

Suzette Heald

AIDS und Ethnologie in Afrika*

Gilbert Herdt schrieb lange zurück im Jahre 1987: „Bislang hat die Ethnologie nur in minimalem Umfang zum Verständnis und zur Prävention von AIDS beigetragen.“ Er schloss mit einer rhetorischen Frage: „Wenn aber wir die Herausforderung zu erkennen und zu helfen nicht annehmen, wer könnte es dann tun?“ Wenn wir das Feld sechzehn Jahre später neu beschauen, lautet die Antwort: mehr oder weniger alle – außer den Ethnologen. Das heißt natürlich nicht, die Ethnologen hätten sich an der Forschung über HIV/AIDS nicht beteiligt. Sie haben es und es gibt nützliche Zusammenfassungen ihrer Beiträge (z.B. Akeroyd 1997; Parker 2001; Schoepf 2001); aber der Anfangselan, den Herdt in der amerikanischen Ethnologie ausgelöst hatte, verschaffte den Ethnologen keine etablierte Position in der AIDS-Prävention, -Politik und -Pfleger. Auf den ersten Blick mag dies überraschen, besonders wenn man die programmatischen Statements von WHO und UNAIDS liest, die heute Ansätze „von unten“ befürworten und für Kollaboration, Arbeit in Abstimmung mit der lokalen Praxis statt im Gegensatz zu ihr, Einbeziehung von traditionellen Heilern in Präventionsprogramme und so weiter plädieren. Aber genau an der Stelle, an der man Ethnologen anzutreffen erwarten würde, die aus dem Reichtum ihres ethnographischen Verständnisses schöpfen und lokales Wissen in für politische Planer verständliche Begriffe übersetzen würden – und umgekehrt –, glänzen wir durch Abwesenheit. Tatsächlich scheinen die Ethnologen außerhalb der immer mächtiger werdenden Interessenkoalition, die in der AIDS-Industrie vertreten ist, gestrandet zu sein.

Dieser Artikel behandelt das Thema der relativen Abwesenheit von Ethnologen bei der Formulierung der HIV/AIDS-Politik und -Forschung in Afrika. Zuerst betrachtet er in historischer Perspektive die Entwicklung der wichtigsten politischen Planungsgremien in den USA, um sich dann dem rezenteren Aufbau

* Ich bin vielen Menschen dankbar für konstruktive Kritik an früheren Fassungen dieses Artikel. Dazu gehören Julie Livingston, Hansjörg Dilger; Susan Reynolds Whyte, Ronnie Frankenberg, Alina Segobye und die Teilnehmer des Seminars am Nordiska Afrika Institutet Uppsala im Mai 2002, insbesondere Liv Haram, Aud Talle, Per Brandström, Signe Arnfred und Mai Palmberg. Eine ältere, englischsprachige Version dieses Aufsatzes ist erschienen in G. Ellison u.a. (2003): *Learning from HIV and AIDS*. Cambridge University Press.

von UNAIDS und dessen dominierender Rolle bei der Formulierung der Agenda für Afrika zu widmen. Danach werden die Implikationen für die ethnologische Forschung untersucht, um die Gründe für das Zögern bezüglich einer Beteiligung an der AIDS-Forschung zu erhellen, das innerhalb des Faches zu bemerken ist. Schließlich wendet sich der Artikel spezifischem Fallstudien-Material zu und untersucht Strategien der AIDS-Erziehung in Botswana, um zu illustrieren, welche potenziellen Einsichten die Ethnologie zur Erklärung von Erfolg oder Misserfolg solcher Kampagnen liefern kann. Er betont die Wichtigkeit der kulturellen Konstruktionen der Krankheit und zeigt, in welcher Weise die westliche AIDS-Botschaft durch die lokalen Bevölkerungen nicht als neutrales wissenschaftliches „Faktum“, sondern als Aspekt von politischer und ideologischer Herrschaft interpretiert wird. Umgekehrt wirft diese Diskussion das Problem der Koexistenz verschiedener Glaubenssysteme – speziell im Bereich der Medizin –, ihrer Beziehungen untereinander und der sozialen Kontexte auf, in denen westliche Botschaften als antagonistisch statt komplementär bekämpft werden.

Zur Geschichte der AIDS-Politik

Den Ausgangspunkt muss die Entwicklung von Forschung und Beschäftigung mit HIV/AIDS liefern. Es ist wichtig, die ideologischen Parameter zu verstehen, innerhalb derer Wissen über AIDS gesammelt und bewertet wurde, und ebenso auch die Veränderungen in den Prioritäten, die im Lauf der Zeit aufgetreten sind – jedoch immer nur innerhalb der durch die westlichen Agenden gesetzten Grenzen. AIDS war, wie weithin bemerkt wurde, von Anfang an eine hoch politisierte Krankheit. Von den frühen 1980er Jahren an setzten die Diskurse über AIDS dieses strikt von anderen ansteckenden Krankheiten ab. Die Seuche war real genug, aber ebenso real war das Vorurteil. Zu Beginn, d.h. in den frühen 1980ern konnte man es durch die „vier Hs“ zusammenfassen: Homosexuelle, Haitianer, Heroinabhängige und Hämophile. Aber dadurch gestärkt, entwickelte sich in den USA ein neues und beispielloses Phänomen in Gestalt der Reaktion eines Teils der Schwulengemeinde, der schließlich den Kampf mit der Krankheit aufnahm. Angesichts der durch die Marginalisierung geschaffenen, neuen Form der Stigmatisierung machten sie mobil und betraten die politische Bühne, um AIDS-Politik und AIDS-Forschung zu fördern: Der AIDS-Aktivismus wurde geboren. Dies hatte weitreichende Konsequenzen. Es scheint, dass zum ersten Mal eine „Laien“-Gruppe auftreten und die hegemoniale Macht der Spezialisten, der Kliniker, herausfordern konnte.¹ In den Vereinigten Staaten hat sie sich als mächtige Lobby erwiesen und die Politik in mannigfaltiger Weise beeinflusst, was durch intensive Debatten zwischen einander durchdringenden Netzwerken von „Experten“ noch verstärkt wurde. Solche Experten bezogen, wie Epstein (1996) do-

kumentiert hat, ihren Anspruch auf Autorität aus vielen Quellen: Medizin, öffentliches Gesundheitswesen und Aktivismus. Schwule Männer errangen das Recht, in wichtigen Komitees vertreten zu sein, Politik zu gestalten und die Bedürfnisse der Leidenden an die Öffentlichkeit zu bringen. Themen wie Menschenrechte, Privatheit, individuelle Wahlfreiheit bei der sexuellen Verwirklichung bildeten zusammen mit der Nicht-Poenalisierung der Leidenden einen Aspekt von alledem. Man könnte sagen, die Perspektive des Patienten war in dem liberalen Konsens jener Tage die dominierende, was zur Folge hatte, dass HIV/AIDS von Anfang an zu einer ganz besonderen Art von ansteckender Krankheit wurde. In den Gegenden, in denen die in den USA getroffenen, politischen Maßnahmen bestimmend wurden, wurden dadurch beispielsweise solche Dinge wie Meldepflicht oder Zwangstests ausgeschlossen.²

Während die 1980er Jahre als die Ära von AIDS als Krankheit von Schwulen angesehen werden können, wurden in den 1990ern die Entwicklungsländer, speziell Afrika, zum zentralen Schauplatz. Aber Afrika hatte stets im Vordergrund gestanden und von Anfang an unter dem doppelten Stigma gelitten, für den Ursprung der Krankheit verantwortlich gemacht zu werden und mit einer hohen HIV-Infektionsrate belastet zu sein. Frühe epidemiologische Untersuchungen in der ersten Hälfte der 1980er Jahre, als die Übertragungswege noch nicht vollständig bekannt waren, tendierten, verstärkt noch durch Medienberichte, dazu, sensationelle und ungenaue Maßzahlen für das Problem zu produzieren. Horror-Statistiken wurden weithin verbreitet, obwohl ihre Herkunft oftmals unklar war. Eine, die mir noch aus dieser Zeit im Gedächtnis ist, besagte, 90 % der Turkana, einer Viehzüchtergruppe in Nordkenia seien seropositiv. Dies wurde an vielen Stellen reproduziert, aber es gelang mir nie, die Quelle ausfindig zu machen.³ Nicht überraschend war diese Art von Berichterstattung und die panische Reaktion, die sie auslöste, kontraproduktiv. In erster Linie aber war sie in der Frühzeit der Pandemie kontrafaktisch. Wenngleich einige Länder, vor allem Uganda, frühzeitig erkannten, dass es ein Problem gab und dass eine neue Krankheit ausgebrochen war, die sie „Slim“ nannten, gab es im benachbarten Kenia und anderswo einfach kein sichtbares Anzeichen für eine drohende Epidemie. Man kann nur Verständnis haben für die afrikanischen Regierungen und Bevölkerungen, die in AIDS nichts als eine weitere Form von Rassenvorurteil sahen und das Problem aus Angst vor den Auswirkungen auf ihre Wirtschaft, speziell auf den Tourismus, leugneten (Chirimuuta/Chirimuuta 1987).

Dies sollte langfristige und verheerende Konsequenzen für den Kontinent haben. Einerseits kam es erst äußerst spät zu Aktivitäten der Regierungen, und selbst wenn AIDS-Präventions-Maßnahmen ergriffen wurden, wurden sie nicht mit allzu viel Energie durchgeführt. Auch diese Reaktion bedarf jedoch der Kontextualisierung. Erstens ist es nicht überraschend, dass viele Regierungen angesichts der

Unsichtbarkeit der Krankheit in den Frühstadien der Pandemie ihre Prioritäten im Gesundheitswesen anderswo sahen – bei der Malaria-Kontrolle, in gesundheitsfördernden Umweltmaßnahmen, in der Gesundheitsvorsorge – und dass sie (wenn auch stillschweigend) verärgert auf die riesigen Budgets reagierten, die von den internationalen Organisationen für die AIDS-Forschung bereitgestellt wurden. Typischerweise waren diese Budgets eng fokussiert und schlossen keine Verbesserungen der allgemeinen Gesundheits-Infrastruktur ein. Ihre Zielvorgaben bezogen sich ausschließlich auf HIV/AIDS, wobei die Anfangsaufgabe als epidemiologische gesehen wurde, der dann später AIDS-Aufklärung und -Prävention folgen sollten. Zweitens verfolgten die internationalen Organisationen damals gleichzeitig andere Politiken, welche die Fähigkeit der Regierungen, auf ihre – oder irgend eine – Weise zu reagieren, direkt unterminierten. Seit den 1980ern wurden vom Internationalen Währungsfonds und der Weltbank Strukturpassungsprogramme durchgesetzt. Diese Programme zielten auf einen Abbau der Geberschuldenlast durch Umorientierung der afrikanischen Ökonomien vom öffentlichen auf den privaten Sektor.⁴ Das Gesundheitswesen der meisten afrikanischen Staaten, das ohnehin schon inadäquat war, geriet immer heftiger in Verfall, so dass nur wenige über die nötigen Geräte oder Leistungssysteme verfügten, um auch nur mit den alltäglichen Krankheiten der Bevölkerung, geschweige denn mit der Krankheitsrate, die bald durch AIDS hervorgerufen werden sollte, fertig zu werden.

