georgia A. (2001): " "We sat there half the day asking questions, but they were unable to tell where AIDS comes from ..." Local Interpretations of AIDS in Botswana" in: In: *Africa-Spektrum*, Nr. 01/1 (Special Issue AIDS in Africa: Broadening the Perspectives), S. 35-52.

Resade, H. (1984): *Zur Kritik der Modernisierungstheorie: Ein Versuch zur Beleuchtung ihres methodologischen Basissyndroms*. Opladen.

Robert Koch Institut (2000): *Merkblatt für Ärzte - Die HIV-Infektion (AIDS)* (Erstveröffentlichung im Bundesgesundheitsblatt 12/2000). Berlin.

Rompel, Matthias (2002a): "Haina's death – how AIDS threatens the intergenerational contract in Namibia" In: *Agriculture and Rural Development*, Vol. 9, No. 2/2002, S. 15-17.

Rompel, Matthias (2002b): "Werbung gegen AIDS. Betrachtungen zur HIV-Prävention in Namibia" In: Willems, Herbert (Hg.) (2002): *Die Gesellschaft der Werbung*. Wiesbaden, S. 892-907.

- Rompel, Matthias (2001a): "Media reception and public discourse on the AIDS epidemic in Namibia" In: *Africa-Spektrum*, Nr. 01/1 (Special Issue AIDS in Africa: Broadening the Perspectives), S. 91-96.
- Rompel, Matthias (2001b): "AIDS im Norden Namibias. Die Krankheit die immer nur die anderen haben" In: *Afrika Süd*, Jg. 2001, H. 3, S. 12-14.
- Rompel, Matthias (2001c): "Emma´s Story - Ein Interview" In: *Palaver - Kleine Schriften zum südlichen Afrika*, Nr. 7/01, S. 37-43.
- Rompel, Matthias (2000): "Religiöse Bewegungen und Modernisierungsprozesse im südlichen Afrika", Magisterarbeit. Gießen.
- Rotello, Gabriel (1997): *Sexual ecology. AIDS and the destiny of gay men*. Harmondsworth.
- Sauerwein, Astrid (1990): *Mission und Kolonialismus in Simbabwe 1840-1940. Kolissionen, Konflikte und Koooperationen*. Gießen.
- Sbert, José María (1993): "Fortschritt". In: Wolfgang Sachs (Hg.) (1993): *Wie im Westen so auf Erden. Ein polemisches Handbuch zur Entwicklungspolitik*. Reinbek, S. 122-144.
- Schäfer, Marco (2003): "HIV/AIDS und Sexualität in Botswana. Geschlechterbeziehungen unter Modernisierungsdruck", Diplomarbeit im Studiengang Sozialwissenschaften. Gießen.
- Schäfer, Rita (2002): "Transformation der Ovambo-Gesellschaft und Veränderungen der Anbausysteme in Nordnamibia. Geschlechterverhältnisse und tradiertes agrar-ökologisches Wissen" In: *Anthropos* (2002), H. 97/2002, S. 73-87.
- Scheper-Hughes, Nancy (1994): "AIDS and the Social Body. An Essay" In: *Social Science and Medicine*, 39. Jg. (1994), H. 7, S. 991-1003.
- Schetar, Daniela; Köthe, Friedrich (1996): *Namibia*. Markgröningen.
- Schicho, Walter (1999): *Handbuch Afrika* [Band 1]. Frankfurt.
- Schmidlin, Joseph (1913): *Die katholischen Missionen in den deutschen Schutzgebieten*. Münster.
- Schmitt, Ellen (1999): *AIDS und Gesellschaft in Zimbabwe. Eine qualitative Untersuchung*. Berlin.
- Schopper, Doris; Doussantousse, Serge; Orav, John (1993): "Sexual Behaviours relevant to HIV transmission in a rural African population. How much can a KAP survey tell us?" In: *Social Science and Medicine*, 37. Jg. (1993), H. 3, S. 401-412.
- Schulz, Thomas (1998): *Kulturelle Konstruktion von AIDS. Wissenschaftliche Erkenntnisproduktion und subjektive Deutung*. Frankfurt.

