

Matthias Rompel

„This is my house“ – Heidimbis Kindheit, *oder*: Vom Schrecken und der Notwendigkeit neuer Institutionen in Zeiten von AIDS in Namibia

Heidimbi ist auf den ersten Blick ein ganz normaler Junge. Er ist sechs Jahre alt, geht seit kurzem zur Schule und lebt in der Nähe von Ondangwa, im Norden Namibias. Eines aber unterscheidet ihn von anderen Kindern: Heidimbi ist HIV-positiv und lebt seit seiner Geburt in einem Krankenhaus.

Die Mutter hat den Jungen in einer Plastiktüte an einer Straße hinterlassen, wo er – offensichtlich nur wenige Stunden nach der Geburt – gefunden wurde und ins nahe Onandjokwe-Hospital gebracht wurde. Seitdem lebt Heidimbi auf Station Neun des Krankenhauses. Hier werden Infektionskrankheiten behandelt. 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 auf die Station eingewiesen werden.

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“¹. Ein Leben zwischen Kranken, zwischen Mundschutz und Latexhandschuhen, zwischen Infusionstropf und dem Tod.

Heidimbi ist nicht krank, er ist *nur* infiziert mit dem Virus, der – ohne medizinische Intervention – zur Immunschwächekrankheit AIDS führt. Anders als anderen HIV-positiven Kindern, die bereits mit Symptomen oder schweren Krankheiten geboren werden und oft nur kurz leben, geht es Heidimbi körperlich gut. Er hat die Krankheiten, mit denen jedes Kind zu kämpfen hat, aber keine äußeren Anzeichen, die auf seine HIV-Infektion hindeuten.

Im Folgenden soll das Schicksal von Heidimbi als Ausgangspunkt dienen, einen Blick auf die sozialen Ursachen und Folgen der AIDS-Epidemie in Namibia zu werfen. Dazu werden folgende Thesen ausgearbeitet:

- 1) Vernakuläre² Lebensformen und Sozialstrukturen sind in Namibia in den vergangenen 150 Jahren durch Mission, Kolonialisierung, Apartheidsregime,

Kontraktarbeit und Etablierung des Modells der europäischen Arbeitsgesellschaft, Befreiungskrieg etc. – kurz Modernisierungsprozesse – so umfassend transformiert, ja destruiert worden, dass nur auf der Basis dieser sozialen Umwälzungen die massive Ausbreitung von HIV erklärt werden kann. Weitere Ergebnisse dieses Prozesses sind neben der epidemischen AIDS-Ausbreitung die Segregation der namibischen Gesellschaft in teilweise anomische Räume, in denen insbesondere Männer anzutreffen sind und die durch Alkoholismus, Suizid und Gewalt gekennzeichnet sind. Dagegen wirken Frauen tendenziell in rekonstruktiver Weise auf Familienstrukturen ein. Diese Destruktionserscheinungen (pandemische Ausbreitung von AIDS und der Zerfall von familialen Zusammenhängen) beschleunigen sich gegenseitig.

- 2) Die aus den Zerfallsformen der traditionellen Sozialstrukturen entstandenen neuen Konfigurationen sind zwar für die epidemische Ausbreitung von AIDS verantwortlich, indem sie gleichsam eine sozialstrukturelle Anfälligkeit hervorgebracht haben, sie zeichnen sich aber durch eine enorme Tragfähigkeit aus. Die aus der Abwesenheit der Männer resultierende matrifokale Orientierung der Haushalte wurde durch Nachbarschaftshilfe und translokale Unterstützungsnetzwerke kompensiert. So konnten die neuen Anforderungen bewältigt werden. Durch AIDS wird dieser Transformation aber nunmehr eine entscheidende neue Qualität hinzugefügt. Der Ausfall der mittleren Generation hat eine zunehmende Verelendung zur Folge. AIDS wird gleichsam zum Katalysator von sozialen Destruktionsprozessen. Belastungsphänomene werden immer unübersehbarer. Heidimbis Geschichte ist für diese Überlastung ein plakatives Beispiel.
- 3) Hieraus ergibt sich die Frage, ob, und wenn ja, welche neuen sozialen und gesellschaftlichen Institutionen entstehen können und sollen, wenn angesichts der Zunahme der Belastung der familialen Sozialstrukturen diese in ihrer Leistungsfähigkeit erschöpft sind.

Die empirische Basis für die hier dargestellten Überlegungen sind rund 170 qualitative Interviews mit HIV-Infizierten, AIDS-Kranken und deren Familien, die im Rahmen des DFG-finanzierten Forschungsprojekts „Soziale Folgen von AIDS im Südlichen Afrika“ seit 2000 vom Autor in Namibia (Ovamboland und Katutura)³ geführt wurden.⁴

Wenden wir uns zunächst einer Übersicht über die Dynamik von AIDS im Südlichen Afrika zu.

AIDS in Namibia – ein Überblick

Global betrachtet findet sich die Mehrheit der HIV-Fälle in Entwicklungsländern: 95% der Ende 2002 weltweit 42 Millionen mit HIV infizierten Menschen

leben in den Ländern der Südhemisphäre. Afrika ist am stärksten betroffen, täglich sterben hier 6.600 Menschen an den Folgen der Immunschwächekrankheit AIDS (UNAIDS 2002b).

In Namibia sind landesweit mehr als 23% der Erwachsenen – d.h. der 15-49jährigen – mit dem HI-Virus infiziert; es gibt Regionen, in denen 43%⁵ der Schwangeren HIV-positiv sind (MHSS 2003a).⁶

Medizinische Möglichkeiten

In Europa wäre ein Kind wie Heidimbi vermutlich gar nicht mit dem HI-Virus geboren worden. Die Wahrscheinlichkeit, dass eine HIV-infizierte Schwangere ein HIV-positives Kind zur Welt bringt, liegt (ohne medizinische Interventionen) bei etwa 30%. Mittels einer *Mother-to-Child-Transmission-Prophylaxis*, die im Wesentlichen aus einer antiretroviralen Medikamentengabe an die Schwangere und das Neugeborene besteht, wäre diese Zahl radikal zu senken. In Deutschland liegt bei entsprechender Behandlung das Risiko einer HIV-positiven Schwangeren, ein infiziertes Kind zur Welt zu bringen, bei unter 2% (RKI 2000).

Aber in Deutschland stirbt man auch nicht mehr an AIDS. In den Ländern des Westens sind seit einigen Jahren die so genannten antiretroviralen Kombinationspräparate verfügbar, mittels derer man AIDS – mit allen damit verbundenen Schwierigkeiten – therapeutisch gesehen in eine chronische Krankheit überführen kann und damit die Lebenserwartung der Betroffenen auf unbestimmte Zeit verlängern kann. Diese Behandlung kostet in Deutschland etwa 1.000,- Euro im Monat. In den meisten Entwicklungsländern gilt dies als nicht finanzierbar. Bislang haben im subsaharischen Afrika von 29,4 Millionen Betroffenen gerade einmal 50.000 Menschen Zugang zur antiretroviralen Kombinationstherapie (UNAIDS 2003).

Dennoch gibt es Staaten wie Brasilien und Botswana, die angefangen haben, eine flächendeckende antiretrovirale Behandlung für die gesamte betroffene Bevölkerung einzuführen. Diese zwei Länder haben erfolgreich vorgeführt, dass es auch in Regionen, in denen es an Laboratorien und medizinischer Infrastruktur mangelt, 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 Generika⁷ importiert, zeitgleich eigene Produktionskapazitäten für die Medikamente aufgebaut und mit den Pharmariesen 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 Hersteller von AIDS-Medikamenten) sind hier ebenso beteiligt, wie die finanzstarke *Bill & Melinda Gates*

Foundation und das Harvard-AIDS-Institute. Damit ist der Beweis erbracht, dass trotz enormer Kosten (Botswana steckt mittlerweile 20% des nationalen Haushalts in das ART-Programm⁸) eine Behandlung von AIDS auch in Ländern der Südhemisphäre möglich ist. Die Frage nach der Notwendigkeit hat sich unter moralischen Gesichtspunkten ohnehin noch nie gestellt.

Auch die namibische Regierung hat die flächendeckende Einführung eines Behandlungsprogramms gestartet. Nach einer Finanzausgabe des *Global Fund to Fight HIV/AIDS, Malaria and Tuberculosis* Ende Januar 2003 lief im Mai 2003 die landesweite Ausweitung des bis dahin als Pilotprojekt in nur zwei Krankenhäusern durchgeführten *Mother-to-Child-Transmission-Prophylaxis*-Programms und die Einführung der antiretroviralen Therapie für AIDS-Kranke in den staatlichen Krankenhäusern an (Namibian 2003a u. 2003b). In sechs Hospitälern erhalten mittlerweile Betroffene die AIDS-Therapie. Im September 2003 befanden sich etwa 160 Personen im ART-Programm (Namibian 2003e), im Februar 2004 waren es schon rund 1.000 Betroffene, die die lebensverlängernde Behandlung erhielten (Mugala 2004). Daneben hat die namibische Regierung – auf Initiative des UN-Sondergesandten für AIDS Stephen Lewis – angekündigt, eine eigene Generika-Produktion innerhalb Namibias aufzubauen (Namibian 2003c). Wie lange es dauern wird, bis diese relativ aufwendige Behandlung allen (die um ihren HIV-positiven Status wissen) zur Verfügung steht, bleibt nur zu vermuten. Man kann aber wohl von einem Zeitraum von mindestens weiteren drei Jahren ausgehen⁹.