In den 1990er Jahren kam zusammen mit der ernsten Natur der Pandemie und ihrer Auswirkungen auf die Entwicklungsländer auch diese Inkohärenz der internationalen Politik schärfer in den Blick. Wie Parker (2000) formuliert, hat sich bei AIDS eine Verschiebung ergeben dergestalt, dass es nicht mehr einfach als Krankheit gesehen, sondern als soziales Problem reklassifiziert wird – noch dazu als eines mit verheerenden Folgen. Die Natur der Krise wurde 1995 anerkannt, als die Vereinten Nationen UNAIDS gründeten, um die Maßnahmen weltweit dadurch zu koordinieren, dass sechs zentrale, internationale Agenturen (WHO, UNDP, UNICEF, UNFPA, UNESCO und die Weltbank) unter einer Aufgabenstellung zusammengeführt wurden. Vorgeschlagen wurde angesichts der zunehmend pessimistischen Vorhersagen über die lang- wie kurzfristigen Folgen der Pandemie für ganze Völkerschaften in Afrika eine mehr oder weniger vollständige Umorientierung der AIDS-Politik. An die Stelle von „von oben“ ausgehenden Erziehungsprogrammen und von Überwachung sollten für lokale Gemeinschaften und lokale Initiativen zugänglichere Programme treten. Allerdings war solch eine Politik schon lange vorher von der Welt-Gesundheits-Organisation (WHO) vertreten worden, welche z.B. bereits 1978 die Einbeziehung von traditionellen Heilern in die Gesundheitsvorsorge befürwortet hatte. Trotzdem mussten die Methoden zur Umwandlung einer derart aufgeklärten Politik in praktische Inter-

ventionen erst noch entwickelt werden, so dass sie, wie Manderson/Whiteford (2000a: 5)⁵ behaupten, ihrer Wirkung beraubt blieb.

Was Afrika angeht, liegen die Geldbeutel und, so können wir annehmen, auch die Fäden, an denen sie bewegt werden, immer noch in anderen Händen. Dies lässt die Fähigkeit der Programme, die Bedürfnisse der ländlichen Bevölkerung, ja sogar der Armen in den Städten, zu befriedigen, schon von sich aus problematisch werden – in verstärktem Maß dann, wenn biomedizinische Interventionen nach wie vor als entscheidend angesehen werden. Trotz der politischen Koordination tendieren die Geber-Agenturen de facto immer noch dazu, im Rahmen ihrer selbstdefinierten Programme zu operieren, welche – wie zuvor – einfache Lösungen bevorzugen. Das heißt, auch wenn sie lokalen Initiativen zugänglich sind, finanzieren sie immer noch am ehesten Programme mit klar definierten, idealer Weise messbaren Zielen, welche mit vergleichsweise einfacher Technologie umfassende Probleme zu „lösen“ versprechen. Als Beispiel kann eine gut geplante Machbarkeitsstudie aus dem Horizon-Programm dienen, die 1998 in Kenia begonnen und von USAID über den Bevölkerungsrat finanziert wurde. 2001/02 veranlasste sie die Anwendung von Intrapartum Nevirapin zur Verhütung der Mutter-Kind-Übertragung von HIV in drei Testgebieten. Die Reaktion war nicht so gut wie erhofft; weniger als 50 % der positiv getesteten Frauen nahmen Nevirapin weiter. Teilweise kann dies auf die Art und Weise zurückgeführt werden, wie das Budget ausgerichtet war, wodurch die Studie selbst in diesem Stadium in ihrem Versuch, die vollen Möglichkeiten dieser Art von Intervention zu ermessen, beeinträchtigt erschien. Gelder wurden bereitgestellt zur Beratung schwangerer Frauen vor dem Test, aber nicht zu Beratungen und Hausbesuchen durch das Personal zur Unterstützung der Frauen (und ihrer Familie und Gemeinde) bei der Bewältigung eines positiven Testergebnisses.⁶ Diese Art der Beschneidung von Programmen spiegelt die vorherrschende Tendenz wieder, generelle Verbesserungen der Gesundheits-Infrastruktur *nicht* zu finanzieren und die wahrhaft komplexen Probleme des Verhaltens von Menschen, ihrer Strebungen und Lebensentscheidungen, welche die Krankheit von Anfang an gestellt hat, nicht zum Thema zu machen. Und dies in einem Land, in dem 75 % des in regierungsgeförderten Gesundheitseinrichtungen arbeitenden Personals Versorgungsmängel als den zentralen Faktor beklagen, der ihnen schwer macht, ihre Arbeit zu leisten (Kenya 2000).

In der Tat ist, wie Manderson/Whiteford (2002a) kommentieren, vieles ironisch hier: in dieser zunehmend zentralisierten Politik, einer Politik, die von kultureller Sensitivität gegenüber den armen Menschen in Afrika redet, aber von großen Komitees in Washington, Genf oder New York gemacht wird. Wie oben angedeutet funktionieren die öffentlichen Gesundheitssysteme in großen Teilen Afrikas kaum und können mit Sicherheit keine Instrumente zur Einbeziehung

von Reaktionen auf der Gemeindeebene oder von Expertenwissen anderer Art zur Verfügung stellen. Tatsächlich fehlen der Mehrheit der afrikanischen Regierungen die Mittel, auch nur ihre eigenen AIDS-Programme anzugehen (selbst wenn der Wille, das Problem anzuerkennen, vorhanden ist), da ihre Gesundheitsdienste durch andauernde finanzielle Beengung unterhöhlt sind. Aber dies ist hier nicht das einzige Problem: Die politische Führung und der politische Wille fehlen ebenfalls häufig. Es gibt Länder – Kenia ist ein Beispiel – in denen nahezu die gesamte HIV/AIDS-Prävention durch auswärtige Anleihen und Geberhilfe finanziert wird. Daher wird alle Arbeit, die getan wird – und das ist nicht wenig – durch internationale Agenturen und die ihnen assoziierten NGOs finanziert, auch wenn diese nicht notwendig konzertiert arbeiten. Und die bürokratischen Mühlen mahlen auf allen Ebenen äußerst langsam, so dass man in einigen Fällen kaum davon reden kann, dass es irgend einen Zusammenhang gäbe zwischen den papierernen Programmen, wie sie in parlamentarischen Gesetzen, nationalen AIDS-Kontroll-Räten und deren Strategieentwürfen begraben liegen, und der Realität, wie sie vor Ort erfahren wird.⁷ Intern ringen die Menschen, die versuchen, die Maßnahmen voran zu bringen, ihre Hände in Verzweiflung. Extern scheinen wir eine nahezu panische Reaktion auf das Problem zu erleben, dem der Kontinent heute gegenüber steht. Z.B. erklärte die US-Regierung im Frühjahr 2000, AIDS bedeute eine Sicherheitskrise in Afrika, weil sie befürchtete, die Krankheit würde zum Zusammenbrechen der normalen, bürokratischen Strukturen von Staaten führen, da deren wichtigstes Personal verloren ginge. Ein globaler Fonds zur Bekämpfung von AIDS, Tuberkulose und Malaria wurde im Mai 2001 gegründet. Viele klagen zwar, dass die bisher zur Verfügung gestellte Geldmenge der Aufgabe nicht angemessen sei. Dennoch scheint Geld an die NGOs zu fließen, die als Hauptspender jedwede „lokale Initiative“, die sie ausfindig machen können, unterstützen, handle es sich um die Verteilung von Kondomen bei Fußballspielen, die Zusammenarbeit mit kirchlichen Gruppen bei der Betreuung von AIDS-Waisen, die Förderung der Erziehung durch Gleichaltrige, Schauspieltruppen... was auch immer.

Interessanterweise wurde die Weltbank zu einem immer wichtigeren Mitspieler und zum Hauptfinanzier der HIV/AIDS-Prävention in Entwicklungsländern (vgl. Parker 2000). Parker schreibt: „Nahezu die gleiche institutionelle Konstellation, die uns in den 1970ern die internationale Schuldenpolitik und in den 1980ern die Strukturanpassung bescherte, führt heute den globalen Kampf gegen eine Epidemie, zu deren Strukturierung ihre eigenen früheren Politiken in so hohem Maße beigetragen haben“ (ebd. 44). Und diese Tatsache blieb in Afrika nicht unbemerkt. Ein ironischer Spruch, der in unterschiedlicher Form in ganz Afrika kursiert, sagt, AIDS bedeute, „American Intervention to Destroy Sex“. Man könnte auch das Swahili-Akronym für auswärtige Hilfe, das auf die Krank-

heit in den späten 1980ern angewandt wurde, als zutreffende Metapher zitieren: eine unsichtbare Krankheit, die von außen kommt, aber von innen schwächt.

Ethnologie und AIDS

Um zur Rolle der Ethnologie zurückzukehren: Ethnologen haben, wie eingangs gesagt, nur eine zu vernachlässigende Rolle bei der Formulierung von AIDS-Politiken gespielt und sind in dem Netzwerk der Interessengruppen und Herrschaftsagenturen unterrepräsentiert, welches nicht nur in den Epizentren der Macht am Werk ist, sondern vermittelt über ein komplexes Geflecht von Verbindungen auf allen Ebenen – von der globalen bis zur lokalen – existiert. Es gibt auch keinerlei Anzeichen für einen großen Aufschwung der angewandten oder der Grundlagen-Forschung in der Ethnologie. Trotz des gewaltigen Wachstums der Medizin-Ethnologie mit ihren Spezialzeitschriften ist die AIDS-Forschung hier nur einer von vielen Aspekten – und keiner, der auf die *Mainstream*-Zeitschriften übergegriffen hätte.⁸ Tatsächlich scheint es manchmal verzeihlich, davon auszugehen, dass AIDS aus der ethnologischen Agenda gestrichen sei. Dies heißt natürlich nicht, dass es keine Forschung gäbe. Es gibt sie, aber der größte Teil wird auf die übliche Weise finanziert durch die nationalen (sozialwissenschaftlichen) Forschungsgesellschaften und nicht durch die Ministerien für internationale Entwicklung in den Regierungen des Westens und deren Institutionen. Deshalb riskiert sie, nicht gehört zu werden. Auch war die Erfahrung der Arbeit in diesen Institutionen nicht immer eine glückliche.

Wie Akeroyd (1997) feststellt, spiegelte diese Forschung zu großen Teilen nur die Agenden der biomedizinischen Forschung wider; und wo Sozialwissenschaftler kooptiert wurden, hatten sie typischerweise ein eng begrenztes Mandat (vgl. auch Packard/Epstein 1991). Akeroyd behauptet in der Tat, dass Ethnologen in den von medizinischen Forschungsgesellschaften finanzierten Projekten in den ersten Jahren der Pandemie typischerweise zu nichts anderem benutzt wurden als zur Datensammlung. Vielleicht war dies in dieser Zeit, als das Bedürfnis, die Krankheit und ihre Übertragungswege zu verstehen, noch obenan stand, sogar verständlich. Dementsprechend wurden die frühen Forschungsprogramme dominiert durch Konzepte, die aus den westlichen Erfahrungen mit der Epidemie übertragen wurden.