Setel, Philip W.; Lewis, Milton; Lyons, Marynez (Hg.) (1999): *Histories of Sexually Transmitted Diseases and HIV/AIDS in Sub-Saharan Africa*. Westport.

SIAPAC: Social Impact Assessment and Policy Analysis Corporation (1997): *Trends in Youth Sexual Knowledge, Attitudes and Practises: 1995 to 1997*. Windhoek.

Signer, David (1989): "Tropischer Hyperhumanismus. Höfliche Parkwächter, geköpfte Aussteiger und Hexerei in Afrika" In: *Lettre International*, Jg. 2000, H. 49, S. 44-46.

Slotten, Ross A. (1995): "AIDS in Namibia" In: *Social Science and Medicine*, 41. Jg. (1995), H. 2, S. 277-284.

Sontag, Susan (1989): *Aids und seine Metaphern*. München, Wien.

Stillwaggon, Eileen (2002): "HIV/AIDS in Africa: Fertile Terrain" In: *The Journal of Development Studies*, Vol. 38, No. 6 (August 2002), S. 1-22.

Stürzer, Michael; Wolf, Angelika (Hg.) (1996): *Die gesellschaftliche Konstruktion von Befindlichkeit. Ein Sammelband zur Medizinethnologie*. Berlin.

Stein, Joanne (1996): "Coping with HIV infection. The theory and the practice" In: *African Anthropology*, 3. Jg. (1996), H. 2, S. 67-83.

Steinitz, Lucy (2002): "When Spider Webs unite: The Work of Volunteers in providing Home Based Care in Namibia", Manuskript. Windhoek.

Swart-Kruger, Jill (1997): "AIDS-related knowledge, attitudes and behaviour among South African street youth - Reflections on power, sexuality and the autonomous self" In: *Social Science and Medicine* (Oxford), 45 (September 1997) 6, S. 957-966.

Talavera, Philippe (2002): *Challenging the Namibian perception of Sexuality. A case study of the Ovahimba and Ovaherero culturo-sexual models in Kunene North in an HIV/AIDS-context*. Windhoek.

Talavera, Philippe (2001): *What is HIV/AIDS and how is it transmitted*. Training Manual No.1. Opuwo.

Tersbol, Britt Pinkowsky (2002): "How to make sense of lover relationships - Kwanyama culture and reproductive health" In: Winterfeldt, Volker; Fox, Tom; Mufune, Pempelani (Hg.) (2002): *Namibia - Society - Sociology*. Windhoek, S. 347-360.

Timm, Uwe (1981): *Deutsche Kolonien*. München.

Tuupainen, Maija (1970): *Marriage in a Matrilineal African Tribe. A Social Anthropological Study of Marriage in the Ondonga Tribe in Ovamboland*. Helsinki.

Tönjes, Hermann (1996): *Ovamboland. Country, People, Mission. With Particular Reference to the Largest Tribe, The Kwanyama*. Windhoek.