Betrachten wir nun aber die Frage, wie es überhaupt zur epidemischen Ausbreitung von AIDS in Namibia kommen konnte.

Kolonialismus, Destruktion vernakulärer Sozialstrukturen und AIDS

Barnett und Whiteside haben vorgeschlagen, die Faktoren, die einen epidemischen Verlauf von HIV begünstigen, 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, dass also ein entscheidender Faktor in der Ausbreitung der AIDS-Epidemie die soziale Umwelt ist, in der das HIV-Virus entsprechende Ausbreitungsbedingungen findet – oder nicht.

„Eine epidemische Krankheit aber – und HIV/AIDS insbesondere ist in der Tat eine Krankheit des Körpers – ist nur das äußere Symptom. Die Epidemie (NB: die Epidemie, nicht die Krankheit) sitzt tiefer. Eine HIV/AIDS-Epidemie offenbart viele der Bruchlinien, Spannungen und Belastungen in einer Gesellschaft. HIV/AIDS ist ein Symptom für die Form, in der wir unsere gesellschaftlichen, sozialen und ökonomischen Beziehungen organisieren“ (Barnett & Whiteside 2002: 73).

In gleichem Sinne führt Rotello aus:

„Tatsächlich ist HIV extrem selektiv und führt nur dann zu Epidemien, wenn das Verhalten einer Bevölkerung ihm eine Nische zur Verfügung stellt. Ohne die entsprechenden Bedingungen kann sich HIV nicht in einer Bevölkerungsgruppe ausbreiten. ... Veränderungen des menschlichen Verhaltens in großem Stil versorgten HIV mit radikal veränderten Ausbreitungsbedingungen“ (Rotello 1997: 5).

Im wissenschaftlichen Diskurs (insbesondere innerhalb der internationalen AIDS-Community) wird diese Betrachtungsweise bisher kaum gewürdigt. Seit Beginn der AIDS-Epidemie wurde – implizit oder explizit – immer individuelles Verhalten als das Kernkonzept zum Verständnis der Epidemie herangezogen (Katz 2003: I), – auch und insbesondere zur Erklärung der schnellen Ausbreitung und hohen Prävalenz im subsaharischen Afrika. Inwieweit aber individuelles Verhalten von sozialen Faktoren determiniert wird, wird bisher viel zu selten beleuchtet.

Es sei erwähnt, dass diese Betrachtung gleichzeitig in im Kern durchaus rassistische Anschauungen münden kann (oder von ihnen begünstigt wird). Bei Einengung der Betrachtung auf individuelles Verhalten wird vorausgesetzt oder geschlossen, dass ein *promiskues, risikohaftes*, damit tendenziell als *unverantwortlich* konnotiertes Verhalten zur Ausbreitung führt. Den sozialen Bedingungsfaktoren dieses Verhaltens wird aber keine Beachtung geschenkt (man müsste dann, wenn man den Begriff überhaupt tragfähig findet, von *sozial induzierter* Promiskuität sprechen). Caldwell (1989, 1992, 1993) meint gar einen eigenen afrikanischen Typus von Sexualität identifizieren zu können. Diese Ansicht, *Promiskuität* sei ein Bestandteil schwarzafrikanischer Kultur, verstellt aber den Blick auf die realen Hintergründe einer *sozial induzierten Promiskuität*. Katz stellt fest:

„Die Ansicht, individuelles Verhalten sei für den größten Teil oder für die Gesamtheit der Unterschiede in den Prävalenzraten von HIV/AIDS verantwortlich, ist höchst stigmatisierend ... Sie ist in sich selbst ein Angriff auf die menschliche Würde“ (Katz 2003: 2).

Außerdem schließt 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).

Ich gehe hier von der Überlegung aus, dass der eingeschränkte Blick auf individuelles Verhalten, ohne dass die sozialen Determinanten dieses Verhaltens be-

rücksichtigt werden, nur unzureichend die enormen Unterschiede in den Prävalenzraten einzelner Länder, Bevölkerungsgruppen und Regionen erklärt.

Die These ist, dass man die erfolgreiche Ausbreitung von AIDS in Namibia (wie vermutlich im gesamten Südlichen Afrika) nur in Zusammenhang mit Prozessen des sozialen Wandels verstehen kann, die durch (soziale und geographische) Mobilisierung ein ideales Milieu für die Ausbreitung des HI-Virus geschaffen haben (vgl. auch Gronemeyer 2002). Diese gesellschaftlichen Transformationen auf verschiedenen Ebenen sollen hier als Modernisierung¹⁰ zusammengefasst werden.

Die vernakulären Sozialstrukturen sind in Namibia seit der Ankunft der ersten Weißen systematisch zerstört worden. Diese Destruktion des Lokalen, begonnen durch Missionierung und Kolonialisierung, hat in Namibia eine Modernisierungsdynamik in Gang gesetzt, ohne deren Verständnis auch die hohen HIV-Prävalenzraten nicht erklärt werden können. Die Etappen dieses Prozesses sind: Mission (mit u.a. Etablierung des westlichen Arbeitsethos, modernen Bildungswesens etc.), Handel, koloniale Herrschaft, Apartheidssystem, Befreiungskrieg und postkoloniale Staatsarchitektur. Die einzelnen gesellschaftlichen Akteure haben dabei zwar durchaus diesen Wandel nicht nur in der Rolle von Opfern erlitten, sondern aktiv gestaltet und neue Anforderungen innovativ bewältigt – neue Strukturen sind entstanden, die die neuen Erfordernisse kompensieren konnten. Das kann aber nicht den Blick darauf verstellen, dass die durch eine massive Mobilisierung entstandene sozialstrukturelle Anfälligkeit die Ausbreitung von HIV in einer Form ermöglicht hat, die in den durch umfangreiche (teilweise durchaus totalitäre) soziale Kontrolle und strikte Geschlechter- und Altersgruppenbeziehungen geprägten, präkolonialen Gesellschaften so nicht möglich gewesen wäre.

Aus Platzgründen kann hier keine ausführliche, systematische Darlegung der einzelnen Stufen und Dynamiken dieser *Etappen der Modernisierung* erfolgen, daher wird exemplarisch und umrisshaft Mission und Kontraktarbeit betrachtet¹¹:

Die christlichen Missionskirchen beeinflussten auf eine drastische Weise zentrale Merkmale der lokalen Kulturen. Man kann das Missionschristentum auch als Medium der Ausbreitung der abendländischen Kultur schlechthin verstehen und damit als den erfolgreichen Wegbereiter des später einsetzenden Kolonialismus (McKittrick 1998: 246, Rompel 2000). Warneck bringt dies früh auf den Punkt, indem er feststellt:

„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, damit als Wurzel in der Transformation der Gesellschaftsstrukturen und der Unterwerfung unter europäische Vorherrschaft begreifen. Hangula schreibt, die Situation in Ovamboland beurteilend:

„So führte die Errichtung von christlichen Missionsstationen und später der Aufbau von Kolonialverwaltungsposten in der Gegend nicht nur eine neue Religion ein, sondern wirkte auch als trojanisches Pferd der europäischen Wertvorstellungen und sorgte in der Folge für fundamentale politische Veränderungen bezüglich des Machtzentrums, der Entscheidungsprozesse und der institutionellen Oberherrschaft. ... Die Missionsstation wurde das Symbol und die Fabrik eines neuen Lebens, nicht nur im Diesseits, sondern auch bezüglich der Vorstellungen von der jenseitigen Welt nach dem Tode“ (Hangula 1997: 167).

Der Erfolg des Missionsprojektes lässt sich daran ablesen, dass in Namibia heute rund 98% der Bevölkerung dem christlichen Glauben zugerechnet werden. Das ist die höchste Rate aller afrikanischen Länder (McKittrick 1995: 284).

In Bezug auf die Christianisierung lässt sich nicht übersehen, dass aus der Amalgamierung christlicher Glaubensinhalte mit Elementen traditionaler Kosmologie gänzlich neue und höchst vitale Aneignungsformen hervorgegangen sind, die sich etwa an der Bandbreite und am Erfolg der *Afrikanisch Unabhängigen Kirchen* illustrieren lassen (Rompel 2000). Dies kann aber nicht über die destruktiven Konsequenzen des Missionsprojektes hinwegtäuschen.