Diese Konzeption, die die Betonung auf „Risiko“ legte, übersetzte sich selbst in „Risikogruppen“, „Risikoverhalten“, und schließlich gar „Risikokultur“. Als Risikogruppen identifizierte man Prostituierte, Fernlastwagenfahrer, die Ortschaften an den Haltepunkten von deren Routen und andere Menschen, von denen man annahm, sie seien an der Verbreitung des Virus beteiligt wie z.B. Bergleute und Soldaten. Als die Erkrankungsraten stiegen und die Pandemie in die gesamte

Bevölkerung vordrang, wurde diese Übertragungsperspektive zunehmend irrelevant (Schoepf 1992). Darüber hinaus gestand man den Ethnologen nun auch eine Rolle zu bei der Dokumentation von Sexualverhalten und anderen „Risiko-praktiken“ afrikanischer Kulturen. Der „Brauch“ als solcher wurde verdächtig, und das Augenmerk wurde auf traditionelle Rituale und Praktiken wie die Beschneidung sowie auf traditionelle Heiler mit ihren potenziell gefährlichen Prozeduren wie der Skarifikation gerichtet. Dies schlug sich darin nieder, dass der Glaube wuchs – vielleicht auch wieder geboren wurde –, dass irgend etwas an den afrikanischen Sexualpraktiken „anders“ war und dass dies in gewisser Weise das rasche Ansteigen der Pandemie auf dem Kontinent erklären konnte. Die ethnographische Literatur wurde durchstöbert, um einerseits Daten über die überkommene Sexualmoral zu liefern, andererseits ein neues Modell von „afrikanischer Sexualität“ zu liefern. Besonders bemerkenswert war hier die Arbeit des Demographen Caldwell und seiner Mitarbeiter (1987; 1989)⁹. In vielerlei Hinsicht hat sich dies als schädliches Erbe erwiesen, indem es die vielfältigen Besonderheiten der lokalen Moralregeln übersah und nicht nur zu einer neuen Art der Pathologisierung Afrikas ermutigte, sondern auch zu der Überzeugung, traditionelle Kultur sei ein inhärentes Hindernis für die erfolgreiche Durchführung von Verhaltensänderungsprogrammen. Die Situation ist, wie sich später zeigen wird, komplexer als hier unterstellt.

Die Politik ist vorangeschritten und wahrscheinlich könnte sich die Mehrheit der Ethnologen inzwischen Programmen anschließen, die von der positiven Rolle, welche lokale Kulturen spielen können, ausgehen. Aber noch andere institutionelle Faktoren schreckten Ethnologen von der Beteiligung ab. Durch Agenturen finanzierte Forschungs- oder Beratungstätigkeit, in der das Streben nach kurzfristiger Evaluierung dominiert, hat keinen Platz für die langfristige teilnehmende Beobachtung, die unser Metier ist. Stattdessen wurden die ethnographische Schnelluntersuchung, der KAP-Survey (knowledge, attitudes, practices) und die Fokusgruppe die dominanten Methoden. Wenngleich sie nützliche Daten liefern, ermöglichen sie ihrem Wesen nach eben nicht die vielschichtigen „dichten Beschreibungen“ ethnologischer Berichte mit ihrem Bemühen, die Ansichten der Menschen im Kontext ihres Gemeinschaftslebens zu verorten. Ebenso wenig regen sie an zur Untersuchung der strukturellen und ökonomischen Kräfte, welche die Kontexte bestimmen, innerhalb derer Verhaltensentscheidungen getroffen werden; und diese sind nicht alleine aus lokalen Bedingungen zu erklären, sondern werden durch globale Ungleichheitsmuster geschaffen – was Paul Farmer (1992, 1994, 1999) als „strukturelle Gewalt“ bezeichnet hat.

Noch ein weiterer institutioneller Faktor hat zur Abwesenheit der ethnologischen Perspektive beigetragen: das Fehlen der Ethnologie an vielen postkolonialen Universitäten Afrikas, zumindest im anglophonen Afrika. Nach der Unabhängig-

keit wurde die Ethnologie als ideologisch verdächtig und kolonialistisch eingefärbt angesehen. An ihrer Stelle wurden an alten wie neuen, afrikanischen Universitäten soziologische Fachbereiche eingerichtet. Deshalb wurde, wenn Agenturen oder NGOs lokales Fachwissen benötigten, auf Soziologen (und Demographen, Gesundheitserzieher und Sozialarbeiter) zurückgegriffen.

Jedoch liegt, wie schon angedeutet, nicht die gesamte Schuld außerhalb des Faches. Einige Kommentatoren haben auf die wenig hilfreiche Unterscheidung zwischen „reiner“ und „angewandter“ Forschung hingewiesen, die das Fach immer noch hartnäckig verfolgt. Wie Ferguson (1997) ausgeführt hat, fiel „Entwicklung“ in die „angewandte“ Schublade, was ihm angesichts der Tatsache, dass das Fach einstmals durch eben diesen Begriff definiert war – verstanden allerdings zugegebenermaßen als evolutionärer Fortschritt – als einigermaßen paradox erscheint. Dennoch hat ihr dies „die Antipathie eines Großteils der Mainstream-Ethnologie“ eingetragen (Ferguson 1997: 152). Ähnliches lässt sich über das Thema „Sexualität“ sagen. AIDS-Forschung konnte so als doppelt verdächtig angesehen werden, und nicht als ein Bereich, in dem sich zu engagieren ambitionierte, junge Forscher in besonderem Maße ermuntert worden wären.

Noch mehr ins Auge fallende Probleme gibt es, wenn Ethnologen bei Entwicklungsagenturen beschäftigt sind. Zwischen der akademischen Praxis der Ethnologie und den Bedürfnissen der Entwicklungsindustrie gibt es eine unaufhebbare Divergenz. Entwicklungsbürokratien haben ihre eigene Sprache und ihre eigenen institutionellen Prioritätenvorgaben. Da die Entwicklungsdiskurse durch die grundlegenden Epistemologien und Begriffe von generalisierenden Wissenschaften wie Ökonomie und Psychologie dominiert werden, gibt es zumindest das Risiko, dass Ethnologen und Entwicklungsspezialisten einfach aneinander vorbei reden. Selbst die von der Ethnologie entlehnten Begriffe erhalten im Entwicklungsdiskurs eine völlig andere Tönung. Der Begriff „Kultur“ kann als Beispiel dienen. Als zentrales Konzept der Ethnologie bezeichnet er ein Problemfeld, dessen unterschiedliche Bestimmungen durch den Gebrauch im sozialen Handeln expliziert und mit spezifischen, sozio-ökonomischen Kräften in Verbindung gesetzt werden müssen. In entwicklungspolitischen Diskursen wird er gar zu oft zu einer reifizierten Wesenheit, die man entweder auf die Bedürfnisse der Planung zurückstutzen oder für den Fehlschlag von Projekten verantwortlich machen kann, wie es scheint oftmals ohne weitere Analyse (Pigg 1997; Ferguson 1997).

Aber um in „Entwicklung“ einbezogen zu werden, um einen Einfluss auf die Politikformulierung zu gewinnen, müssen Ethnologen sich in diesen Fragen engagieren, und viele von ihnen treten gerade zum gegenwärtigen Zeitpunkt für eine solche Position ein. Die Frage bleibt, ob und wie dies getan werden kann, ohne die zentralen Grundlagen der ethnologischen Arbeit zu gefährden, ohne dass Malinowskis Auftrag, „die Sichtweise der Eingeborenen zu erfassen“, ge-

fährdet würde durch die Notwendigkeit, auch die Sichtweise der Institution zu erfassen. Wie Escobar (1991) gerade heraus formuliert, gehen Entwicklungsethnologen das Risiko einer oftmals unbemerkten Komplizität mit den dominanten, ideologischen Parametern der internationalen Agenturen ein. Die Frage wird dann: Kann die Ethnologie sich in „Entwicklung“ engagieren, ohne ihre Unabhängigkeit zu opfern und ihre eigene Perspektive aufzugeben? Boltons (1997) Antwort auf diese Frage ist ein entschiedenes „Nein“: Die Ethnologie auf Dienstleistungen für politische Direktiven zu reduzieren, hieße, sie zu bastardisieren. Eric Wolf (1999: 132) gibt dem eine eher positive Wendung, die allerdings in die selbe Richtung zielt, wenn er dafür plädiert, dass die Ethnologie als eine beobachtende Wissenschaft, als „einzigartiger Wissensmodus“, ihre Stellung als eine „für die Machtspiele periphere“ akzeptieren solle. Die Stellung der Ethnologie ist kritisch, multidimensional und reflexiv: Wir sind besser in der Analyse der Fehlschläge von Programmen als in Beiträgen zur politischen Planung mit ihrer Forderung nach universalisierenden Projektionen und Vorschriften.

Trotz alledem, trotz dieser einschneidenden Vorbehalte innerhalb des Fachs gab es wichtige, ethnologische Beiträge zur HIV/AIDS-Forschung. Wenn hier auch kein erschöpfender Überblick geliefert werden kann, müssen doch einige Arbeiten erwähnt werden. Im großen und ganzen stammen sie von erfahrenen Ethnologen, die es, selbst wenn sie in epidemiologischen Programmen und Forschungsprojekten arbeiteten, geschafft haben, den vorherrschenden Trends zu widerstehen und weiterreichende ethnographische Fragen über das Wesen der Epidemie und die Reaktionen der Menschen auf sie zu stellen. Zum Beispiel lieferte Christine Obbo (1993) frühe und wichtige Informationen über die Muster der Ansteckung innerhalb der lokalen Gemeinschaften durch die Untersuchung ihres Einflusses auf Familienstrukturen und die Identifizierung spezifischer, sozio-sexueller Netzwerke in Rakai, Uganda. Sie betonte auch, dass Ungleichheiten zwischen den Geschlechtern die Frauen besonders verletzlich werden ließen, eine Argumentationslinie, die durch die Arbeit von Schoepf (1992) in Zaire weitergeführt wurde und inzwischen in die nationalen und internationalen Politiken eingegangen ist. Um die gleiche Zeit richteten Barnett und Blaikie (1992) ihren Blick auf die Ökonomie und Demographie der Pandemie innerhalb ländlicher Bauerngemeinden im westlichen Uganda. Sie stellten fest, dass die Folgen langfristiger Natur waren und eine unvorhergesehene Bedrohung für das Überleben bedeuteten. Die Arbeiten von Paul Farmer (1992, 1994, 1999) in Haiti liefern eine erneute Ausweitung der Perspektive und die erste umfassende Ethnographie zum Thema. Er gibt den Dilemmas und Problemen, denen die Armen gegenüber stehen, eine Stimme und kommt zunehmend dazu, AIDS als eine Armutskrankheit zu sehen, als ein Phänomen der „strukturellen Gewalt“, die aus der Ausbeutung der Dritten Welt durch die Erste resultiert. Seine Arbeit illu-

striert eindrucksvoll, wie lokale Moralwelten und die Schwierigkeiten, denen ländliche Bevölkerungen in ihrem Kampf ums Überleben unter zunehmend rauen, wirtschaftlichen Bedingungen gegenüberstehen, mit dem globalen System in Zusammenhang gebracht werden können.¹⁰