- Tönjes, Hermann (1911): *Ovamboland. Land, Leute, Mission*. Berlin.
- Tönjes, Hermann (1910): *Wörterbuch der Owambo. Oshikuanjama-Deutsch*. Berlin.
- Töttemeyer, Gerhard (1978): *Namibia Old and New. Traditional and Modern Leaders in Ovamboland*. London
- UNAIDS (Hg.) (2003a): *Fact sheet - Access to HIV Treatment and Care - July 2003*. Genf
- UNAIDS (Hg.) (2003b): "Expert Group stresses that unsafe sex is primary mode of HIV transmission in Africa", Press Release, 14. März 2003. Genf.
- UNAIDS (Hg.) (2002a): *Report on the global HIV/AIDS epidemic - July 2002*. Genf.
- UNAIDS (Hg.) (2002b): *AIDS epidemic update - December 2002*. Genf.
- UNAIDS (Hg.) (2001): *AIDS epidemic update - December 2001*. Genf.
- UNAIDS (Hg.) (2000): *Report on the global HIV/AIDS epidemic - July 2000*. Genf.
- UNAIDS; UNDP (Hg.) (1998): *HIV/AIDS & Human Development*. South Africa, New York, Genf.
- UNAIDS; WHO (Hg.) (2003): *AIDS epidemic update - December 2003*. Genf.
- UNDESIP: United Nations Department for Economic and Social Information and Policy Analysis (Hg.) (1994): *AIDS and the demography of Africa*. New York.
- UNDP; UNAIDS Namibia (1997): *Human Development Report 1997*. Windhoek.
- UNDP; UN Country Team Namibia (1999): *Human Development Report 1999*. Windhoek.
- UNDP (Hg.) (1998a): *From single parents to child-headed households - the case of children orphaned by AIDS in Kisumu and Siaya Districts in Kenya*. Study Paper 7. New York.
- UNDP (Hg.) (1998b): *Bericht über die menschliche Entwicklung 1998*. New York, Bonn.
- UNDP (Hg.) (2000): *Human Development Report 2000*. New York, Oxford.
- UNDP; UNAIDS (Hg.) (1998): *HIV/AIDS & Human Development*. South Africa, New York 1998.
- UNICEF; WHO (Hg.) (1994): *Action for children affected by AIDS - programme profiles and lessons learned*. New York.

UNIRIN: UN Integrated Regional Information Networks (2003): "Namibia: Better AIDS messages needed", Artikel vom 28.05.2003. [Internetquelle: <http://www.aegis.com/news/irin/2003/IR030530.html>; Stand: 17.9.2003]

United Nations System Namibia (Hg.) (1998): *Namibians speak out on HIV/AIDS*. Windhoek.

van der Loo, Hans; van Reijen, Willem (1992): *Modernisierung. Projekt und Paradox*. München.

van Dyk, Alta (1999): *HIV/AIDS Care & Counselling. A Multidisciplinary Approach*. Cape Town.

von Nahmen, Carsten (1999): *Deutschsprachige Medien in Namibia*. Windhoek.

Villa-Vicencio, Charles (1995): "Mission Christianity" In: Prozesky, Martin; de Gruchy, John (Hg.) (1995): *Living Faiths in South Africa*. Cape Town, Johannesburg.

Wallace, Rodrick (1993): "Social Disintegration and the Spread of AIDS - II. Meltdown of Sociogeografic Structure in Urban Minority Neighbourhoods" In: *Social Science and Medicine*, 37. Jg. (1993), H. 7, S. 887-896.

Warneck, G. (1879): *Die gegenseitigen Beziehungen zwischen der modernen Mission und Kultur. Auch eine Kulturkampfstudie*. Gütersloh.

Webb, Douglas (1997): *HIV and AIDS in Africa*. London, Chicago, Pietermaritzburg.

Webb, Douglas; Simon, David (1995): "Migrants, money and the military - The social epidemiology of HIV/AIDS in Owambo, Northern Namibia", NEPRU Occasional Paper No. 4. Windhoek.

Whiteside, Alan (1990): *AIDS in Southern Africa - A position paper for the Development Bank of Southern Africa*. Durban.

Whiteside, Alan; Sunter, Clem (2000): *AIDS. The Challenge for South Africa*. Cape Town.

Whiteside, Alan; Mattes, Robert; Willan, Samantha; Manning, Ryann (2002): "Examining HIV/AIDS in Southern Africa through the eyes of ordinary Southern Africans", CSSR: Centre for Social Science Research, Democracy in Africa Research Unit (Working Paper No. 11). Cape Town.

WHO (2002): *Impact of AIDS on Older People in Africa. Zimbabwe Case Study*. Genf.

WHO (1994): *AIDS - images of the epidemic*. Genf.

WHO (1989): *Projections of HIV/AIDS in Sub-Saharan Africa using an epidemiologically based modeling approach*. Genf.