Auch das Kolonial- und später das Apartheid-System hatten einen Einfluss auf Familienstrukturen, den man sich kaum zerstörerisch genug vorstellen kann. Eine wesentliche Rolle spielte hierbei das relativ früh installierte Kontraktarbeitssystem¹². Durch eine Serie von deutschen Kolonialgesetzen, die im folgenden von der südafrikanischen Apartheidregierung ausgebaut wurden, wurden Familien voneinander getrennt und Männer in die Lohnarbeit gezwungen. Kontrolle über Arbeitskraft war ein zentraler Fokus der meisten Apartheidgesetze (Hishongwa 1992: 12). Dies koinzidierte mit der Bereitschaft, aufgrund von Verarmung, Aufgaben- und Statusverlust bei den Männern (massiv dezimierte Viehbestände) und der immer stärker werdenden Durchdringung des Alltags mit westlichen Statusgütern die ländliche Heimat zeitweise zu verlassen. So lassen sich neben Makrodynamiken (Verarmung an Vieh und kolonialer Bedarf an Arbeitskraft) auf der Mikroebene individuelle Motivationsfaktoren ausmachen, die die Entscheidung, auf Wanderarbeit zu gehen, für die einzelnen Subjekte beeinflusste: Dies war vor allem der als neues Männlichkeitsattribut¹³ verstandene Besitz europäischer Waren wie Kleidung oder

Fahrräder (Schäfer 2002: 75). Diese westlichen Waren wiederum waren nur mittels Geld zu erwerben. Schon seit der Ankunft der ersten Missionare wurden insbesondere die jungen Männer von der neuen Lebensweise und von den jenen Sendboten der westlichen Zivilisation zur Verfügung stehenden Gütern angezogen, da diese im Hinblick auf ihren gesellschaftlichen Status hiervon am stärksten profitieren konnten (McKittrick 1998: 244) und so der engen sozialen Kontrolle der ländlichen Haushalte entgehen konnten¹⁴. Anders als in anderen Ländern des Südlichen Afrika war somit bei der Durchsetzung der Wanderarbeit nicht die Einführung einer Geldwirtschaft durch Steuersysteme (wie Hüttensteuer) die treibende Kraft.

Die – oft jungen – Männer gingen so über Wochen und Monate, manchmal Jahre in die Städte, in Minen oder auf Großfarmen, um sich als Kontraktarbeiter zu verdingen. Ihre Familien wurden einerseits mittels einer ausgefeilten Passgesetzgebung abgehalten, den Männern in die „weißen“ Siedlungsgebiete zu folgen. Andererseits war den Frauen ihr traditioneller¹⁵ Arbeitsbereich (Ackerbau) erhalten geblieben. So wurde durch die Kontraktarbeit die Mobilität einzelner Subjekte jenseits ihrer vernakulären Lebenswelt zunächst erzwungen, später in die Sozialformen und Wirtschaftsweisen integriert. Dadurch wurden aber lokale Gemeinwesen zerstört, zumindest zwischen ländlichen und städtischen Situationen zerrissen.

Es liegt auf der Hand, dass mit der Wanderarbeit nicht nur die bestehende soziale und ökonomische Ordnung unterminiert, sondern auch ein Prozess in Gang gesetzt bzw. beschleunigt wurde, der bestehende moralische Werte und soziale Kontrolle erfolgreich außer Kraft setzte. Als dessen Ergebnis, lassen sich auch sexuelle Beziehungen der Wanderarbeiter außerhalb ihrer Partnerschaften und Ehen in der ländlichen Heimat verzeichnen (Kontakte mit Prostituierten, Freundin oder Zweitfamilie) – die vormals lokal eingebettete und lokal kontrollierte Polygynie wurde gleichsam durch Mobilisierung entgrenzt. In diesem Sinne könnte man die Kontraktarbeit als eine Promiskuität induzierende Zwangsdynamik bezeichnen.

Ein Übriges für die Zerrüttung der sozialen Strukturen in Ovamboland tat der von 1966 bis zur Unabhängigkeit im Jahre 1990 andauernde Befreiungskrieg der heutigen Regierungspartei SWAPO gegen die südafrikanische Armee: Insbesondere nach Aufnahme des bewaffneten Befreiungskampfes durch die SWAPO (bzw. deren bewaffneten Arm, der *Peoples Liberation Army of Namibia*) und die entsprechenden militärischen Reaktionen der südafrikanischen Armee entspann sich eine massive militärische Auseinandersetzung auf dem Areal des Ovambolandes und über die Grenze nach Angola hinweg, in die – wie man sich vorstellen kann – nicht nur Soldaten und Befreiungskämpfer involviert waren, sondern auch die Zivilbevölkerung. Es fällt nicht schwer, sich vorzustellen, welchen Einfluss kriegerische Auseinandersetzungen, Vertreibung und Folter auf Familien hatten:

„Feldfrüchte und Zäune wurden durch die Armee zerstört, und die Zivilbevölkerung wurde gezwungen, ihre Häuser zu verlassen. In einigen Fällen wurden Kinder und Alte, deren Familienmitglieder getötet worden oder ins Exil geflohen waren, einfach sich selbst überlassen. Es gibt keinen Zweifel, dass die Anwesenheit der südafrikanischen Armee in Namibia der sozio-ökonomischen Struktur der namibischen Gesellschaften so schweren Schaden zugefügt hat, dass sie nie wieder die selben sein werden. Der durch die südafrikanische Besatzungsarmee und die Polizei verursachte Schaden an ökonomischen Werten und Menschenleben ist enorm.“ (Hishongwa 1992: 44-45)

Die hier ausgeführten Modernisierungsprozesse (und andere, deren Darstellung hier nicht erfolgen kann) haben – neben der erfolgreichen Kompensation und Aneignung durch die Subjekte – durch den Umbau vernakulärer Lebensweisen und die Erosion althergebrachter Formen sozialer Kontrolle auch neue Muster der Orientierungslosigkeit, neue Formen von Armut und neue Verkehrsformen zwischen den Personen geschaffen. Dies hat heute in gesellschaftlichen Teilbereichen anomische Zustände zur Folge, die sich vor allem in den Lebenswelten junger Männer finden und sich in häuslicher Gewalt und Selbstmord besonders deutlich konkretisieren. Summiert man diese Prozesse, kann man – im Sinne des von Barnett und Whiteside eingeführten Konzepts der *Susceptibility* (s.o.) – feststellen, dass HIV in Namibia aufgrund der geschilderten Umbrüche auf katastrophal günstige Ausbreitungsbedingungen gestoßen ist¹⁶.

Schlüsselfaktoren für die Anfälligkeit im Hinblick auf HIV/AIDS

Fassen wir zusammen: Die geschilderten Faktoren können für die Transformation ehemals tragender Verhaltensmuster, Wertvorstellungen und von vernakulären Sozial- und subsistenten Wirtschaftsformen verantwortlich gemacht werden. Diese Transformation hat die Nische für die epidemische Ausbreitung von AIDS geschaffen. Damit sind soziale Schlüsselfaktoren für die Ausbreitung:

- geographische (Wanderarbeit, Migration) und soziale Mobilität,
- wachsende soziale Stratifizierung und Zunahme der Arm-Reich-Unterschiede¹⁷,
- das Wegbrechen von normativen Handlungsmustern (soziale Kontrolle, Geschlechterrollensets, v.a. in den männlichen Lebenswelten) 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 in bestimmten Sektoren bzw. Geschlechtergruppen (wie Gewalt im sozialen Nahbereich, Vergewaltigungen,

Unterdrückung und Missbrauch von Frauen und Kindern, Alkoholismus, zunehmende Selbstmorde)¹⁸.

Ein deutlicher Beleg für die hier dargelegte These zu den Ausbreitungsbedingungen von AIDS in Namibia ist die Tatsache, dass die Regionen, in denen die gesellschaftliche Modernisierung im dargelegten Sinne am weitesten vorangeschritten ist und in die zahlreiche Migranten einströmen, nämlich die urbanen Wachstumsregionen wie Windhoek (Katutura), Oshakati oder Katima Mulilo die höchsten HIV-Prävalenzraten innerhalb Namibias aufweisen (vgl. MHSS 2003a).

Gleichzeitig: Von der Tragfähigkeit der *extended family*

Die neuen Herausforderungen an die familialen Netzwerke angesichts des Umbaus durch die angedeuteten Transformationsprozesse wurden bisher vergleichsweise gut kompensiert. Zunächst wurde durch die Christianisierung eine Umorientierung von polygynen auf monogame Haushaltsstrukturen vollzogen, die dann durch die dauerhafte Abwesenheit der Männer im Rahmen von Kontraktarbeit in einer matrifokalen Orientierung der ländlichen Haushalte resultierte. Andererseits entstanden durch die Streuung der *extended family* über das ganze Land translokale Unterstützungsnetzwerke, auf die im Rahmen der Arbeitsmigration zurückgegriffen wird¹⁹.