Ausgeglichen wird die Balance weiterhin durch die Perspektive der Medizinethnologie mit ihren feinkörnigen Untersuchungen von lokalen Heilsystemen und den damit verbundenen, kosmologischen Vorstellungen. Überall in Afrika gibt es mindestens zwei und oftmals mehr Sektoren der Gesundheitspflege. Auf der einen Seite steht das auf der Biomedizin basierende, moderne Gesundheitssystem; auf der anderen gibt es eine Reihe von lokalen Spezialisten - Divinatoren, Geistmedien, Herbalisten, Gegenhexer, Injektionisten, um nur einige wenige zu nennen. Bisweilen arbeiten diese unabhängig voneinander, bisweilen verschmelzen sie miteinander; die Tendenz ist jedoch, sie unter dem Namen „traditionelle Heiler“ zusammenzufassen. Dieser Kategorie werden neuerdings in zunehmendem Maße auch die Propheten der neuen, schismatischen Sekten christlichen Ursprungs hinzugefügt, die ihre zentrale Berufung ebenfalls im Heilen finden. Im gesamten ländlichen und großen Teilen des städtischen Afrika sind diese lokalen Spezialisten die erste Anlaufstation für alle Leidenden.¹¹ Sie bieten Dienstleistungen an, die in scharfem Gegensatz zu denen der medizinischen Kliniken stehen (falls solche Kliniken überhaupt in Reichweite sind); sie arbeiten im gleichen Begriffssystem und in der gleichen Sprache wie ihre Klienten und die Beziehung zwischen beiden ist persönlich und vertrauensabhängig. Dass sie in den Kampf gegen AIDS einbezogen werden sollten, erscheint selbstevident – wenngleich nicht unproblematisch. Der Medizinethnologe Edward Green (1992, 1994, 1999) hat eine Vorreiterrolle bei der Befürwortung und Inangasetzung solcher Arbeiten eingenommen. Dennoch bleibt die Zusammenarbeit selten und stößt auf den Widerstand des medizinischen Establishments.

Hier liegt in der Tat ein großes Problem. Trotz all dem Gerede von kultureller Sensibilität bleibt das Grundthema das des kulturellen Imperialismus. Wie Manderson/Whiteford (2000a: 3) schreiben, sind die globalen Kräfte „historische Artefakte, die aus der Herrschaft des Westens abgeleitet sind: Sie reflektieren die westlichen Werte von Rationalität, Konkurrenz und Fortschritt, in deren Kontext die implizite Annahme steht, mit der ‘Modernisierung’ würden die lokalen, ‘traditionellen’ Institutionen und Strukturen durch westliche Systeme und Muster ersetzt“. Dies bleibt trotz der Vermehrung der Zahl von Ethnologen, die über AIDS arbeiten, über den gesamten Kontinent ein nahezu unübersteigbares Hindernis für die Akzeptanz ihrer Arbeit durch die politikgeleiteten Programme.

Botswana

Wenden wir uns nun einer Fallstudie zu, um zu illustrieren, wie sich die Vorherrschaft von medizinischer Wissenschaft und westlichen Verstehensmustern in einem spezifischen Kontext manifestiert hat, in dem von Botswana.¹² Denn selbst wenn Ethnologen einmal Beiträge liefern, die eindeutig von Relevanz sind, bleibt das medizinische Establishment – so selbstgewiss in seinem Glauben an die Wissenschaft wie eh und je – meist systematisch taub. Ein schlagendes Beispiel ist eben in Botswana zu finden, wo Benedicte Ingstad 1990 einen Artikel veröffentlicht hat, in dem sie spekulierte, möglicherweise werde HIV/AIDS mit anderen durch sexuelle Verunreinigung verbreiteten Krankheiten – *meila* genannt – gleichgesetzt. Sie folgerte in anderen Worten, es sei möglich, dass HIV/AIDS in Botswana in der Regel nicht als eine „neue“ Krankheit angesehen werde, sondern als eine „alte“. In der Tat wurde in HIV/AIDS genau dieser Weise interpretiert: als Manifestation alter „Tswana“-Krankheiten, die neue Virulenz gewonnen hätte wegen der zunehmenden Missachtung der Sitten und Gebräuche der traditionellen Kultur, oder auch als Mutation solcher Krankheiten durch ihre Vermischung untereinander. Diese Möglichkeit eines alternativen Verständnisses von HIV/AIDS wurde und wird von denen, die in Botswana mit AIDS-Bekämpfung und -Erziehung befasst sind, vollständig ignoriert.

Ingstads Untersuchung wurde in den späten 1980er Jahren durchgeführt, noch bevor es ernsthafte Anzeichen für eine Epidemie gab. Dennoch erkannte die Regierung 1988, dass sie möglicherweise mit einem schwerwiegenden Problem zu tun haben würde und forderte internationale Fachleute an, um Überwachungs- und Erziehungskampagnen in Gang zu setzen. Schon 1988 startete sie ihre erste Aufklärungskampagne und benutzte dabei das Radio und andere adäquate Medien wie Autoaufkleber und T-Shirts, um die Botschaft an die Leute zu bringen. All dies war für Afrika ziemlich ungewöhnlich. Aber Botswana ist schließlich von Umfang und Reichtum her auch ein ziemlich untypisches Land. Es hat nur eine kleine (wenngleich verstreut lebende) Bevölkerung von 1,4 Millionen Menschen und aufgrund der Ausbeutung seiner mineralischen Ressourcen, auf die es seit Mitte der 1970er Jahre zurückgreifen kann, das größte Prokopfeinkommen des subsaharischen Afrika. Weiterhin hatte es eine stabile Demokratie und Regierungen, die sich in Wohlfahrtsprogrammen engagierten, und – in diesem Zusammenhang vielleicht von besonderer Bedeutung – ein gut ausgestattetes Gesundheitswesen, dessen Dienstleistungen faktisch kostenlos sind. Dies lässt Botswana zu einem interessanten Testfall werden. Wenn auf westlichem Fachwissen und westlicher Biomedizin beruhende Programme irgendwo Erfolg haben sollen, dann müsste es hier sein. Das Ergebnis ist trostlos (vgl. auch Heald 2002).

1992 erfasste der erste Überblicks-Survey den schieren Umfang der sich anbahnenden Tragödie. In einer Örtlichkeit, dem industriellen Zentrum von Francistown, fand man, dass nahezu 24 % der schwangeren Frauen mit HIV infiziert waren, und inzwischen gab es einen weiteren unerbittlichen Anstieg mit einer Verdoppelung der Infiziertenzahlen innerhalb von 5 Jahren. Botswana wurde 1997 als die AIDS-Metropole der Welt bekannt; zwischen 34 und 43 % der Frauen waren landesweit infiziert; 1998 stieg die Zahl in der Hauptstadt Gaborone auf 39 %, in Francistown auf 44 %, im Bergbau- und Industriezentrum Selibwe Phikwe auf 50 %.¹³ 2001 schätzte UNAIDS, dass für 15-Jährige in Botswana die Wahrscheinlichkeit, an AIDS-Folgen zu sterben, über 50 % beträgt. Die für die Dritte Welt typische, demographische Pyramide mit 60 % der Bevölkerung im Alter von weniger als 20 Jahren droht nach den Prognosen zu einem demographischen Zylinder zu werden, weil der AIDS-Tod unter Kindern und Jugendlichen seinen Zoll fordert.

Das Fallbeispiel wirft daher alle Fragen auf. Auch auf das Risiko hin, den Punkt überzustrapazieren: wenn westlich orientierte AIDS-Intervention und Erziehungspolitik irgendwo in Afrika hätte Erfolg haben müssen, dann hier, wo alle notwendigen, unterstützenden Bedingungen wie Infrastruktur, politischer Wille und, man muss sogar sagen, promptes Handeln gegeben waren. Warum dies nicht geschah, ist natürlich eine komplexe Frage, von der ich nur einen Aspekt aufgreifen möchte, nämlich den, der sich auf das Wesen der Erziehungskampagne und die Reaktionen darauf bezieht.

Die Botschaft lässt sich treffend zusammenfassen in dem vertrauten „ABC“. Eine Anschlagtafel definiert sie wie folgt: „AIDS zu vermeiden ist so leicht wie das ABC – *Abstain, Be Faithful, Condomise*“. Die Botschaft wird geradeheraus formuliert, in Begriffen, von denen die Initiatoren annehmen, dass sie ohne Schwierigkeiten verstanden und deshalb angemessenes, risiko-kontrollierendes Verhalten auslösen würden, wie sie es – zumindest anfänglich – in den Schwulengemeinden des Westens getan hatten. Die Frage der kulturellen Angemessenheit schien sich überhaupt nicht zu stellen. Dennoch gab es verbreitet Widerstand gegen solche Botschaften. Ein Streitpunkt war von Anfang an die schiere Heftigkeit der Botschaft mit ihrer offenen Thematisierung von Sexualität. Dies empfand man als im Widerspruch zu den moralischen Regeln vieler afrikanischer Gesellschaften stehend, welche das Reden über Sexualität beschränken, so dass diese niemals Gegenstand einer offenen Diskussion zwischen Männern und Frauen sowie zwischen verschiedenen Kategorien von Verwandten, speziell zwischen Eltern und Kindern, werden kann (Heald 1995). Im Lauf der Zeit ist dieser Widerstand zurückgegangen, aber er ist immer noch vorhanden, und die Menschen ziehen es, nicht unerwartet, vor, in lokalen Idiomen und Euphemismen zu reden. Die Befürwortung des Kondoms hat sich in Botswana wie anderswo als noch

kontroverser erwiesen. Die ganze Kampagne wurde in der Tat von Kirchenführern und Ältesten als Einladung zur Promiskuität angesehen, welche genau zu der Sache ermutigte, vor der sie abschrecken sollte.¹⁴

Aber der Widerstand gegen diese Botschaften sitzt in vieler Hinsicht tiefer. Die Menschen müssen an die „Fakten“, die ihnen präsentiert werden, glauben und sich mit den Alternativen identifizieren. In Botswana geschah offenbar keines von beiden. Von Anfang an, d.h. seit 1988, stieß die AIDS-Aufklärungskampagne weithin auf Skeptizismus. Die lange Unsichtbarkeit der Krankheit, der langsam schwelende Charakter der Epidemie wirft von Beginn an Probleme auf, da Kampagnen, wenn sie Erfolg haben sollen, die anfängliche Glaubwürdigkeitslücke schließen müssen. Die erste Kampagne wurde zu einer Zeit in Gang gesetzt, in der es so wenig Fälle von AIDS gab, dass die Existenz des Virus und die von ihm ausgehende, potenzielle Bedrohung leicht bezweifelt werden konnte. Ingstad (1990) notiert, dass AIDS ironisch als „Radio-Krankheit“ bezeichnet wurde, weil die meisten Menschen nur in Radio-Programmen davon erfahren hatten. Die Unterstützung durch die Evidenz der sinnlichen Wahrnehmung fehlte den Ratschlägen, die erteilt wurden.