- WHO (1988): *Epidemiologically based HIV/AIDS projektion model*. Genf.
- WHO (1986): "Bangui-Definition: A Provisional WHO clinical case definition for AIDS." In: *Weekly Epidemiological Record*, No. 10 (March 7), S. 71.
- Willems, Herbert (1999): "Werbung als Medieninszenierung: Genrespezifische Kontextbedingungen und dramaturgische Strategien" In: *Soziale Welt*, 50 (1999), S. 115-132.
- Williams, Glen; Milligan, Amanda; Odenwingie, Tom (Hg.) (1997): *A Common Cause Young people, sexuality and HIV/AIDS in three African countries*. Genf. (= Strategies for Hope, No. 12)
- Williams, Frieda-Nela (1994): *Precolonial Communities of Southwestern Africa. A History of Owambo Kingdoms 1600-1920*. Windhoek.
- Winterfeldt, Volker (2002): "Labour migration in Namibia - gender aspects" In: Winterfeldt, Volker; Fox, Tom; Mufune, Pempelani (Hg.) (2002): *Namibia - Society - Sociology*. Windhoek, S. 39-74.
- Witte, Kim; Coleman, Patrick et.al. (2003): *HIV/AIDS Lifestyles, Knowledge, Attitudes and Practices: A Baseline Survey of Greater Windhoek Youth in Namibia*. Baltimore, Manuskript.
- Wolf, Angelika (1996): "Neue Perspektiven in der Diskussion um Aids. Die Bedeutung der Essensmetapher" In: *Curare*, 19. Jg. (1996), H. 1, S. 151-155.
- World Bank (Hg.) (1992): *Tanzania - AIDS assessment and planning study. A World Bank Country Study*. Washington.
- World Bank (Hg.) (1997): *Confronting AIDS - Public Priorities in a Global Epidemic*. New York.
- Ylänkö Maaria (1996): "Factors affecting the HIV-epidemic and its differences in sub-Saharan Africa - A summary with some methodological reflections" In: *Nordic Journal of African Studies* (Helsinki), 5 (1996) 2, S. 54-70.
- Yeager, Rodger (1987): "Political and ecological implications of AIDS in Eastern and Central Africa" In: *Thirtieth Annual Meeting of the African Studies Association*. Denver, Colorado, 19.-23. November 1987. Denver, S. 1-23. (= Konferenzpapier 98 der ASA-Jahrestagung 1987).
- Zaffiro, James J. (1996): "Casting shadows on SADC - AIDS policy in Southern Africa into the next century" In: *Africa Insight*, 26 (1996) 4, S. 325-338
- Zeit (2000): "Die Brutstätte der Seuche" (Stefan Klein und Ulrich Bahnsen) In: *Die Zeit*, Nr. 38 (14. September 2000).
- Zhu, Tuofu; Korber, Bette; Nahmias, Andre; Hooper, Edward; u.a. (1998): "An African HIV-1 sequence from 1959 and implications for the origin of the epidemic" In: *Nature*, H. 391 (1998), S. 594-597.

## 12. Anhang

### 12.1 Transkriptionssystem

[...]	Textauslassung
..	kurze Selbstunterbrechung
...	längere Selbstunterbrechung
....	Pause
<lacht>	Bemerkung zu Stimmlage, Mimik, Gestik oder anderen nonverbalen Äußerungen
<envelope>	Übersetzung lokalsprachliche Begriffe oder Lehnwörter aus dem Afrikaans
[to be]	Einfügung grammatikalische Änderungen oder Wort- und Satzergänzungen zur Verbesserung der Les- und Erfäßbarkeit
[der Mutter]	Kontextinformationen die sich aus dem Gesamtinterview erschließen, beispielsweise auf wen sich Äußerungen beziehen.
<u>I thought</u>	Unterstreichungen zur Hervorhebung einzelner Sequenzen
" .."yes" .. "	Zitate innerhalb eines Interviews sind in normale Anführungszeichen gesetzt

Die Zitate sind wörtlich wiedergegeben. Auf die grammatikalische Korrektur wurde weitgehend verzichtet, um den Charakter der Aussagen möglichst nicht zu verzerren.