Trotz der Umbrüche konnten familiale Netzwerke bisher auch mit den Herausforderungen, die aus der epidemischen Ausbreitung von HIV und den unter Abwesenheit einer adäquaten medizinischen Therapie folgenden AIDS-Erkrankungen und Todesfällen resultierten, weitgehend umfangreich und gut umgehen. Ökonomisch-materielle Versorgung und immaterielle Fürsorge wurden bewältigt. Die Verwandtschaftsstrukturen zeigten eine ungeheure Tragkraft, innerhalb derer mit den zahlreichen Fällen von emotionaler Not, Pflegebedürftigkeit, Sterben und Tod umgegangen und auch für zurückbleibende Waisen gesorgt wurde. Bisher wurde dies in der Debatte um HIV und AIDS in Entwicklungsländern nur zu gerne übersehen – in welchem Ausmaß nämlich afrikanische Gesellschaften bisher die Katastrophe aufzufangen imstande waren. Tausende von AIDS-Waisen fanden Unterkunft bei Verwandten – Namibia hat heute schon 82.000 AIDS-Waisen, und dies bei einer Gesamtbevölkerung von 1,8 Millionen Menschen (Namibian 2002) –, Kranke wurden von ihren Angehörigen gepflegt, Essen wurde geteilt, für sterbende Familienmitglieder Raum in der noch so kleinsten Vorstadthütte gemacht und auf dem Land die Feldarbeit für Kranke und die sie Pflegenden von Nachbarn mit erledigt. Auch unter schwierigsten finanziellen Bedingungen wurde immer noch für eine würdige Beerdigung gesorgt. Selbst wenn Teller und Trinkgefäße geliehen werden mussten, fand doch immer eine Begräbnisfeier statt.

Diese besonderen Kohärenz-Kräfte, die in der namibischen Gesellschaft (wie in allen Gesellschaften des Südlichen Afrika) vorzufinden sind und die gleichsam neben dem Ausmaß an kultureller Zerstörung existieren, gilt es zur Kenntnis zu nehmen. Die Krise, die man angesichts der oben benannten Zahlen erwarten muss und der die namibische Gesellschaft unter den Bedingungen von HIV/AIDS gegenübersteht, wurde bisher in einer beeindruckenden Weise gemeistert.

Die Grenzen der Belastbarkeit

Und dennoch – zu diesen Geschichten, die von einer unglaublichen sozialen Stärke zeugen, treten in immer stärkerem Maße Phänomene, die die Überschreitung der Grenzen der Belastungsfähigkeit anzeigen. Heidimbis Geschichte ist nur eine von ihnen. Er wurde zurückgelassen, weil sich die Mutter nicht mehr anders zu helfen wusste. In steigender Zahl werden Kinder ausgesetzt, Babys getötet, kommen die Übriggebliebenen nicht mehr mit der wachsenden emotionalen und physischen Belastung klar²⁰. Die Überlastung der Netzwerke der *extended family* ist allerorten spürbar. Selbst wenn der Wille zur Hilfe und Unterstützung da ist, überschreitet mittlerweile die Notwendigkeit in vielen Situationen die Grenzen des Möglichen:

- Die Großmutter, die bereits verwitwet war und deren komplette Familie – sieben Kinder – an AIDS gestorben ist, kann nicht mehr alleine alle 18 Enkelkinder versorgen²¹.
- Die junge Frau, deren Eltern längst tot und deren drei Geschwister an AIDS gestorben sind, kann nur unter einer gewaltigen Kraftanstrengung das Schulgeld und die Lebensmittel für die Versorgung der vier Nichten und Neffen, die sie großzieht, erwirtschaften²².

Was passieren wird, wenn diese verbliebenen Bezugspersonen selbst einmal erkranken oder auf Hilfe angewiesen sind, mag man sich nicht ausmalen. Die Anforderungen für familiäre Netzwerke, sich an den sozialen Wandel anzupassen, erhalten gleichsam mit AIDS eine neue, krisenhafte Dimension. Waren es – bei den oben dokumentierten Transformationsprozessen – eher Verschiebungen von Aufgaben und Arbeitskapazitäten zwischen Geschlechter- und Altersgruppen, so verschärft sich nun die Situation zusehends. Insbesondere durch die starke Dezimierung der mittleren Generation, der 20- bis 35-Jährigen, durch AIDS ist eine Anpassung sehr schwer möglich. Viele ältere und sehr junge Familienmitglieder bleiben zurück, die selbst auf Fürsorge und Pflege angewiesen sind.

Durch den breiten Ausfall der Elterngeneration ist eine starke ökonomische Verelendung zu verzeichnen. Grundsätzlich stehen die Haushalte durch den massenhaften Ausfall von Arbeitskapazitäten vor einer neuen Qualität der Belastung: Neben dem potentiellen direkten Ausfall von Verdienern im städtischen Kontext und dem Wegfall von Arbeitskraft für die Subsistenzlandwirtschaft im ländlichen

Bereich durch Todesfälle werden weitere Kapazitäten für die notwendige Versorgung und Pflege von Kranken und zurückbleibenden AIDS-Waisen gebunden.

AIDS als Katalysator von Desintegrationsprozessen

Untersucht man genauer, unter welchen Bedingungen innerhalb einer Familie eine HIV-Infektion, eine AIDS-Erkrankung und der AIDS-Tod sozial besonders drastische Konsequenzen hat, so stellt man fest, dass insbesondere in angespannten Konstellationen unter dem Einfluss von AIDS neue Krisen forciert werden: Wo ohnehin schon krisenhafte Zustände, Ausgrenzung und Marginalisierung zu verzeichnen waren, verschärft sich die Lage angesichts von AIDS. Das betrifft zum einen die ökonomische Situation von Einzelnen und Haushalten, aber auch das soziale Miteinander. Ein Gesprächspartner drückt diese Tatsache in seinen Worten aus:

„... in diese ohnehin schon komplizierte Situation kommt nun HIV ... in einer so komplexen Situation macht HIV die ganze Sache um ein zehnfaches komplizierter. [...] Wenn die betroffene Person einen respektablen Lebensstil hatte und wohl respektiert war, mag sie an Vertrauen und Glaubwürdigkeit verlieren – in einer bestimmten Hinsicht, aber die betroffene Person wird immer noch respektiert sein. Wenn es sich aber etwa um eine Prostituierte gehandelt hat, jemanden, dem wechselnde Sexualkontakte nachgesagt werden, dann wird jeder sagen: ‘mmh, hast Du es nicht gewusst?’“ (Interview NAM/III/09 (2001): 11, 13)

Wenn also schon vor dem Offenbarwerden der 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. Sobald die ersten Krankheitssymptomaten auftreten, verschärft sich die soziale Lage meist, und 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 kohärenten 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 in sein soziales Umfeld integriert und unterhält er gute Beziehungen zu seinen Familienangehörigen, ist es oft weniger ein Problem – wenn die eigenen mentalen Hürden überwunden sind – Angehörige in die Tatsache einzuweißen, dass man HIV-positiv ist. Diese reagieren 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 ausreichend auf die emotionalen und physischen Bedürfnisse des Kranken eingegangen.

AIDS radikalisiert also soziale Desintegration. Man kann AIDS auf der Mikroebene als Katalysator ansehen, der schon vorhandene Prozesse der Desintegration vorantreibt, beschleunigt und verschärft, wohingegen innerhalb von intakten und kohärenten sozialen Strukturen oft eine konstruktive Bewältigung der Folgen von AIDS ermöglicht werden kann.

Eine weitere beobachtbare Konsequenz aus den wachsenden Anforderungen an die Angehörigen der eigenen *extended family* ist, dass sich viele – vor allem im urbanen Kontext – aus Angst vor der Beanspruchung und Überforderung in ihre eigene Kleinfamilie zurückziehen und die Brücken zum Rest der Großfamilie kappen. „Diese afrikanische Sache mit der *extended family* kommt durch AIDS zu einem Ende“²³, formuliert dies eine AIDS-Consellorin. Alte Solidaritäten werden brüchig angesichts der Last.

Eine weitere Folge der massenhaft stattfindenden Todesfälle ist, dass gänzlich neue Familientypen entstehen. *Child-headed-households*, von Kindern geführte Haushalte, in denen nach dem Tod die zurückgebliebenen Waisen alleine für ihre Geschwisterreihe sorgen, sind keine Einzelfälle mehr²⁴.

Das Aufkommen anderer neuer Formen des Zusammenlebens lässt sich auch dort beobachten, wo sich Fremde, v.a. im städtischen Raum, zu neuen Notgemeinschaften – quasi Wohngemeinschaften jenseits verwandtschaftlicher Bezüge – zusammenschließen, um ihre Existenz zu meistern, da aus der eigenen Familie niemand mehr zur Verfügung steht.

Geschlechterdifferenzen: Feminisierung einer patriarchalen Gesellschaft

Frauen und Männer sind gleichermaßen von den aus den gesellschaftlichen Umbruchprozessen resultierenden Problematiken betroffen, sie stehen aber vor verschiedenen Handlungsoptionen und haben höchst unterschiedliche Reaktionsweisen entwickelt.