Es geht jedoch um mehr als um diese Glaubwürdigkeitsfrage. Der Inhalt der Botschaft wurde nicht als neutrale, wissenschaftliche „Tatsache“ verstanden, sondern als Angriff auf die Moral und die Kultur. Die AIDS-Botschaft der Regierung wurde als politisch aufgeladen angesehen: nicht als Verkündung einer universellen, sondern einer partikularen, westlichen (weißen) Wahrheit. Was die Regierung übersah, war, dass es auch andere Diskurse über AIDS gab – solche die in der lokalen Epistemologie, in Tswana-Wahrheiten und ihrer Medizin verwurzelt waren. Diese werden weithin geteilt und liefern ein machtvolleres, ausgearbeitetes und kohärentes, biomoralisches Verständnis, welches sich als fähig erwiesen hat, die Erkrankungs- und Sterblichkeitsrate, auf die man in der AIDS-Pandemie stieß, ohne Schwierigkeiten zu integrieren. In diesem Diskurs gibt es so etwas wie AIDS tatsächlich nicht. Wie mir ein alter Tswana-Heiler erklärte, konnte er kein AIDS sehen – alles, was er sah, waren alte Krankheiten wie Tuberkulose, Geschlechtskrankheiten und andere aus dem ihm vertrauten Repertoire. Dies passt natürlich gut mit der variierenden Symptomatologie des Syndroms zusammen. Was sich geändert hatte, war für ihn wie für andere die Häufigkeit des Auftretens, welche er der sexuellen Laxheit der Jugend und dem verbreiteten Gebrauch von Verhütungsmitteln zuschrieb.

Wie Ingstad warnend vorhergesagt hatte, bezieht sich das vorherrschende Interpretationsidiom hier auf *meila* – auf Krankheiten, deren Ausbreitung als Folge von sexuellen Tabuverletzungen angesehen wird, v.a. von Beischlaf mit einer Frau in der Menstruationszeit oder nach einer Fehlgeburt sowie nach einem Geburts- oder Todesfall (Seeley 1973; Schaper 1978, 1979; Comaroff 1985;

Ingstad 1990; Haram 1991; Livingston 2001, 2003; Staugard 1985). Diese Befleckungs-Vorstellungen ruhen auf einer spezifischen, biologischen Theorie, die sich auf die Notwendigkeit des freien Blutflusses im Körper bezieht. Krankheit tritt auf, wenn die lebensspendenden Kanäle blockiert sind, was zu pathologischen Zuständen im Blut des Leidenden und zu typischen Symptomen an den Verengungspunkten führt. Aber dieser Blutfluss findet nicht nur innerhalb des Körpers, sondern auch zwischen verschiedenen Körpern statt. Die zentrale Vorstellung ist hier die der Verbindung. Dem Geschlechtsverkehr, der Vermischung des Blutes von Frau und Mann wird entsprechend besondere Wirksamkeit zugesprochen; in angemessener Form ausgeführt, fördert er die Gesundheit und den Zusammenhalt. Für die Zeugung muss das Blut gemischt werden: Das Blut des Mannes (der Samen) verbindet sich mit dem der Frau, um den Fötus zu bilden. Darüber hinaus fördert der Zeugungsakt eine zusätzliche Verbundenheit der Partner dadurch, dass das Blut von Gatte und Gattin sich gegenseitig benötigen, von einander abhängig werden. Nach dem Tod eines Ehepartners ergeben sich für den hinterbliebenen Teil besondere Gefahren; ohne den Partner kommt sein Blut, wie man sagt, zum „Stillstand“, wird „heiß“ und „schwer“. Dies kann nicht nur beim Hinterbliebenen selbst zu Krankheit führen, es bedeutet auch eine besondere Gefahr für jede andere Person, die mit ihm oder ihr in Kontakt steht, insbesondere in sexuellem Kontakt, durch den die Krankheit auf sie übertragen werden kann. Dieser pathologische Zustand ist als *boswagadi* bekannt. Für viele sind AIDS und *boswagadi* ein und dasselbe.

Aber diese Blutflusstheorie hat auch Auswirkungen auf die Akzeptanz des Kondoms. Man glaubt, dass das Kondom – ein Mittel der Blockade – die gesundheitsfördernde Vermischung des männlichen und weiblichen Bluts beim Geschlechtsverkehr verhindert. Das hat nicht nur mit der Wichtigkeit der Fortpflanzung zu tun. Denn, wie es die Tswana sehen, nehmen beim Geschlechtsverkehr nicht nur die Frauen männliches Blut in sich auf, sondern auch die Männer weibliches, und dies wird ebenfalls als Ejakulation mit reinigender Wirkung angesehen. Der Gebrauch des Kondoms verhindert eben dies – er bewirkt, dass der Mann nur seine eigene Substanz oder gar die Luft aus dem Kondom aufnimmt und so seine Kanäle blockiert. In dieser Perspektive erscheint das Kondom nicht als Schutz gegen AIDS, sondern als eine seiner eigentlichen Ursachen.¹⁵

Widerstand gegen die Kondombenutzung ist in vielen Teilen Afrikas aufgetreten und hat zahlreiche Formen angenommen. Es hat sich keineswegs als die einfache technische Bremse beim Thema „Ausbreitung“ erwiesen, für die man es einmal gehalten hatte. Deshalb empfiehlt es sich, einen Schritt zurück zu treten und den Ursprung dieses Interventionsmodus neu zu betrachten. Das „Safer-Sex“-Modell der Vorbeugung war ursprünglich im Westen entwickelt und bei einer spezifischen Gruppe von Westlern – homosexuellen Männern – erfolgreich an-

gewendet worden. Blockierende Mittel waren offenbar angemessen für eine Gruppe, die sexuelle Freiheit und nicht der Fortpflanzung dienende Formen von Sexualität schätzten. Ob es – selbst in Kombination mit der Treue-Botschaft – in heterosexuellen Populationen, welche Wert auf Fortpflanzung legen, ebenso wertvoll sein würde, scheint selten thematisiert worden zu sein. Darin zeigte sich eine systematische Blindheit gegenüber den Werten afrikanischer Völker und gegenüber Aspekten von deren Sexualmoral, die zum Kampf gegen die Seuche hätten genutzt werden können.

Diese Einstellung strahlte, wie angedeutet, auch auf die traditionelle Medizin und ihre Praktiker aus. Sie wurden durch westliche Erzieher und Ärzte in gleicher Weise verunglimpft, ihre Ansichten und ihr Fachwissen wurden in rein pejorativer Weise als Quellen des Aberglaubens angesehen, ihre Heilmittel und Techniken als gefährlich. Sie waren Teil des Problems, nicht der Lösung. Ethnologische Forschung in Botswana (ebenso wie in anderen Teilen Afrikas) war jedoch in einer sehr viel verständnisvolleren Weise mit traditionellen Heilern und Wahrsagern umgegangen und hatte den komplementären Charakter von deren Behandlungsangebot betont (Seeley 1973; Staugard 1985; Haram 1991; Ulin 1978). Da die meisten auf sexuellem Weg übertragenen Krankheiten als „Tswana-Krankheiten“ angesehen werden, trifft dies in besonderer Weise für diese wichtige Krankheitsart zu, wenn es um die HIV-Erziehung und -Vorbeugung geht.

Wie man anderswo erkannt hat, können traditionelle Heiler eine potenziell wichtige erste Verteidigungslinie in der Reaktion auf die Krankheit darstellen, und dies wurde von einer Vielzahl von Projekten genutzt. Zwei von ihnen möchte ich nennen. Das erste ist ein innovatives Projekt, das von Sam Kalibala, einem unkonventionellen Mediziner, welcher nach eigenen Worten „die Regeln gebrochen“ hat, 1988 in Uganda ins Leben gerufen wurde.¹⁶ Im Laufe seiner Arbeit am Masaka Distrikt Hospital entschloss sich Kalibala zu dem Experiment, mit traditionellen Heilern zusammenzuarbeiten, um zu sehen, ob ihre Therapien bei der Behandlung von mit AIDS zusammenhängenden Erkrankungen von Nutzen seien. Er startete einen Kleinversuch und fand heraus, dass es den Patienten bei einigen mit HIV zusammenhängenden Beschwerden, insbesondere Herpes Zoster und Auszehrung, mit Kräutermedizin ebenso gut wie oder sogar besser als mit den viel teureren, medizinischen Präparaten ging. Der nächste Schritt war, traditionelle Heiler als Berater einzusetzen und zu echten Partnern im Kampf gegen AIDS zu machen, so dass sie ihre Fähigkeiten und das Vertrauen, das die Patienten in sie hatten, nutzen konnten, Ratschläge zur Krankheit zu geben und sie nötigenfalls an die Teststationen zu verweisen. Das Projekt erwies sich als so erfolgreich, dass es 1992 als NGO „THETA“ – Traditional and Modern Health Practitioners Together against AIDS – etabliert wurde; 1997 waren schon mehr als 100 Heiler in 5 Distrikten in Diagnose, Beratung und Vorbeugung sowie der

Anwendung von ausgewählten Kräuterarzneien zur „Kühlung“ der Krankheit ausgebildet worden (THETA 1998).

Ein weiteres Projekt ähnlicher Art wurde 1991 durch den Medizinethnologen Edward Green in Mosambik gestartet. Er war nicht nur interessiert, die Unterstützung traditioneller Heiler zu finden und bei der konventionellen Vorbeugung gegen AIDS (und Geschlechtskrankheiten) zu nutzen, sondern hoffte auch, Aspekte der traditionellen Moral in Dienst nehmen zu können, um die Botschaft zu verstärken. Er ist der Überzeugung, dass die lokale Moral ein wirksameres Instrument im Kampf gegen AIDS ist als die Propagierung des Kondoms. Trotz intensiver, öffentlicher Kampagnen ist dieses immer noch problematisch, da die Nutzung von Kondomen umstritten und ihr Nachschub unregelmäßig ist. Wie die Untersuchung in Botswana fanden auch Green und sein Team einen engen Zusammenhang von Befleckungsvorstellungen mit Ideen, die mit einer Theorie der Übertragung von Geschlechtskrankheiten durch Keime in Übereinstimmung gebracht werden könnten. Zudem war auch der in lokalen Moralvorstellungen gründende Ratschlag, den Verkehr mit Fremden oder in der Menstruationsperiode etc. zu meiden, aus biomedizinischer Perspektive „vernünftig“. Ihr Ansatz war es, „auf den vorhandenen, lokalen Glaubensvorstellungen und Praktiken aufzubauen, statt sie zu ignorieren oder in Frage zu stellen“ (Green 1999: 75).

Solche Programme blieben die Ausnahme. Ein interessanter Aspekt liegt darin, dass beide Beispiele aus „desorganisierten“ Staaten stammen, das heißt aus Staaten, die all die Zerstörungen eines Bürgerkriegs erlitten haben und nun neue, revolutionäre Regierungen besitzen. Wo ein medizinisches Establishment die Szene beherrscht, werden sie selten geduldet. Ein wesentlicher Unterschied zwischen den beiden dargestellten Projekten und vielen anderen, die sich im Anschluss an die WHO-Direktive von 1978, traditionelle Heiler in die Gesundheitsvorsorge einzubeziehen, entwickelten, liegt darin, dass sie auf echte Zusammenarbeit abzielten. Allzu oft wird diese Politik in der Art einer Informations-Einbahnstraße organisiert, durch die versucht wird, die traditionellen Heiler von ihren „falschen Vorstellungen“ zu befreien und diese durch medizinisch-wissenschaftlich begründete zu ersetzen. Dies scheint in Botswana der Fall gewesen zu sein, von wo Liv Haram (1991) eine lebendige Darstellung eines solchen Seminars in den späten 1980ern liefert. Während die traditionellen Heiler nach Komplementaritäten und Übereinstimmungen zwischen ihren Überzeugungen und der westlichen Medizin suchten, beharrten die Angestellten des Gesundheitswesens strikt auf der Verschiedenheit und ihrem Glauben an die Unvereinbarkeit der beiden Systeme. Angesichts dessen überrascht es nicht, dass in Botswana der Versuch, traditionelle Heiler in der AIDS-Erziehung, -Vorbeugung und -Linderung zu nutzen, fehlgeschlagen ist.