Nur zum Teil wurden, zur Verbesserung der Les- und Erfäßbarkeit, grammatikalische Änderungen oder Wort- und Satzergänzungen in Klammern eingefügt.

## 12.2 Abbildungsverzeichnis

	<i>Seite</i>
Geschätzte Anzahl HIV-infizierter Erwachsener und Kinder (2002)	41
Geschätzte Anzahl HIV-infizierter Kinder unter 15 Jahren (2002)	42
Geschätzte Anzahl AIDS-verursachter Todesfälle (2002)	43
Trends in den Seroprävalenzraten ausgewählter Länder im Südlichen Afrika	47
HIV-Prävalenz bei Schwangeren in Namibia (2002)	58
Prävalenzraten in Namibia im zeitlichen Verlauf nach Regionen	59
Prävalenzraten in Namibia nach Altersgruppen	59
Prävalenzraten in Namibia nach Regionen (2002)	60
Die verschiedenen ethnischen Gruppen im Ovamboland	65
Aufbau eines <i>eumbo</i>	69
Foto <i>eumbo</i> in der Regenzeit (mit hochgewachsenen Hirsepflanzen, etwa März)	69
Foto <i>eumbo</i> in der Regenzeit (mit kleinen Hirsepflanzen, etwa Januar)	70
Foto <i>eumbo</i> in der Trockenzeit	70
Foto dreschen der <i>omahangu</i> -Ernte	74
Foto geerntete Melonen ( <i>omatanga</i> )	75
Schematische Darstellung des Nahrungsmittelangebots	75
Karte von Katutura	83
Foto Squattercamp in Katutura	86
Vorläufige Endergebnisse des Zensus 2001 nach Regionen	107
Foto von Maria Kutonokwa	138
Foto von Heidimbi Johannes	142
Foto von Simon Elago	151
Foto AIDS-kranke junge Frau und ihre achtjährige Tochter	215
Schematische Zusammenschau der Folgen von AIDS in der Familie	233
Foto AIDS-Präventionswerbung in Katutura	236
AIDS-Präventionswerbung im Namibian	238
Foto <i>Home-based-Care</i> -Besuch eines Counsellors	254
Foto Werbeplakat für Beerdigungsversicherungen	265

### 12.3 Interviewverzeichnis

<i>Interview</i>	<i>mit</i>	<i>geführt am</i>	<i>in</i>
I/01	Dr. Karl Ahlers, DED	28.09.2000	Windhoek
I/02	Harald Schütt, DED	28.09.2000	Windhoek
I/03	Dr. Raphaela Händler, CAA	29.09.2000	Windhoek
I/04	Gerhard Diergardt, ELCRN	02.10.2000	Katutura
I/05	Agnes Tom, CAA	03.10.2000	Katutura
I/06	Juliane Breitenfeld, ACT	04.10.2000	Katutura
I/07	Jim Myers, NASOMA	05.10.2000	Windhoek
I/08	Dr. Anne Frisch, GTZ	05.10.2000	Windhoek
I/09	Dr. Gérald Brulé, CF; Andrew Calclough, VSO	13.10.2000	Oshakati
I/10	Festus Ashipala, ELCIN	16.10.2000	Onipa
I/11	Dr. Klaus Sturbeck, DED	16.10.2000	Engela
I/12	Prof. Pemphelelani Mufune, UNAM	23.10.2000	Windhoek
I/13	Randolph Maton, SIAPAC; Eric Afrikaaner, SIAPAC	25.10.2000	Windhoek
I/14	Emma Tuahepa	06.10.2000	Windhoek
I/15	Wilhelm Lukas	15.10.2000	Ondangwa
I/16	Simon Elago	25.10.2000	Katutura
II/01	Gruppeninterview	29.03.2001	Oshakati
II/02	Maria Thomas	30.03.2001	Omutenya
II/03	Flavio Domingos	01.04.2001	Oshakati
II/04	Andreas Shivute	03.04.2001	Okaloko
II/05	Johanna Shidhika	03.04.2001	Olukonda
II/06	Jonas Shii	04.04.2001	Okantonge
II/07	Maria Kaandala	05.04.2001	Ongwediva
II/08	Michelle Namupala	10.04.2001	Katutura
III/01	Simon Elago	09.08.2001	Katutura
III/02	Haina Itembu	12.08.2001	Katutura
III/03	Jenat Shivute	13.08.2001	Katutura
III/04	Riska Haobes	13.08.2001	Katutura
III/05	Willemina Bantan	13.08.2001	Katutura
III/06	Gruppeninterview	14.08.2001	Katutura
III/07	Beatha Shipanga	15.08.2001	Katutura
III/08	Priscilla Naobes	17.08.2001	Katutura
III/09	Manfred Lehoho	18.08.2001	Katutura
III/10	Maleska und Bernhard Shivute	19.08.2001	Katutura
III/11	Angela Josef	21.08.2001	Katutura
III/12	Andreas Ndafaenoabo	24.08.2001	Ondangwa
III/13	Paulina Haifiku	24.08.2001	Ondangwa
III/14	Victoria Joel	28.08.2001	Onipa
III/15	Maria und Joseph Shikongo	27.08.2001	Ondangwa
III/16	Helma David	31.08.2001	Onipa
IV/01	Ingrid Louis, CAA	26.01.2003	Katutura
IV/02	Alsina Ndevelo, CAA	26.01.2003	Katutura
IV/03	Theapolina Nangombe	26.01.2003	Katutura
IV/04	Gabriel Lukas	28.01.2003	Onakalunga