In den meisten Fällen sind es – wie bei den hier gewählten Beispielen – die Frauen, die die größte Last zu tragen haben, die ihre Söhne, Töchter, Enkelkinder und Ehemänner versorgen, wenn sie an der Immunschwäche oder opportunistischen Folgeinfektionen erkranken. Man kann geradezu von einer Feminisierung der Gesellschaft sprechen, die eine soziale Segregation zementiert. Die Männer sind in ihren Familien abwesend. Diese soziale Tatsache hat ihre Wurzeln: Schon seit der kolonialen Einführung der Kontraktarbeit waren die meisten Frauen in Namibia gezwungen, eine doppelte Arbeitsbelastung, nämlich Hausarbeit und Subsistenzlandwirtschaft, zu bewältigen (s.o.). Das Grundmuster der klassischen Form der Wanderarbeit ist bis heute erhalten geblieben und wurde – jenseits des Zwangs – lokal angeeignet und übernommen. In 68% der Haushalte des ruralen Ovambolands findet sich mindestens ein Mitglied, das in Zentral- oder Südnamibia

arbeitet (Schäfer 2002: 82). Viele Familien sind also zwischen Stadt und Land zerrissen, wobei in der Regel die Frauen für die Kinder sorgen, während die Männer den Versuch machen, Erwerbsarbeit zu finden. Das heißt in der Regel, dass die Frauen ohne irgendeine oder mit minimaler finanzieller Unterstützung ihrer Männer und Kindsväter auskommen müssen. Die Konsequenz sind zerrüttete soziale Verhältnisse, zumindest aber räumliche Trennung.

In der Folge dieser Modernisierungsdynamiken lassen sich charakteristische Stadt-Land-Unterschiede (Ovamboland-Katutura) beschreiben. Die matrilinearen Verwandtschaftstrukturen kombinieren sich mit einer dauerhaften Abwesenheit der Männer zu einer deutlich matrifokalen Orientierung der ländlichen Haushalte: 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 zu den Tanten: In 64% aller Ovambo-Haushalte übernehmen Tanten oder Großmütter die Versorgung der Kinder. De facto sind mehr als 40% der Haushalte im ländlichen Bereich *women-headed* (Schäfer 2002: 83-84).

Trotzdem haben die Frauen meist den niedrigeren sozialen Status und sind dadurch²⁵ auch einem höheren Infektionsrisiko ausgesetzt. Sie haben kaum die Möglichkeit, beim Geschlechtsverkehr Kondome einzufordern. Allein die Frage der Frau nach Kondomen schlosse den Vorwurf der Untreue ein, weswegen die Forderung unterbleibt – auch wenn beide Partner um weitere außereheliche Sexualkontakte des Mannes wissen²⁶.

In den weiblichen Lebenswelten ist ein großer Teil der althergebrachten, identitätsgenerierenden Aufgabenbereiche weiterhin – trotz gesellschaftlichen Umbruchs – erhalten geblieben²⁷. Frauen haben als Mütter (egal ob mit Ehemann, Freund oder ohne festem Partner) weiterhin die Aufgabe der Kinderversorgung²⁸. Daneben bleibt im ländlichen Bereich die Subsistenzlandwirtschaft – ebenfalls als primäre Domäne der Frauen²⁹. 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 Versorgungsaufgaben an, weswegen diese auch von den Frauen übernommen werden. 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. Dies lässt sich unter anderem daran ablesen, dass mehr als 90% derer, die die Ausbildung zum *Home-Based-Care-Volunteer* – beispielsweise bei *Catholic-AIDS-Action* (der größten NGO im AIDS-Bereich) – absolvieren, weiblichen Geschlechts sind.

So kann man geradezu von einer Feminisierung der Gesellschaft sprechen. Frauen sind – an der Basis des sozialen Lebens, in den Familien – die Träger von

Verantwortung, ohne sie geht hier nichts³⁰: Sie ziehen die Kinder groß, sorgen für die Erledigung der haushaltlichen Aufgaben und die Subsistenz.

Halten wir als Zwischenbilanz fest: Während sich viele Männer in quasi anomischen Räumen vorfinden, halten viele Frauen erfolgreich soziale Strukturen aufrecht.

Aber um die tragende soziale Rolle der Frauen zu verstehen, ist es auch hilfreich, einen historischen Blick zurück zu werfen: In der ländlichen Gesellschaft Nordnamibias standen die Frauen seit jeher im Zentrum der Gesellschaft, die Männer an der Peripherie. Ackerbau und Viehzucht (und in begrenztem Maße Jagd) waren die Säulen, auf denen die Ovambo-Gesellschaften ökonomisch gebaut waren. Dabei waren die Frauen für den Kernbereich zuständig. Die Grundversorgung mittels Ackerbau (v.a. Hirse³¹), das Sammeln von Früchten und Gemüse, aber auch Töpfern und Korbmachen – fast die gesamte Nahrungsmittelgewinnung und -verarbeitung lag in den Händen der Frauen.

Die für die Binnenökonomie der Subsistenzversorgung weniger wichtigen Aufgaben oblagen den Männern. Viehzucht war traditionell ihre Aufgabe; dazu kamen im Wesentlichen die Außenverteidigung, gelegentliche Jagd, das Sauberhalten von Wasserlöchern, das Herstellen und Instandhalten von Arbeitsgeräten (für Holz- und Metallarbeiten), Wohngehöften und Dreschplätzen sowie die Feldvorbereitung (Tönjes 1911; Hahn 1928: 34f.; Loeb 1962: 132f.; Eirola 1992: 39).

Diese sozial zentrale Rolle der Frauen spiegelt sich ebenfalls in der Architektur der Gehöfte (der *egumbos*³²) in Nordnamibia (Ovamboland) wieder. Ein großer, in der Regel hölzerner Palisadenzaun bildet die äußere Begrenzung dieser *homestead*. Im Inneren spiegelt ein komplexes System aus Gängen und Zwischenräumen die soziale Ordnung und soziale Kontrolle wieder. Für die verschiedenen Alters- und Geschlechtergruppen gibt es verschiedene Bereiche, in denen jeweils auch die Schlafhütten stehen. Außerhalb des *egumbo* befinden sich das Feld und die Weidegründe für das Vieh. Der räumliche Mittelpunkt dieser Wohnanlage ist die Hütte der Frau, alles andere gruppiert sich um sie herum.

Auch in der matrilinearen Verwandtschaftsstruktur der Ovambo führt sich diese zentrale Stellung fort. Die Männer sind eigentlich nicht mit ihren Kindern verwandt. Die Verwandtschaft ist über die mütterliche Linie organisiert. Der nächste männliche Verwandte eines Kindes ist damit der Bruder der Mutter, der auch als sozialer Vater eine wichtige Rolle spielt (Tuupainen 1970).

Unter den Vorzeichen der Moderne wird diese vernakuläre Ordnung nachhaltig zerrüttet. 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 allein gelassenen Frauen bezüglich ihrer Männer oder der Väter ihrer Kinder, kann man sich der Antwort beinahe gewiss sein: "Unter-

stützung gibt es nicht.”³³ Eine Gesprächspartnerin bemüht beim Erzählen über die (Nicht-)Unterstützung ihres Mannes gar das Bild eines Raubtiers:

„Nein, sie [die Männer] sind Raubtiere, ... er unterstützt mich in keiner Hinsicht“ (Interview NAM.2/IV/21 [2003]).

Eine andere Interviewpartnerin berichtet in gleichem Sinne:

„Ich habe nur ein Kind, aber sein Vater – er gibt mir keinerlei Geld, um Sachen für das Kind zu kaufen, für was auch immer“ (Interview NAM/III/03 [2001]).

Die mangelnde oder unterbleibende materielle Unterstützung der Frauen durch ihre Männer (bzw. Väter ihrer Kinder) sorgt – wie aus den zitierten Interviewbemerkungen deutlich wird – für Enttäuschung bei den Frauen, wird doch der Grad der Unterstützung als Anzeiger der Wertschätzung für die Beziehung angesehen (vgl. auch Tersbol 2002: 351).

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 (matrilineare Organisation). So ist auch nicht zu generalisieren, dass Männer keine 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.

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 zurück³⁴ (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 Partnerschaften 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) feststel-

len (Tersbol 2002: 347). Die Jüngeren leben zunehmend in kurzzeitigen Beziehungen, 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:

„Die Lebenden müssen die Geister der Verstorbenen ehren und dafür Sorge tragen, dass ihre Nachkommen das gleiche für sie tun. Deshalb ist es wichtig zu heiraten und Kinder zu haben“ (Tuupainen 1970: 78).

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.

Wechselwirkungen der Zerstörung ...

Wie oben gezeigt hat die Zerstörung der althergebrachten sozialen Ordnung durch moderne Lebenszusammenhänge einerseits die pandemische Ausbreitung von AIDS erst ermöglicht. Andererseits verschärft die so hervorgerufene AIDS-Krise die Situation der Überforderung zusehends. AIDS wird damit zum Modernisierungsbeschleuniger: Es ist Folge und Ursache von sozialen Umbruchprozessen.

Beispielsweise kehren viele der zur Arbeitsuche Abgewanderten krank in die ländliche Heimat zurück (Rompel 2002a) und greifen damit auf tradierte sozialen Netzwerke zurück, denn hier können sie innerhalb der Herkunftsfamilie gepflegt und versorgt werden. Dies aber bringt eine zusätzliche Arbeitsbelastung innerhalb der Subsistenzwirtschaft mit sich. Immer mehr ländliche Haushalte sind überfordert. Arbeitskraft steht so für die Landwirtschaft nicht mehr zur Verfügung, da sie für Krankenpflege aufgewendet werden muss.