Moral oder Medizin?

Versuchen wir, zu einer Schlussfolgerung zu kommen. Was haben wir gelernt? Oder anders gewendet: was können wir aus diesen kleinen, ethnographischen Fallbeispielen lernen? In aller Kürze natürlich, dass Wissen niemals unschuldig, niemals neutral ist. Es ist eingebettet in soziale Praktiken und kulturelle Ideologien, welche – auf welcher Seite man auch stehen mag – in ihrer Begründung und Logik untadelig erscheinen. Wenn wir die Tswana-Prinzipien akzeptieren, folgt alles andere logisch – die äußere Evidenz passt ebenso gut damit zusammen, wie mit der biomedizinischen Sicht der Krankheit, wenn wir diese übernehmen. Dies ist kaum eine neue Erkenntnis – Ethnologen haben sie schon vor langer Zeit Evans-Pritchards (1931) Überlegungen zur sich selbst bestätigenden Kraft von Ideen entnommen – aber vielleicht lohnt es sich, sie einmal mehr zu wiederholen. Daneben besitzt die Geschichte aber doch noch einen neuen Aspekt, der die Verbreitung der Botschaft betrifft. Um zur Situation im südlichen Afrika zurückzukehren, möchte ich jetzt die politischen Dilemmata der Übermittlung der westlichen AIDS-Botschaft in Gesellschaften mit andersartigen, auf andersartigen Wahrheitsansprüchen beruhenden Gesundheitssystemen beleuchten. Wo diese, wie im südlichen Afrika, mit festgefügtten sozialen Unterteilungen zusammenfallen, am offenkundigsten mit der zwischen schwarz und weiß, besitzen sie eine politische Schlagseite, die bewirkt, dass die Regierung und ihre Sprecher entweder auf der einen oder auf der anderen Seite der sozialen und epistemologischen Trennlinie lokalisiert werden.

Die Glaubensvorstellungen der Tswana erlauben eine durchschlagende Kritik der Moderne. Die ontologische Scheidung zwischen der Welt der „Weißen“ *segkoa* und der der Tswana *setswana* wurde von traditionellen Heilern und Kirchenführern stark betont, und die Regierung wurde auf der Seite der Weißen eingeordnet. Viele Wahrsager und Propheten in den neuen Pfingstkirchen, die heute die Mehrzahl der christlichen Kirchenmitglieder stellen, wollen den Westen zur Verantwortung ziehen und klagen ihn an, er habe AIDS durch die Einführung von Methoden der Geburtenkontrolle erst geschaffen. Verschwörungstheorien werden aus großen Teilen Afrikas berichtet und liefern ein exaktes Spiegelbild zu der „AIDS-aus-Afrika“-These des Westens. Und sie sind niemals völlig ohne Grundlage. In Botswana ist diesbezüglich tatsächlich eine unglückliche Koinzidenz festzustellen. Groß angelegte, auf Frauen abzielende Familienplanungskampagnen wurden in den 1980ern gestartet, und ihnen folgte auf den Fersen die Propagierung des Kondoms.¹⁷ Der Anstieg der Erkrankungs- und Sterblichkeitsrate schien dem zu folgen. Angesichts dessen ist es nicht völlig überraschend, dass viele Menschen unheilvolle, wenn nicht gar völkermörderische Absichten in Geburtenkontrollprogramme jedweder Art hinein lasen (Heald 2002).¹⁸

Es geht also nicht einfach nur um öffentliche Gesundheit, es geht auch um Politik und um das Wesen der Gemeinschaft. Es geht um das Wesen des Weltbilds, um die sozialen Bedingungen und Praktiken, welche unterschiedliche Weltansichten begründen und als natürliche erscheinen lassen. In diesem Zusammenhang lohnt es sich, die Implikationen für die sozialen Grundlagen von Glaubwürdigkeit und Zweifel zu überdenken, die sich aus unserem Material ergeben. Was man die ethnologische Orthodoxie nennen könnte, stammt ebenfalls aus Evans-Pritchards Studie über die Hexerei bei den Azande und steht in scharfem Gegensatz zu den „Ablösungs“-Theorien, wie sie in den westlichen Vorstellungen vom „Fortschritt“ verkörpert sind. Evans-Pritchard vertritt die Meinung, dass die Azande letztlich mit einer dualen Kausalitätstheorie auf der Grundlage einer impliziten Unterscheidung zwischen dem „Wie“ und dem „Warum“ von Ereignissen arbeiteten. Die Antwort auf die Frage, „wie“ ein Unglück passierte, wurde in den vorliegenden, empirisch gegebenen Umständen gesucht, etwa im Einsturz eines Speichers, der zum Tod oder zur Verletzung des unter ihm sitzenden Individuums führte. Die Frage nach dem „Warum“ reicht tiefer in die lokale Eschatologie hinein. Sie greift nicht nur auf empirische Beobachtung zurück, sondern postuliert das Wirken von unsichtbaren oder, wie er formuliert, „mystischen“ Ursachen, im gegebenen Fall der Hexerei, welche man als die eigentliche und letzte Ursache für ein solches unglückliches Ereignis ansah. Daraus lässt sich ableiten, dass es für einen Azande (oder irgendwen sonst) keinen Widerspruch bedeutete, einen westlichen Mediziner zur Behandlung aufzusuchen, um die manifesten Symptome zu kurieren, und dennoch überzeugt zu sein, dass die wahre Ursache der Krankheit anderswo zu finden sei. Die *modus operandi* der westlichen und der afrikanischen Behandlung einer Krankheit könnten so in komplementärer Weise neben einander bestehen. In der Tat hat sich gezeigt, dass ein eklektisches Wechseln zwischen Praktikern vieler verschiedener Ausrichtungen ein übliches Verhalten bei der Suche nach Heilung ist, ohne dass dies notwendig einen Wandel in den grundlegenden, ontologischen Vorstellungen implizieren würde.

Diese Annahme eines Parallelismus, einer Koexistenz, kann, wie gesagt, als ethnologische Orthodoxie angesehen werden. Westliche Medizintechniken werden angenommen, wenn sie ihre Effizienz bewiesen haben, ohne dass deshalb eine entsprechende Veränderung in der Struktur des lokalen Weltbilds vorgenommen würde. Vielleicht ist es an der Zeit, dieses alte Paradigma im Lichte der Herausforderungen, die durch HIV/AIDS und die Unfähigkeit der westlichen Medizin zur Heilung oder Prävention gestellt werden, neu zu überdenken. Mit Evans-Pritchards Darlegung gab es nämlich schon immer ein Problem. Für Unglücksfälle wie den des einstürzenden Speichers mag zwar ein eindeutiges empirisches „wie“ zu entdecken sein, etwa dass, um bei diesem klassischen Beispiel zu bleiben, Termiten den tragenden Rahmen angefressen hatten. In diesem Fall

kann man dies trennen von der Spekulation darüber, „warum“ ein bestimmtes Individuum unglücklicherweise gerade darunter saß, als der Speicher einstürzte. Für die Mehrzahl der Gesundheitsprobleme gibt es keine derart einfache Unterscheidung zwischen dem „Wie“ und dem „Warum“: Sie sind untrennbare Bestandteile von ein und dem selben Gegenstand, dem selben Interpretationsrahmen. So wurden westliche Techniken und Arzneien, wie oben angedeutet, benutzt in Bereichen, in denen ihnen ein eindeutiger und beobachtbarer Gebrauchswert zugesprochen wird, ohne dass sie deshalb von sich aus Menschen überzeugen würden, deren Interpretationsschema auf anderen Prinzipien als dem der „Autorität der Wissenschaft“ beruht.

Darüber hinaus hat der Zusammenbruch des modernen Gesundheitswesens in vielen Ländern Afrikas dieses zunehmend ineffektiv, um nicht zu sagen: gefährlich, werden lassen. In Uganda, wo Spritzen weithin als effektive Mittel bei der Behandlung von Malaria und auch bei der Verabreichung starker Antibiotika angesehen werden, hat sich deren Gebrauch aus den Krankenhäusern in die Gemeinden verlagert. Die lokalen Populationen haben klare und differenzierte Kenntnisse von den Gefahren der Benutzung unsterilisierter Instrumente.¹⁹ Die Menschen ziehen es vor, die schlecht ausgestatteten Regierungseinrichtungen zu meiden, und benutzen stattdessen ihre eigenen Nadeln und ihre eigene Medizin; oder sie gehen zu einem lokalen Spezialisten, dem sie vertrauen (Birungi 1998). Eine ähnliche Situation herrscht in Teilen Kenias, wo eine neue Kategorie von Heilern, die „Injektionisten“, an die früher von lokalen Wahrsagern eingenommene Stelle getreten zu sein scheinen. Diese Annahme einer spezifischen Technik könnte als repräsentativ für die Popularisierung der Biomedizin angesehen werden (Kleinmann 1980), aber das Vertrauen in das System als ganzes und die Legitimität des professionellen Wissens ist dennoch nicht unangefochten, wie Birungi (1998) klarstellt.

Das Beispiel der Tswana, bei denen sich ein offener Antagonismus entwickelte, ist vielleicht ungewöhnlich, aber es gibt zu wenig Forschung zum Thema, als dass wir es wissen könnten. Fest steht, dass lokale Spezialisten nicht einfach als „Zauberdoktoren“ vernachlässigt werden können, wie dies Gesundheitsfürsorger gerne hätten; ebenso wenig kann man wie die ältere ethnologische Forschung davon ausgehen, dass ihre Therapien nur im Bereich des „Psychosomatischen“ wirken. In der Tat wird nicht nur die Körper-Geist-Spaltung selbst in der klinischen Medizin in Frage gestellt, sondern das aktuelle Interesse hat sich auf die therapeutischen Eigenschaften einer Vielzahl der genutzten, pflanzlichen Heilmittel verlagert. Auch sollten sie nicht als von Grund aus konservativ angesehen werden. Wie die oben erwähnten Studien in Uganda, Mosambik und Botswana gezeigt haben, waren traditionelle Heiler viel offener für den Dialog mit medizinischem Personal als umgekehrt. Auch sind es nicht viele, die derart übertriebene Behauptungen aufstellen wie die, dass sie AIDS heilen könnten, trotz der Ver-

lockung durch den Druck der Öffentlichkeit und, natürlich, des Geldes. Die große Mehrheit sieht ihre Rolle im Bereich der lindernden Pflege, in der Behandlung der Krankheiten, die sie von alters her kennen und für die sie erprobtes Wissen besitzen.