IV/05	Benita Johannes	29.01.2003	Omulaye
IV/06	Maria Kutonokwa	29.01.2003	Ontunda
IV/07	Ndeshivela Nambala	29.01.2003	Ontunda
IV/08	Emilia Nungonga	30.01.2003	Oshigambo
IV/09	Hilda Shuudeni	30.01.2003	Onethindi
IV/10	Linea Akumbe	01.02.2003	Omishe
IV/11	Thoini Johannes	01.02.2003	Egolo
IV/12	Vilho Iiyambo	01.02.2003	Oshigambo
IV/13	Gruppeninterview	03.02.2003	Onipa
IV/14	Gruppeninterview	03.02.2003	Onipa
IV/15	Maria Pohamba	03.02.2003	Ondangwa
IV/16	Silvia Kaput	04.02.2003	Onipa
IV/17	Elisabeth Amokwaya	04.02.2003	Onipa
IV/18	Mattheus Shea	05.02.2003	Onipa
IV/19	Victoria Joel	05.02.2003	Onipa
IV/20	Lucky Nangolo	05.02.2003	Ondangwa
IV/21	Olivia Ekandjo	05.02.2003	Ondangwa
IV/22	Joseph Apna	06.02.2003	Onipa
IV/23	Maria David	06.02.2003	Ongha
IV/24	Johannes Iilonga	10.02.2003	Katutura
IV/25	Julinda Nepolo	10.02.2003	Katutura
IV/26	Hilma Kwego	10.02.2003	Katutura
IV/27	Linda Hermann	10.02.2003	Katutura
IV/28	Johanna Sungelezi	11.02.2003	Katutura
V/01	Johannes Iilonga	06.05.2003	Katutura
V/02	Johanna Sungelezi	06.05.2003	Katutura
V/03	Angela Josef	07.05.2003	Katutura
V/04	Hilma Kwego	08.05.2003	Katutura
V/05	Maria Nashingolo	09.05.2003	Katutura
V/06	Benita Johannes	12.05.2003	Omulaye
V/07	Vilho Iiyambo	12.05.2003	Oshigambo
V/08	Heidimbi Johannes	12.05.2003	Onipa
V/09	Olivia Ekandjo	13.05.2003	Ondangwa
V/10	Helena Shikongo	13.05.2003	Onamwula
V/11	Linea Akumbe	14.05.2003	Omishe