... und Bedeutungswandel

Auch Gebräuche wandeln sich unter der Anspannung von einer *Entlastung* zur einer *Bürde*: Das Versenden bzw. der Austausch von Kindern innerhalb der Netzwerke der *extended family* beispielsweise 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 Aufgaben innerhalb der Haushaltsökonomie wie Wasser holen, Getreide stampfen etc., mit übernehmen. Kinder leben so üblicherweise für einige Zeit nicht bei ihren biologischen Eltern, sondern bei ihren sozialen Eltern wie Tanten und Onkeln. Mit dem verstärkten Aufkommen von Arbeitsmigration auch der jungen Frauen, wurden – 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 aber nun 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. 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.

Wie ich zu zeigen versucht habe, liegen die Phänomene, die von der Überlastung der Auffangkapazität der Familiennetzwerke zeugen, heute, nachdem die Anpassungsfähigkeit durch den enormen Ausfall ganzer Altersgruppen durch AIDS hochgradig eingeschränkt wurde, offen zutage. Die Notwendigkeit von neuen gesellschaftlichen Institutionen wird damit spürbar – doch was kann an die Stelle der *extended family* treten oder sie stärken?

- Wer wird sich in Zukunft um die Kranken kümmern?
- Vom wem sollen die Sterbenden versorgt werden, wenn niemand aus der Verwandtschaft oder Nachbarschaft sich ihrer mehr annimmt oder 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? Sollen

Kinder in Krankenhäusern aufwachsen – wie Heidimbi –, wenn sich sonst niemand findet, der sie versorgt?

Neue Institutionen?

Die *policy* der namibischen Regierung war es bisher darauf ausgerichtet, auf formal verfasste Institutionen wie Waisenhäuser und Hospize zu verzichten und die bestehenden Strukturen zu stützen – und das aus gutem Grund. Zum einen stellt sich in aller Deutlichkeit die Frage der langfristigen Finanzierbarkeit von 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.

Außerdem ist fraglich, ob formal verfasste, moderne Institutionen wirklich eine Antwort sein können für einen Zustand, der letztlich durch ein Übermaß an Modernität ausgelöst wurde. Es ist zu fragen, ob die denkbaren neuen Institutionen wirklich für die Betroffenen eine Lösung sind oder nur der Ausweg für ein administratives Regelungsinteresse – anders formuliert: Wenn man ein Waisenkind in eine Institution wie ein Waisenhaus steckt, hat man damit die Probleme des Kindes oder die der Gesellschaft gelöst?

Betrachtet man Schicksale wie das von Heidimbi, so fragt man sich einerseits, welche Lebensläufe wohl aus einer solchen Sozialisation hervorgehen werden. Man weiß andererseits 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?

Dass die Zerstörung alter sozialer Institutionen wie der *extended family*, die durch Modernisierungsprozesse angestoßen wurde, sich unter dem Eindruck von AIDS verschärft und damit die Grenzen der Belastbarkeit erreicht werden, liegt mittlerweile offen zutage. Angemessene neue Institutionen, die an die Stelle der alten treten können – weder sozial noch formal verfasst –, sind bisher aber nicht in Sicht. Wie die namibische Gesellschaft – im Angesicht von AIDS – mit den sich verschärfenden Problemen umgehen wird, wird die Zukunft zeigen.

Anmerkungen

- 1 Interview NAM.2/II/20(2003).
- 2 Ich verwende nachfolgend anstatt *traditionell* oder *traditional* weitgehend den Begriff *vernakulär*. Damit versuche ich den offensichtlichen Schwierigkeiten des Traditionsbegriffs, auf die hier aus Platzgründen nicht ausführlich eingegangen werden kann, zu entgehen. Es sei hier nur verwiesen auf die Problematik der dichotomen Gegenüberstellung von Tradition und Moderne, in deren Logik gesellschaftlichen Akteuren in so genannten traditionellen Gesell-

schaften Modernität immer nur *geschehen* kann, 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 Aneignungsweise von Personen und Gruppen zwischen ihrer überlieferten Lebensweise und aktuellen Anforderungen, Vorteilen und Einflüssen darstellt (vgl. Comaroff/Comaroff 1993, Rempel 2003). 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, Sprachen 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 (Vgl. auch Rahnama 1997: 128).

- 3 Dementsprechend beziehen sich alle hier gemachten Aussagen und Interpretationen auf die Situation und kulturellen Gegebenheiten in Katutura und Nordnamibia/Ovamboland. Ovamboland ist die Region zwischen Etosha-Nationalpark und angolanischer Grenze, die heute politisch aus den vier „O-Regionen“ Omusati, Oshikoto, Ohangwena und Oshana besteht. Nichtsdestoweniger ist im Alltagssprachegebrauch in Namibia weiterhin von Ovamboland die Rede.
- 4 In Anführungszeichen gesetzte Aussagen beziehen sich auf Interviews aus dem Projekt.
- 5 Katima Mulilo (Caprivi)
- 6 Es wurde verschiedentlich deutliche Kritik am Zustandekommen der AIDS-Prävalenzraten geübt. Die hier dargelegten Zahlen können als relativ verlässlich eingestuft werden, da als Datengrundlage für diese Hochrechnung Serotests (also Blutproben, mit denen ein HIV-Antikörpertest durchgeführt wird) dienen und keine bloßen Schätzungen aufgrund klinischer Symptomata. Aus anderen afrikanischen Staaten – allerdings nicht denen im anglophonen Südlichen Afrika – ist bekannt, dass aus Kostengründen oder wegen mangelnder Verfügbarkeit von Tests (bzw. der entsprechenden Infrastruktur) klinische AIDS-Diagnosen durchgeführt werden. Diese werden in der Regel nach der so genannten Bangui-Definition der WHO zur klinischen AIDS-Diagnostik realisiert. Laut Bangui-Definition wird zwischen Symptomgruppen unterschieden („Major“- und „Minor“-Symptome). 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 (WHO 1986: 71). In der Bangui-Definition selbst ist die Einschränkung formuliert, die von Kritikern immer wieder angebracht wird (vgl. etwa Fiala 1998), dass Erkrankungen wie Krebs, schwere Mangelernährung etc. die gleiche Symptomatik wie AIDS zeigen können. Das namibische Sero-Survey beruht auf – in zweijährigem Turnus durchgeführten – Reihentests in 21 Krankenhäusern (in den 13 Regionen Namibias), bei denen in einem definierten Zeitraum alle schwangeren Frauen, die zu ihrer ersten *Ante-Natal*-Untersuchung ins Krankenhaus kommen, anonym getestet werden, zuletzt im Zeitraum von August – Oktober 2002 (MHSS 2000, 2001a, 2001b, 2003). Aus dieser Stichprobe wird auf die Gesamtbevölkerung geschlossen, wobei sich die Seroprävalenzraten – wenn nicht anders angegeben – immer auf die erwachsene Bevölkerung, d.h. die 15-49jährigen beziehen.
- 7 Generika enthalten die gleichen Wirkstoffe wie die Originalpräparate, sind aber aus einer rechtlichen Perspektive gleichsam Plagiate.
- 8 ART steht für Antiretrovirale Therapie, auch HAART (Highly Active Antiretroviral Therapy).
- 9 Es stellen sich dabei auch zahlreiche neue Probleme: Die Medikamente müssen zeitgenau alle 8 bzw. 12 Stunden eingenommen werden – regelmäßig und lebenslang. Etwa eine Stunde vor der Einnahme muss eine komplette Mahlzeit eingenommen werden, da der Körper die massive Medikation sonst nicht verkraftet. Das hat zur Folge, dass nur bestimmte soziale Schichten für die Behandlung in Frage kommen: Namibier, die in ihren Familien ihren HIV-Status