Es ist nicht einfach eine Frage des Gegensatzes von moderner Wissenschaft und traditionellem Heilen im Sinne einer indigenen Praxis, es ist auch eine Frage des aktuellen, religiösen Aufschwungs in Afrika mit seiner Vielzahl von neuen Kirchen, die allesamt neue Formen des spirituellen Heilens versprechen. Vielleicht sollten wir an dieser Stelle die Arbeiten über Medizin und die Literatur über religiöse Bekehrung in expliziterer Weise zusammen führen. In beiden stellt sich die Frage nach der gegenseitigen Durchdringung der Glaubenssysteme. Um John Peels (1979) Frage zu übernehmen: konvertieren beispielsweise Afrikaner zum Christentum unter der Annahme, ihr alter Glaube würde abgelöst? Oder konvertieren sie umgekehrt das Christentum und gleichen es vertrauteren Glaubensformen an? Unter welchen Bedingungen und in welchem Ausmaß kommt es zu Verschmelzung und Synkretismus, unter welchen zu Gegensätzen zwischen den verschiedenen Glaubenssystemen und ihren Anhängern? Welche Rolle spielen die Kirchen jedweder Art und Größe in der Pandemie und wie ändern sie ihre Weltansichten, um mit ihr zurecht zu kommen. Interessante Forschungen über die Frage, wie lokale Kongregationen auf die durch AIDS gestellten moralischen Dilemmata reagieren, sind gerade in Arbeit (z.B. Klaitz 2002; Dilger 2001). Diese Studien laufen parallel mit solchen über lokale Muster des Heilens (Mwanzo 2000; Birungi 1998; Whyte 1992, 1997) und eröffnen erfolgversprechende Pfade für weitere Forschung. Wenn der Westen eine entscheidende Verschiebung weg vom Schicksal der Seele und hin zu dem des Körpers erfahren hat, folgt daraus keineswegs, dass der gleiche Pfad auch in Afrika eingeschlagen werden wird.

Wie Ronnie Frankenberg (2001: 296) kürzlich geschrieben hat, dürfen „Ethnologen normalerweise nur auf der Ersatzbank sitzen und werden erst dann aufs Spielfeld gelassen..., wenn die richtigen Spieler – Ärzte, Epidemiologen, Gesundheitsökonom – abgezogen oder in anderen, wichtigeren Spielen anderswo eingesetzt werden.“ Das Feld ist immer noch da, und vielleicht ist dies die Zeit, in der Ethnologen aufgerufen sind, ihr Verständnis von afrikanischen Therapie-systemen und der Art und Weise, wie diese mit der westlichen Medizin zusammenhängen, zusammenzufassen. Für uns ist es an der Zeit, von den Ersatzbänken aufzustehen – ob mit oder ohne Einladung – und unser Handwerk zu praktizieren. Die durch die Pandemie gestellten Probleme sind vielfältig und in dem Maß, wie die Krise sich verschärft, wächst die Notwendigkeit, das Problem auf Gemeindeebene zu studieren, um die Dilemmata der Menschen, die ihrer Bedrohung direkt ausgesetzt sind, zu Gehör zu bekommen und zu verstehen. Und wir müssen diese in Verbindung bringen mit den umfassenderen sozialen, politischen

und wirtschaftlichen Strömungen auf nationaler und globaler Ebene, welche auf die lokale Bevölkerung einwirken. Die Ethnologie ist vielleicht nicht in der Lage, die gewaltige Lücke, die sich zwischen der Ebene der Programmatik und der ihrer praktischen Ausführung auftut, zu überbrücken, aber sie kann sie wenigstens dokumentieren. AIDS wird, wie Barnett und Blackie (1992) klargemacht haben, bei uns bleiben – die Zeit wie die Notwendigkeit für die langfristig angelegten, qualitativen Studien der Ethnologie ist gegeben.

Aus dem Englischen übersetzt von Gerhard Hauck

Anmerkungen

- 1 Es ist wichtig, anzumerken, dass diese Herausforderung durch die Aktivisten nicht der Biomedizin als solcher galt. Schwule Männer stellten sich der Aufgabe, sich selbst weiterzubilden, um in medizinische Diskussionen eintreten, mit der Profession der Mediziner kommunizieren und in ihr Glaubwürdigkeit gewinnen zu können. Sie teilten in der Tat deren Begriffe, Überzeugungsstrukturen und Diskurse.
- 2 Unter den Ländern, die sich gegen diese Politik wandten, ist Kuba (Santana 1997) besonders bemerkenswert.
- 3 In der ersten Hälfte der 1980er Jahre hatte die epidemiologische HIV-Forschung ihre Methodologie und die Umstände, unter denen bestimmte Tests falsche Positivergebnisse produzierten, noch zu präzisieren.
- 4 Die Art und Weise, wie Kenia dies Politik durchführte, hatte dramatische Auswirkungen auf die öffentlichen Gesundheitsausgaben. Dieser Effekt kann veranschaulicht werden durch eine Langzeit-Panel-Studie, die ich 1985 und 1995 im Kuria Distrikt durchgeführt habe. 1995 gaben die untersuchten Farmer ca. 17% ihres Einkommens für Gesundheitsmaßnahmen aus. Dies bedeutete den höchsten Einzelposten an Ausgaben, gefolgt von Schulgeld und Hausinstandhaltung. Alles in allem gaben 19% der Haushalte signifikante Beträge für Gesundheit aus im Vergleich mit weniger als 6% 1985. In dieser Periode gab es darüber hinaus im Gefolge eines Niedergangs der Leistungen in den öffentlichen Krankenhäusern einen Boom in der privaten Medizin mit neuen, privaten Kliniken und Krankenhäusern im Distrikt. Für nähere Einzelheiten zu dieser Studie siehe Heald 1999.
- 5 Parker kommentiert: „Das Weltsystem hat zunehmend gelernt, die Epidemie zu ‘verwalten’, hat aber mit Sicherheit kaum Fortschritte bei ihrer Bewältigung gemacht“ (Parker 2000: 51).
- 6 Persönliche Mitteilung von Dr. Sam Kalibala vom Bevölkerungsrat in Nairobi, dem Direktor des Programms in Kenia, November 2001.
- 7 Kenia hat z.B. 1997 ein Gesetz zur Etablierung eines *National AIDS Council* verabschiedet, um die Maßnahmen- und Projekt-Implementation über die Auszahlung von Hilfsgeldern zu beschleunigen. In den ersten Monaten von 2001 spendete die Weltbank 10 Millionen Pfund aus ihrem Katastrophen-Hilfs-Fonds, um ihm auf die Beine zu helfen; aber am Ende des Jahres war immer noch keine Finanz-Management-Agentur eingesetzt. Dementsprechend gab es nach vier Jahren trotz intensiver Lobby-Arbeit und Politik-Diskussion in Nairobi noch keinerlei greifbare Ergebnisse auf der Graswurzelebene.
- 8 Tatsächlich könnte man sogar einen deutlichen Rückgang des allgemeinen Interessens vermuten. Wenn man z.B. die Teilnahme an den AIDS-Panels der American Anthropological Association in den 80er und den 90er Jahren vergleicht, so sind die einst überfüllten Hörsäle jetzt nur noch mit den Diskutanten und einer kaum größeren Zuhörerzahl besetzt.

- 9 Dies forderte eine Vielzahl von Kritiken heraus, z.B. Le Blanc u.a. 1991; Ahlberg 1994; Heald 1995.
- 10 Dies war die erste und bleibt eine der wenigen umfassenden Ethnographien zum Thema AIDS. Vgl. auch Setel 1999.
- 11 Vgl. zusätzlich Dilger 2001; Livingston 2002; Mwanzo 2000; Whyte 1997 u.a.
- 12 Für eine ausführlichere Diskussion dieses Falles vgl. Heald 2002.
- 13 Botswana, AIDS Update 1998; vgl. auch Heald 2002.
- 14 Dies war auch nicht ganz falsch. Eine Umfrage durch die AIDS/STD-Gruppe berichtet eine Zunahme des Gebrauchs von Kondomen, aber auch eine Zunahme des Partnerwechsels unter den Befragten (Botswana 1994).
- 15 Dies ist keineswegs einzigartig, wie Ethnographien aus anderen Teilen Afrikas belegen (z.B. Taylor 1990; Morgensen 1999).
- 16 Persönliche Mitteilung von Dr. Sam Kalibala vom Population Council in Nairobi, dem Direktor des Programms in Kenia, November 2001.
- 17 Es ist wichtig, festzuhalten, dass die Annahmerate für Geburtenbeschränkungsmaßnahmen bei den Frauen hoch war; man schätzt, dass etwa ein Drittel der Frauen darauf zurückgriffen, in erster Linie auf die Pille oder IUD (Baakile u.a.). Eine Situationsanalyse zum Mutterschafts-/Kindergesundheits-/Familienplanungsprogramm in Botswana (MCH/FP) findet sich in: Botswana: Ministry of Health and the Population Council. July 1996.
- 18 Ich denke, dies ist möglicherweise auch der Kontext, in dem wir beginnen können, Mbekis Haltung zu AIDS zu verstehen. Thabo Mbeki, der Präsident von Südafrika, hat sich auf die Seite der sogenannten „AIDS-Dissidenten“ geschlagen, den Kausalzusammenhang zwischen HIV und AIDS in Frage gestellt und darauf bestanden, dass „für Afrikaner afrikanische Lösungen gefunden werden müssen“ (zitiert nach Dilger 2001). Mbekis Aufruf wurde kürzlich bei einem Privatbesuch in Kenia von Sambias Expräsident Kaunda aufgegriffen, was möglicherweise auf einen allgemeineren politischen Trend bei afrikanischen Führern schließen lässt. Mbeki selbst soll dies allerdings vor kurzem wieder bestritten haben (South Africa Sunday Times, 21. April 2002).
- 19 Dieses Thema wurde unlängst von Gisselquist und anderen (2003) aufgenommen, wo der Konsens, dass HIV nahezu ausschließlich durch sexuellen Kontakt übertragen wird, in Frage gestellt wird. Ihr Argument ist, dass die Risiken der Übertragung von HIV durch Einrichtungen der Gesundheitspflege bei weitem unterschätzt werde. Dieser Ansicht wurde sofort widersprochen durch ein Komitee von internationalen Experten, die darauf bestehen, dass sexuelle Übertragung die vorherrschende Form der Übertragung sei. Vgl.: <http://www.who.int/mediacentre/statements/2003/statements5/en/>.

Literatur

- Akeroyd, Anne (1997): „Sociocultural aspects of AIDS in Africa: Occupational and Gender Issues“. In: Bond/Krenishe/Susser/Vincent 1997.
- Ahlberg, B. (1994): „Is there an African sexuality? A critical response to Caldwell et al“. In: *Africa* 64 (2), S. 220-42.
- Baakile, B. u.a. (1996): *A Situation analysis of the Maternal and Child Health/Family Planning (MMCH/FP) Program in Botswana*. Botswana Ministry of Health and the Population Council.
- Barnett, Tony; Blackie, Piers (1992): *Aids in Africa*. London: Belhaven Press.
- Birungi, Harriet (1998): „Injections and Self-Help: Risk and Trust in Ugandan Health Care. In: *Social Science and Medicine* 47, S. 1455-1462.
- Bond, George; Krenishe, John; Susser, Ida; Vincent, Joan (Hg.) (1997): *AIDS in Africa and the Caribbean*. Boulder, USA: Westview.

- Botswana, Republic of (1994): *Monitoring Trends in Youth Sexual Behaviour*. AIDS/STD Unit, Ministry of Health.
- Botswana, Republic of (1996): *Household Income and Expenditure Survey 1993/94*. Gaborone: Ministry of Finance and Development Planning (Central Statistics Office).
- Botswana, Republic of (1997): *Botswana HIV and AIDS: Second Medium Term Plan, 1997-2002*. Gaborone: Ministry of Health, Botswana.
- Botswana, Republic of (1998a): *AIDS Update*. AIDS/STD Unit, Gaborone: Ministry of Health.
- Botswana, Republic of (1998b): (in conjunction with UNDP and UNICEF) *Botswana Human Development Report, 1997*. Gaborone.
- Bolton, Ralph (1995): „Rethinking Anthropology: The Study of AIDS“. In: ten Brummelhuis, Han; Herdt, Gilbert (Hg.): *Culture and Sexual Risk: Anthropological Perspectives on AIDS*. Gordon and Breach.
- Bond, George u.a. (1997): „The Anthropology of Aids in Africa“. In: Bond/Krenishe/Susser/Vincent 1997.
- Caldwell, John C.; Caldwell, Pat (1987): „The cultural context of high fertility in sub-Saharan Africa.“ In: *Population and Development Review* 13, S. 409-437.
- Caldwell, John C.; Caldwell, Pat; Quiggan, Pat (1989): „The social context of AIDS in sub-Saharan Africa.“ In: *Population and Development Review* 15, S. 185-234.
- Chirimuuta, Richard C.; Chirimuuta, Rosalind J. (1987): *Aids, Africa and Racism*. London: Free Association Books.
- Comaroff, Jean (1985): *Body of Power, Spirit of Resistance: The Culture and History of an African People*. Chicago: University of Chicago Press.
- Cooper, Frederick; Packard, Randall (Hg.) (1997): *International Development and the Social Sciences*. Berkeley/Los Angeles: University of California Press.
- Dilger, Hansjörg (2001): „Living positHIVely in Tanzania“: The global dynamics of AIDS and the meaning of religion for international and local AIDS work. In: *Afrika Spectrum* 36 (1), S. 73-90.
- Epstein, Steven (1996): *Impure Science: AIDS, Activism, and the Politics of Knowledge*. University of California Press.
- Escobar, Arturo (1991): „Anthropology and the development encounter: the making and marketing of development anthropology.“ In: *American Ethnologist* 18 (4), S. 658-682.
- Evans-Pritchard, Edward E. (1937): *Witchcraft, Oracles and Magic among the Azande*. Oxford: Clarendon.
- Farmer, Paul (1992): *Aids and Accusation: Haiti and the Geography of Blame*. University of California Press.
- Farmer, Paul (1994): „Aids talk and the Constitution of Cultural Models“. In: *Social Science and Medicine* 38 (6), S. 801-809.
- Farmer, Paul (1999): *Infections and Inequalities: The Modern Plagues*. University of California Press.
- Frankenberg, Ronald (2001): „Review of L. Whitehead and L. Manderson (Hg.): Global Health Policy, Local Realities“. In: *Medical Anthropology Quarterly* 15 (2), S. 269-273.
- Ferguson, James (1997): „Anthropology and its evil twin: ‘Development’ in the constitution of a discipline.“ In: Cooper/Packard 1997.
- Gisselquist, D.; Potterat, J.; Brody, S.; Vachon, F. (2003): „Let it be sexual: how health care transmission of AIDS in Africa was ignored“. In: *International Journal of STD and AIDS*, 14, S. 148-161.
- Green, Edward C. (1992): „Sexually transmitted disease, Ethnomedicine and AIDS in Africa“. In: *Social Science and Medicine* 35 (2), S. 121-130.
- Green, Edward C. (1994): *AIDS and STDs in Africa: Bridging the gap between traditional healers and modern medicine*. Boulder/Oxford: Westview Press.
- Green, Edward C. (1999): „Engaging Indigenous African Healers in the Prevention of AIDS and STDs“. In: Hann, Robert A. (Hg.): *Anthropology and Public Health: Bridging Difference in Culture and Society*. Oxford University Press.

- Haram, Liv (1991): „Tswana Medicine in Interaction with Biomedicine“. In: *Social Science and Medicine* 33 (2), S. 167-175.
- Heald, Suzette (1995): „The Power of Sex: Reflections on the Caldwell's 'African Sexuality' thesis“. In: *Africa*, 65 (4), S. 489-505.
- Heald, Suzette (1999): „Agricultural Intensification and the Decline of Pastoralism: a Kenyan case study“. In: *Africa* 69 (2), S. 213-237.
- Heald, Suzette (2002): „It's Never as Easy as ABC: Understandings of AIDS in Botswana“. In: *African Journal of AIDS Research* 1 (1), S. 1-11.
- Herdt, Gilbert (1987): „AIDS and Anthropology“. In: *Anthropology Today*, 3 (2) editorial, S. 1-3.
- Ingstad, Benedicte (1990): „The Cultural Construction of AIDS and its consequences for Prevention in Botswana“. In: *Medical Anthropology Quarterly* 4 (1), S. 28-40.
- Kenya, Republic of (1997): *Aids in Kenya*. Nairobi: Ministry of Health, Sessional Paper No. 4 of 1997.
- Kenya, Republic of (2000): *The Kenya National HIV/AIDS Strategic Plan, 2000-2005*. Nairobi: National AIDS Control Council.
- Kenya, Republic of (2001): *National Condom Policy and Strategy*. Nairobi: Ministry of Health and the National AIDS Control Council.
- Klaits, Frederick (2002): *Housing the Spirit, Hearing the Voice: Care and Kinship in an Apostolic Church during Botswana's time of AIDS*. Unpublished PhD dissertation, Johns Hopkins University.
- Kleinman, Arthur (1980): *Patients and Healers in the context of Culture*. Berkeley: University of California Press.
- Le Blanc, M.; Meintel, D.; Piche, V. (1991): „The African sexual system: comments on Caldwell et al“. In: *Population and Development Review* 17 (3), S. 497-505.
- Livingston, Julie (2001): *Long Ago we were still walking when we died. Disability, Aging and the Moral Imagination in Southeastern Botswana, c. 1930-1999*. Unpublished PhD dissertation, Emory University.
- Livingston, Julie (2002): „Longing for the Queen of England: AIDS, Nostalgia, and Epidemiological Transition in Botswana“. Paper presented at the conference on Anthropology and the Health of Populations, June, Brunel University.
- Lyons, Maryinez. (1997): „The point of view: Perspectives on AIDS in Uganda“. In: Bond/Krenishe/Susser/Vincent 1997.
- Manderson, Lenore; Whiteford, Linda (Hg.) (2000): *Global Health Policy, Local Realities: The Fallacy of a level playing field*. Boulder: Lynne Rienner.
- Manderson, Lenore; Whiteford, Linda (2000a): „Introduction to L. Whiteford and L. Manderson (Hg.)“. In: Manderson/Whiteford 2000.
- Mogensen, Hanne (1997): „The narrative of AIDS among the Tonga of Zambia“. In: *Social Science and Medicine* 44 (4), S. 431-439.
- Mwanzo, Isaac (2000): *Recasting the local understandings and management of affliction: the case of malaria among Abalogoli of rural Western Kenya*. Unpublished PhD thesis, Brunel University.
- Obbo, Christine (1993): „HIV Transmission through social and geographic networks in Uganda“. In: *Social Science and Medicine* 33, S. 949-955.
- Packard, Randall; Epstein, Paul (1991): „Epidemiologists, Social Scientists and the structure of medical research on Aids in Africa“. In: *Social Science and Medicine* 33 (7), S. 771-794.
- Parker, Richard (2000) „Administering the epidemic: HIV/AIDS policy, models of development, and international health“. In: Manderson/Whiteford 2000.
- Parker, Richard. (2001): „Sexuality, Culture and Power in HIV/AIDS Research“. In: *Annual Review of Anthropology* 30, S. 163-179.
- Peel, John (1977): „Conversion and tradition in two African societies, Ijebu and Buganda“. In: *Past and Present* 76, S. 108-141.

- Pigg, Stacy (1997): „Found in most traditional societies: Traditional Medical practitioners between culture and development“. In: Cooper/Packard 1997.
- Santana, Sarah (1997): „AIDS Prevention, Treatment and Care in Cuba“. In: Bond/Krenishe/Susser/Vincent 1997.
- Schapera, Isaac (1978): „Some Kgatla Theories of Procreation“. In: Argyle, John (Hg.): *Social Systems and Tradition in Southern Africa: Essays in honour of Eileen Krige*. Oxford: University Press.
- Schapera, Isaac (1979): „Kgatla notions of ritual impurity“. In: *African Studies* 38 (1), S. 3-15.
- Schoepf, Brooke (1992): „Women at risk: Case studies from Zaire“. In: Herdt, Gilbert; Lindenbaum, Shirley (Hg.): *The Time of AIDS: Social Analysis, theory and Method*. Gordon and Breach.
- Schapera, Isaac (2001): „International AIDS Research in Anthropology: Taking a critical perspective on the crisis“. In: *Annual Review of Anthropology* 30, S. 335-361.
- Seeley, Carolyn (1973): *The Reaction of the Tswana to the Practice of Western Medicine*. Unpublished Ph.D thesis, London University.
- Setel, Phillip (1999): *A Plague of Paradoxes: AIDS, culture and demography in Northern Tanzania*. Chicago: Chicago University Press.
- Staugard, Frants (1985): *Traditional Healers, Traditional medicine in Botswana*. Gaborone: Ipelegeng Publishers.
- Taylor, Christopher (1990): „Condoms and Cosmology: The Fractal person and Sexual Risk in Rwanda“. In: *Social Science and Medicine* 31 (9), S. 1023-1028.
- THETA (1998): *Innovation or Re-Awakening: roles of Traditional healers in the Management and Prevention of HIV/AIDS in Uganda*. Participatory Evaluation Report. Kampala.
- Turshen, Meredith (1997): „US Aid to AIDS in Africa“. In: Bond/Krenishe/Susser/Vincent 1997.
- Ulin, Priscilla (1974/79): „The Traditional Healer of Botswana in a changing society“. In: Ademuwagun, Z.A.; Ayoade, J.; Harrison, I.; Warren, D. (Hg.): *African Therapeutic Systems*. Waltham, Mass: African Studies Association (original in *Botswana Notes and Records* 7, S. 95-102).
- Vance, Carole (1991): „Anthropology rediscovers sexuality: a theoretical comment“. In: *Social Science and Medicine* 33 (8), S. 875-884.
- Whyte, Susan Reynolds (1992): „Pharmaceuticals as folk medicine: transformations in social relations of health care in Uganda“. In: *Culture, Medicine and Psychiatry* 16, S. 163-186.
- Whyte, Susan Reynolds (1997): *Questioning Misfortune: The pragmatics of uncertainty in Eastern Uganda*. Cambridge: University Press.
- Wolf, Eric (1999): „Anthropology among the Powers“. In: *Social Anthropology* 7 (2), S. 121-134.

Anschrift der Autorin

Suzette Heald

suzetteheald@hotmail.com