- veröffentlicht haben und über entsprechende Unterstützung verfügen und die sich eine regelmäßige volle Mahlzeit leisten können (vgl. auch MHSS 2003b). Bestimmte Personengruppen, wie die Bewohner der urbanen *Sqattercamps* scheiden damit von vorneherein aus.
- 10 Unter Modernisierung wird hier der Prozess verstanden, 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 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. Loo & Reijen 1992). Im Zusammenhang mit einer globalen Betrachtung der Deutungsmacht und -schwächen des Begriffs sei hier verwiesen auf: Kößler 1998, Kößler & Schiel 1996, Hauck 1996.
 - 11 Für eine ausführliche Darstellung vgl. Rempel 2003.
 - 12 Im Weiteren nutze ich synonym zu Kontraktarbeit auch den Begriff Wanderarbeit. Das Kontraktarbeitssystem hatte im ländlichen Ovamboland einige Vorläufer (vgl. Moorsom 1995, McKittrick 1998). Es wurde schließlich 1972 abgeschafft. Die temporäre Migration von Männern in die städtischen Zentren zum Zweck der Erwerbsarbeit blieb aber als Einkommensfaktor in vielen Haushalten erhalten. Die heutige Struktur knüpft also an die alten, forcierten Muster an, die lokal angeeignet wurden – auch wenn sich heute insbesondere das Geschlechterverhältnis wandelt: 1995 war nahezu die Hälfte aller zuwandernden Migranten von Ovamboland nach Katutura weiblichen Geschlechts (Winterfeldt 2002b: 64). Wanderarbeit ist damit der umfassendere Begriff, der auch für die Kennzeichnung der heute existierenden Arbeitsmigration genutzt werden kann.
 - 13 Traditionell ließ sich Reichtum an der Größe der Felder und der Anzahl des Viehs ablesen. „Sein Reichtum wird angezeigt durch die Größe seines Kornspeichers und den Umfang seiner Herden.“ (Hahn 1928: 24) Zu Beginn der Einführung der Kontraktarbeit wurde denn auch die gesellschaftliche Stellung von Männern weiterhin im wesentlichen über Rinder definiert, während sich jüngere vorrangig am Zugang zu europäischen Gütern orientierten. Im weiteren Verlauf versuchten die Alten Zugang zu jenen Prestigegütern zu erhalten, indem sie Geschenke als Gegenleistung für die Erlaubnis zur Wanderarbeit einforderten (McKittrick 1998: 242, 252).
 - 14 Im weiteren zeitlichen Verlauf wandelte sich die Bedeutung der Wanderarbeit für die jungen Männer gar hin zu einer Art Initiationsritual.
 - 15 Im Einzelnen stellt sich immer die Frage, auf welchen historischen Zeitpunkt sich der Terminus „traditionell“ bezieht, bzw. was unter „Tradition“ genau verstanden wird. Es findet sich in Namibia (wie anderswo) die weit verbreitete Vorstellung, dass jede Kultur ihre eigene Tradition habe („... in my tradition ...“) und diese seit undenkbaren Zeiten unverändert geblieben sei. (Heike Becker weist darauf hin, dass eine solche Betrachtungsweise von Eliten als Argumentationsgrundlage für den Erhalt des Status Quo genutzt wird; vgl. Becker 1997) Bei genauerer Betrachtung erweist sich dies als grobe Vereinfachung, die sich aus der Dichotomie des Begriffs „Tradition“ als Gegenstück zu „Moderne“ speist. Tradition und Kultur sind und waren wohl zu allen Zeiten höchst dynamische *Prozesse*, auf die zahlreiche soziale, wirtschaftliche und politische Bedingungen und Faktoren eingewirkt haben und die damit zeitlich mehr oder weniger stabile Sozialformen und Wirtschaftsweisen hervorgebracht haben.
- Auch im Bezug auf die *extended family*, die oft als übergreifendes Strukturmerkmal aller afrikanischen Gesellschaften beschrieben wurde (vgl. Kunene 1971), kann man beispielsweise die Frage stellen, was als Idealtyp („tradional“) der *extended family* in Nordnamibia jeweils gemeint ist: Die polygyne Familienform, in der ein Mann mit mehreren Frauen in einer Wohninheit (*egumbo*) lebt, oder die unter Einfluss von Christianisierung und Mobilität örtlich versprengte Version, in der der Mann zwischen verschiedenen *egumbos* mit verschiedenen Frauen

umherwandert, oder die unter dem Einfluss von Christianisierung monogame Variante der Beziehung zwischen einem Mann und einer Frau.

- 16 Diese Bedingungen – so könnte eingewendet werden – sind in den westlichen Industriegesellschaften so ausgebaut vorhanden, dass bei einer Übertragung der These dort HIV/AIDS noch erfolgreicher sein müsste als in Afrika. Damit würde jedoch ein entscheidender Unterschied übersehen werden. Mit der Auflösung traditioneller, großfamiliärer Lebensverhältnisse, die in Europa erheblich früher eingesetzt hat als in Afrika, ist in den (gleichsam „klassisch“) modernen Industriegesellschaften 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). Prävention gelingt, wenn auch ebenfalls mit deutlichen Einschränkungen, weil in Europa längst andere Körperkonzepte prävalieren, weil mit eigener Zukunft – zumindest im Hinblick auf Gesundheit – planender und rationaler verfahren wird (Rompel 2002b).
- 17 Namibia verzeichnet einen der weltweit höchsten GINI-Koeffizienten, der die Unterschiede zwischen den höchsten und niedrigsten Einkommen in einem Land angibt (UNDP 1999).
- 18 Anomie kann als Indikator der Desintegration einer Gesellschaft angenommen werden. Unter Anomie wird hier der Zustand der sozialen Regellosigkeit verstanden. Dieser kann als Folge des Zusammenbruchs kultureller und sozialer Ordnung interpretiert werden, d.h.
 - gesellschaftliche Wertvorstellungen sind mit den tradierten und sozial legitimierte Mitteln nicht (oder nicht mehr) erreichbar, oder
 - die das Handeln zur Erreichung der kulturellen Wertvorstellungen prägende soziale Kontrolle funktioniert nicht mehr, oder
 - die kulturellen Wertvorstellungen wandeln sich so schnell, dass die individuellen Verhaltensinventare und -normen nicht gleichermaßen schnell angepasst werden können, dass also mit den gegebenen Modellen des sozialen Handelns, wie beispielsweise den Geschlechterrollen, der Alltag nicht mehr bewältigt werden kann.

Das dramatische an den beschriebenen Anomie-Phänomenen ist, dass sie einerseits in sozialer Desintegration wurzeln, aber gleichzeitig diese Verstärken und in eine diffizile Wechselwirkung münden, in der Ursachen und Folgen nur noch schwer zu unterscheiden sind.
- 19 Man kann feststellen, dass die durch Modernisierung ausgelösten Transformationen von familialen Bindungen im afrikanischen Kontext ganz andere Zerfallsprodukte hervorgebracht hat (multilokale *extended family*) als in Europa (Kleinfamilie).
- 20 Vgl. etwa Interviews NAM/III/03 (2001), NAM.2/I/03 (2003), NAM.2/II/14 (2003), NAM.2/II/24 (2003).
- 21 Memo NAM/I/C (2001).
- 22 Interview NAM.2/II/05 (2003).
- 23 Interview NAM.2/I/01a(2003).
- 24 Wobei die Bezeichnung *Child-headed-households* eigentlich weiter gefasst werden müsste: In Nordnamibia ist es mittlerweile schon fast ein Normalfall, dass der/die älteste Weise den Rest der Geschwisterreihe versorgt (aber dann evtl. auch schon über 18 Jahre alt ist; man damit eigentlich nicht mehr von „*Child*“-headed-household sprechen kann), ohne an einem anderen Ort einen eigenen Haushalt zu gründen (vgl. Interviews NAM.2/I/17[2003] ; NAM.2/I/37[2003]). Die Bezeichnung *Orphan-headed-household* ist vielleicht treffender und steht für eine ganze Bandbreite neuer Familienformen.
- 25 Sowie durch eine höhere biologische Verwundbarkeit: 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. 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).
- 26 Vgl. Interview NAM/II/20(2001); NAM/III/10(2001).

- 27 Wohingegen den Männern gleichsam ihre gesellschaftliche Aufgabe und Geschlechteridentität abhanden gekommen sind: Der Verlust der Zuständigkeit für die althergebrachten Aufgaben (wie Viehzucht etc.) konnte durch das leere Heilsversprechen der Arbeitsgesellschaft, die nur einem Bruchteil der Arbeitssuchenden auch einen Arbeitsplatz bieten kann, nicht kompensiert werden.
- 28 Es kann sogar vermutet werden, dass sich mittlerweile auch immer jüngere Frauen/Mädchen angesichts der Abwesenheit anderer Perspektiven (wie Erwerbsarbeit) und der schwindenden Bedeutung der Ehe einen individuellen Aufgabenbereich und sozialen Sinnhorizont selbst schaffen, indem sie bewusst frühe Schwangerschaften in Kauf nehmen: Mit 19 haben 45% der namibischen Frauen bereits ein Kind zur Welt gebracht (Namibian 2000).
- 29 Es ist im ländlichen Nordnamibia aber durchaus beobachtbar, dass – aufgrund der Geschlechterrollenunsicherheit – nunmehr teilweise auch Männer Aufgaben im Bereich des Ackerbaus übernehmen, was in den traditionellen Geschlechterverhältnissen absolut nicht denkbar gewesen wäre (Eigene Feldnotizen).
- 30 In der formal-politischen-Sphäre, im Parteienapparat, der Regierung und öffentlichen Verwaltung hingegen sind fast ausschließlich Männer präsent.
- 31 In den Oshivambo-Sprachen: *omahangu*.
- 32 In Oshikwanyama: *eumbo*; es gibt in Namibia insgesamt sieben größere Ovambo-Gruppen mit unterschiedlichen Dialekten, von denen sich Oshikwanyama und Oshindonga (und die fünf Anderen) am wesentlichsten unterscheiden.
- 33 Vgl. etwa Interview NAM.2/I/36 (2003).
- 34 Vgl. etwa Interviews NAM/II/03 (2001), NAM.2/II/24 (2003), NAM.2/I/07 (2003).

Literatur

- Barnett, Tony; Whiteside, Alan (2002): *AIDS in the Twenty-First Century. Disease and Globalisation*. Houndmills.
- Becker, Heike (1997): „Voreheliche Sexualität und traditionelles Recht in Nordnamibia“. In: *Peripherie*, 65/66, S. 157-187.
- 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.; 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. (1989): „The social context of AIDS in sub-Saharan Africa“. In: *Population and Development Review* (New York), 15 (1989) 2, S. 185-234.
- Comaroff, Jean; Comaroff, John (Hg.) (1993): *Modernity and its Malcontents. Ritual Power in Postcolonial Africa*. Chicago.
- Davies, Gwyneth (1994): *The Medical Culture of the Ovambo of Southern Angola and Northern Namibia*. Unpublished Dissertation. Kent.
- Eirola, Martti (1992): *The Ovambogefahr. The Ovamboland Reservation in the Making. Political Responses of the Kingdom of Ondonga to the German Colonial Power 1884-1910*. Rovaniemi.
- 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.
- Gronemeyer, Reimer (2002): *So stirbt man in Afrika an AIDS. Warum westliche Gesundheitskonzepte im Südlichen Afrika versagen. Eine Streitschrift*. Frankfurt a.M.
- Gronemeyer, Reimer; Rakelmann, Georgia A.; Rompel, Matthias (2002): *The Social Impact of HIV/AIDS on Families in Botswana and Namibia*. Abstract presented to the XIV. International AIDS-Conference, Barcelona, Juni 2002.

- Gronemeyer, Reimer; Rempel, 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; Rempel, Matthias (2004): *AIDS care capacity in rural family networks in North Namibia (Ovamboland)*. Paper submitted for Presentation at the International AIDS-Conference in Bangkok, July 2004.
- Hahn, C.H.L.; Vedder, H.; Fourie, L. (1928): *The Native Tribes of South West Africa*. Cape Town.
- 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.
- Hauck, Gerhard (1996): *Evolution, Entwicklung, Unterentwicklung*. Frankfurt a.M.
- Hishongwa, Ndeutala (1992): *The Contract Labour System and its Effects on Family and Social Life in Namibia. A Historical Perspective*. Windhoek.
- Hubbard, Dianne (1995): *Maintainance. A Study of the Operation of Namibia's Maintainance Courts*. Windhoek.
- Illich, Ivan (1988): *Medical Nemesis: The Expropriation of Health*. London.
- Illich, Ivan (1978): *Fortschrittsmythen*. Reinbek.
- Illich, Ivan (1970): *Almosen und Folter*. München.
- Katz, Alison (2003): „AIDS, individual behaviour and the unexplained remaining variation“. Manuskript, veröffentlicht in: *African Journal of AIDS Research*, January 2003.
- Kößler, Reinhart (1998): *Entwicklung*. Münster.
- Kößler, Reinhart; Schiel, Tilman (1996): *Auf dem Weg zu einer kritischen Theorie der Modernisierung*. Frankfurt a.M.
- Kunene, Raymond (1971): *Die Großfamilie. Eine afrikanische Gesellschaftstheorie*. Stein.
- Loeb, Edwin Meyer (1951): „Kwanyama Ambo Folklore“. In: *Anthropological Records*, 13: 4, S. 289-335.
- Loo, Hans van der; Reijen, Willem van (1992): *Modernisierung. Projekt und Paradox*. München.
- 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 Cange in Northern Namibia 1850-1954*. Dissertation. Stanford.
- MHSS: Ministry of Health and Social Services (2003a): *Report of the 2002 National HIV Sentinel Survey*. Windhoek.
- MHSS: Ministry of Health and Social Services (2003b): *Guidelines for the use of ARV Drugs*. 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): *Epidemiological Report on HIV/AIDS for the Year 2000*. Windhoek.
- MHSS Working Group on HIV/AIDS Impact Modelling (Hg.) (2000): *Projecting the Impact of HIV/AIDS in Namibia*. Windhoek.
- Moorsom, Richard (1995): *Underdevelopment and Labour Migration in Namibia: The Contract Labour System in Namibia*. Windhoek.
- Mugala; Amathila (2004): Persönliche Kommunikation mit Dr. Mugala & Dr. Amathila, Ministry of Health and Social Services Windhoek am 31.1.2004, 5.2.2004.
- NDT; CASS (Hg.) (1994): *Improving the Legal and Socio-economic Situation of Women in Namibia*. Windhoek.
- Rahnema, Majid (1997): „Development and the People's Immune System: The Story of Another Variety of AIDS“. In: Rahnema, Majid; Bawtree, Victoria (Hg.) (1997): *The Post-Development Reader*. London, S. 111-131.
- RKI: Robert Koch Institut (2000): *Merckblatt für Ärzte – Die HIV-Infektion (AIDS)* (Erstveröffentlichung im Bundesgesundheitsblatt 12/2000). Berlin.
- Rempel, Matthias (2004): *Structural Problems of HIV/AIDS-Counselling in Namibia*. Paper submitted for Presentation at the International AIDS-Conference in Bangkok, July 2004.

- Rempel, Matthias (2003): „*It will really knock on to everybody's door ...*“ *Die sozialen Folgen der AIDS-Epidemie in Namibia. Eine Untersuchung in Katutura und Ovamboland*. Dissertations-schrift. Gießen.
- Rempel, 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.
- Rempel, Matthias (2002b): „Werbung gegen AIDS. Betrachtungen zur HIV-Prävention in Namibia“. In: Willems, Herbert (Hg.) (2002): *Die Gesellschaft der Werbung*. Wiesbaden, S. 892-907.
- Rempel, Matthias (2001): „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.
- Rempel, Matthias (2000): *Religiöse Bewegungen und Modernisierungsprozesse im südlichen Afrika*. Magisterarbeit. Gießen.
- Rotello, Gabriel (1997): *Sexual ecology. AIDS and the destiny of gay men*. Harmondsworth.
- 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.
- Schulz, Thomas (1998): *Kulturelle Konstruktion von AIDS. Wissenschaftliche Erkenntnisproduktion und subjektive Deutung*. Frankfurt a.M.
- Stillwaggon, Eileen (2002): „HIV/AIDS in Africa: Fertile Terrain“. In: *The Journal of Development Studies*, Vol. 38, No. 6 (August 2002), S. 1-22.
- The Namibian (2003a): „Govt to supply drugs to HIV patients“, 28. Februar 2003.
- The Namibian (2003b): „Govt's anti-AIDS project generates positive news“, 16. Mai 2003.
- The Namibian (2003c): „Namibian firm will produce AIDS drugs, says Minister“, 10. Juni 2003.
- The Namibian (2003d): „175 take own lives so far this year“, 25. August 2003.
- The Namibian (2003e): „AIDS drugs roll out“, 26. September 2003.
- The Namibian (2002): „Brave orphans carry the burden of HIV-AIDS“, 3. Dezember 2002.
- The Namibian (2000): „Close to 50% of Namibian girls have children by age of 19“ In: *The Namibian*, 25. Juli 2000.
- Tersbol, Britt Pinkowsky (2002): „How to make sense of lover relationships – Kwanyama culture and reproductive health“. In: Winterfeldt u.a. 2002a, S. 347-360.
- Tuupainen, Maija (1970): *Marriage in a Matrilineal African Tribe. A Social Anthropological Study of Marriage in the Ondonga Tribe in Ovamboland*. Helsinki.
- Tönjes, Hermann (1911): *Ovamboland. Land, Leute, Mission*. Berlin.
- UNAIDS (Hg.) (2003): *Fact sheet – Access to HIV Treatment and Care – July 2003*. Genf.
- UNAIDS (Hg.) (2002a): *Report on the global HIV/AIDS epidemic – July 2002*. Genf.
- UNAIDS (Hg.) (2002b): *AIDS epidemic update – December 2002*. Genf.
- UNDP/UN Country Team Namibia (1999): *Human Development Report 1999*. Windhoek.
- Warneck, G. (1879): *Die gegenseitigen Beziehungen zwischen der modernen Mission und Kultur. Auch eine Kulturkampfstudie*. Gütersloh.
- WHO (Hg.) (2002): *Impact of AIDS on Older People in Africa. Zimbabwe Case Study*. Genf.
- WHO (1986): „Bangui-Definition: A Provisional WHO clinical case definition for AIDS“. In: *Weekly Epidemiological Record*, No. 10 (March 7), S. 71.
- Winterfeldt, Volker; Fox, Tom; Mufune, Pempelani (Hg.) (2002a): *Namibia – Society – Sociology*. Windhoek.
- Winterfeldt, Volker (2002b): „Labour migration in Namibia – gender aspects“. In: Winterfeldt u.a. 2002a, S. 39-74.

Anschrift des Autors:

Matthias Rempel

Matthias.U.Rempel@sowi.uni-giessen.de